

**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**



KAFEDRA: XALQ TABOBATI VA KASB KASALLIKLARI

ALLERGOLOGIYA FANI

o‘quv-uslubiy majmuasi

stomatologiya fakulteti

3–kurs talabalari uchun



Bilim sohasi: 500 000 – Sog‘liqni saqlash va ijtimoiy ta‘minot
Ta‘lim sohasi: 510 000 – Sog‘liqni saqlas
Ta‘lim yo‘nalishlari: 5510400 – Stomatologiya

Buxoro 2019

“Tasdiqlayman”
O’quv va tarbiyaviy ishlari prorektori
t.f.n.,dots. _____ Jarilkasinova G.J.

“Kelishilgan”
O’quv ,o’limi boshlig’i
_____ Qo'chqorov U.I.

O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY VA O‘RTA MAXSUS TA’LIM VAZIRLIGI

ABU ALI IBN SINO NOMIDAGI BUXORO DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI

Xalq tabobati va kasb kasalliklari kafedrası

Klinik allergologiya fani bo’yicha
O’quv- uslubiy majmua
Stomatologiya fakulteti 3-kurs talabalari uchun

Bilim sohasi:	500 000 –	Sog’liqni saqlash va ijtimoiy ta’minot
Ta’lim sohasi:	510 000 –	Sog’liqni saqlas
Ta’lim yo’nalishlari:	5510400 –	Stomatologiya

Buxoro 2019

Tuzuvchi:

Nurboyev F.E

Xalq tabobati, sport tibbiyoti, kasb
kasalliklari dotsenti t.f.d.

Taqrizchilar :

Babadjanova Z.X.

Ichki kasalliklar propedevtikasi va oliy hamshiralik ishi
kafedrasi mudiri t.f.n.

Nosirova M.SH.

“Gospital va fakul’tet terapiyasi” kafedrasi
dotsenti

Abu ali ibn sino nomidagi Buxoro Davlat tibbiyot institutining o‘quv-metodik kengashining
2019 ___ yil “__” iyun -son majlisida muxokama etildi.

O'quv –uslubiy majmua mundarijasi

1.O'quv mteriallari	
1.1.Nazariy mashg'ulot materiallari_____	5-41 bet
1.2. Amaliy mashg'ulot materiallari_____	41-87 bet
1.3. Mustaqil ish mavzulari_____	88 bet
2. Glossariy _____	88-89 bet
3. Ilovalar	
3.1. Fan dasturi _____	89-98 bet
3.2. Ishchi o'quv dasturi _____	98-107 bet
3.3. Tarqatma materiallar_____	90- 121 bet
3.4. Testlar_____	122-151 bet
3.5.Baholash_____	151-157 bet
3.6. Foydalanilgan adabiyotlar_____	157 bet

Annotasiya

Ushbu o'quv uslubiy majmua allergologiya fanining asosiy bo'limlarini o'z ichiga oladi va talabalarga allergik kasalliklarning turli sharoitda kelib chiqishi, ularni tashxislash, birinchi yordam ko'rsatish va davolash, bemorlarni parvarishlash va profilaktika ishlarini olib borishni, ushbu kasalliklarining davolash va ularni oldini olishni qaratilgan chora-tadbirlarni ishlab chiqish uchun zarur bilimlarni egallash imkonini beradi. Allergologiya fani respublikadagi sog'liqni saqlash tizimida o'tkazilayotgan islohatlar kesimida muhim ahamiyatiga ega. Ushbu kasalliklarni oldini olishda sog'likni saqlash birlamchi bo'g'iniga alohida e'tibor berilishi va umumiy amaliyot tizimini rivojlanirish nuqtai nazaridan bu fanning ahamiyati oshib bormoqda.

1.O'quv mteriallari
1.1.Nazariy mashg'ulot materiallari

1-mavzu Allergologiya fani va uning vazifalari. O'tkir va surunkali bronxitlar.

1.1.Ma'ruza mashgulotning texnologik modeli

Mashg'ulot vaqti -2 soat	Talabalar soni : 18-24 gacha
Mashg'ulotning shakli	Ma'ruza axborot ma'ruza, slayd ma'ruza, multimedia ma'ruza shaklida
Mashgulotning rejasi	1.Kirish 2.Allergik kasalliklarning epidemiologiyasi 3.Allergik kasalliklarning turlari 4.Allergik sinamalarning turlari 5.O'tkir va surunkali bronxitlar 6.Xulosa
O'quv mashg'ulotning maqsadi	Maqsadi yoritiladi. Ta'limiy: Allergologiyada tekshirish usullari, allergik kasalliklarni davolashda sinamalarning axamiyatini tushuntirish, o'tkir va surunkali bronxitlar haqida tushuncha berish Tarbiyaviy: 1. Talabalarga allergologik kasalliklarni tarkalishini tushuntirish 2. Allergik ksalliklarni turlarini talabalarga tushuntirib berish 3. Allergik sinamalarni turlari xakida ma'lumot berib texnikasini tushuntirish 4.Provokatsion testlar texnikasi moxiyatini tushuntirish 6.Eliminatsion testlar xakida ma'lumot berish
Ta'lim berish vositalari	O'quv qo'llanma, darslik, ma'ruza matni, proyektor, kompyuter, multimedialar
Mashgulot uslubi	Axborotli, suxbat, ommaviy, jamoaviy
Ta'lim berish sharoiti	Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash	Og'zaki nazorat:savol-javob.

1.2 Ma'ruza mashg'ulotining texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyatining mazmuni	
	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchilar
Tayyorgarlik bosqichi (5 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	Talabalar
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 (45 daqiqa)	1. Mavzuni tushuntirib beradi, slaydalar namoyish qilish 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalanadi	Tinglaydilar Tinglaydilar
3.YAkuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi	Tinglaydi
4.Mustaqil ta'lim uchun topshiriklar (5 daqiqa)	1. Mustaqil ish beradi 2. Uyg'a vazifa beradi	Yozib oladi Yozib oladi
Jami:80minut-2soat		

Mavzu bayoni: ALLERGOLOGIYA FANI VA UNING VAZIFALARI. O'TKIR VA SURUNKALI BRONXITLAR.

Allergiya - hozirgi zamon tibbiyotining dolzarb muammolaridan biri hisoblanadi. Organizmga yot moddalar tushganidan so'ng uning o'zgargan reaktivligini belgilash uchun tibbiyotga 1906 yili Avstriyalik pediatr K. Pirke tomonidan «allergiya» termini ilk bor kiritilgan edi. Hozirgi vaqtda bu tushuncha keng ko'lamda tibbiyotda mustaqqil fan sohasi bo'lib «allergologiya» deb nomlanadi. Tarixiy jihatdan allergologiyaning rivojlanishi o'zaro uzviy bog'liq ikki yo'nalish bo'yicha boradi. Birinchi - eksperimental allergologiya. Bu

yo'nalish laboratoriya hayvonlarida tajribalar o'tkazishga asoslangan. Ikkinchi - klinik allergologiya. Bu yo'nalish har xil allergik kasalliklar bilan hastalangan bemorlarni kuzatish va tekshirishlarga asoslangan. Hozirgi davrda allergologiya alohida tibbiyot fani sifatida keng tarqalib bormoqda. Allergologiya muammosiga qiziqishning ortishi qator sabablar bilan tushuntiriladi.

Bularga bolalar va katta yoshlilar o'rtasida allergik kasalliklarning ko'payishi, og'ir klinik kechishga ega bo'lishi, ularni o'lim bilan yakunlanishi, shuningdek, xalq orasida yashirin sensibilizatsiyalashgan «potensial allergik» shaxslar sonining ko'payishi va ularni qulay sharoit paydo bo'lganda allergiyaning ro'yi rost klinik shakllari bilan kasallanishi mumkinligi muhim ahamiyatga ega.

Har xil sohadagi shifokorlar allergologiya bilimidan xabardor bo'lishlari muhim va zarur, chunki organizmning hohlagan to'qimasi allergiya mexanizmi bo'yicha shikastlanishi mumkin. SHu tufayli allergik patologiya masalalari bilan pediatrlar, terapevtlar, otorinologlar, dermatovenerologlar, gastroenterologlar, kardiologlar, nevropatologlar va boshqa ham qiziqmoldalar.

SHunday qilib, allergologiya tibbiyotning turli sohalari namoyondalarini birlashtiruvchi vazifasini bajaradi, bu esa allergik kasalliklarini kamaytirish uchun kurashda davolash-profilaktika tadbir-choralarini takomillashtirishni va aholi sog'ligini mustahkamlashda nihoyatda muhim ahamiyatga ega.

Allergologiya ko'p qirrali fandır. Hozirgi zamon allergologiyasining eng asosiy masalalari quyidagilardan iborat: allergik kasalliklarni erta tashxislash va davolash chora tadbirlarini takomillashtirish, kasallikning klinik belgilarini maxsus tashxislash yordamida aniqlash, va profilaktika ishlarini yaxshilash shular jumlasidandır. O'zbekistonda allergologiya bo'yicha

ilmiy tadqiqotlar muvaffaqiyatli olib borilmokda. ToshPMIning klink allergologiya kursisida regional allergologiyaning dolzarb muammolari o'rganilmokda. O'zbekistonda birinchi allergologik kabinet 1963 yili Samarkand shahrida tashkil etildi. Hozirgi vaqtda respublikada katta yoshli bemorlar va bemor bolalar uchun mo'ljallangan allergologik markazlar muvaffaqiyatli ishlab turibdi. Toshkent shahrida allergologik bemorlar uchun allergologiya markazlari, viloyatlarda ham allergologik markazlar, allergologiya kabinetlari xalq salomatligi yo'lida xizmat qilmoqda. Mana shunday allergologik muassasalarda allergologik patologiya bilan hastalangan bemorlarda ixtisoslashtirilgan davolash-profilaktika yordamlari ko'rsatilmokda. Toshkent VZITI negizida 20 turdagi chang, hashorat, maishiy allergenlar sanoat usulida tayyorlash yo'lga qo'yilgan. ToshPTI negizida O'zbekiston tibbiyot ta'limi tizimida 6-kurs talabalari uchun "allergologiya" kursi 1997 yildan boshlab faoliyat yuritib kelmoqda. 2007 yilda №1 Toshkent klinik shifoxonasida bolalar «allergologiya» bo'limi tashkil etildi. TashTMA negizida esa allergologiya markazi tashkil etildi. Allergik kasalliklar tobora ko'payib borayotganligi munosabati bilan Vatanimizda allergologik xizmat rivojlanib bormoqda. Allergik kasalliklarni anqinlash, davolash va ularning oldini olish maqsadida hal qilinishi lozim bo'lgan ko'p muammolarni echish uchun allergologik kabinetlar, kasalxonalar, kafedralar va ilmiy – tadqiqot laboratoriyalari tashkil etilgan. Bu muassasalar tobora kengayib, rivojlanib bormoqda. Rossiya Fanlar Akademiyasining fahriy a'zosi akademik L.D. Ado Vatanimizda allergologik xizmatni tashkil qilishda asoschi va etakchi olim hisoblanadi. Uning 30dan ortiq shogirdlari: fan doktorlari vatanimizning turli shaxarlarida allergologik xizmatni rivojlantirishda o'z hissalarini qo'shmoqdalar. O'rta Osiyoda birinchi allergologik kabinet Samarqandda tashkil qilindi. Professor Xaqberdiev M.M allergologik kabinet hodimlari allergologik kasalliklar to'risida aholi o'rtasida keng tushuntirish ishlari olib borganlar. Keyinchalik Andijon shaxrida allergologik kabinet ishga tushdi. 1972 yilda Toshkentda kattalar uchun respublika allergologik markazi tuzilib ishlay boshladi. Respublikamizda o'lka allergologiyasining rivojlanishi aholi sog'ligini muxofaza qilishda olg'a qarab qo'yilgan muhim qadam hisoblanadi.

Allergologik markazga yuboriladigan bemor oldin allergologik konsultativ poliklinikaga murojat qilishi lozim. Allergolog bemor bolani xar tomonlama chuqur tekshirishni nazarda tutib, uning ota – onasi o'zlari bilan quyidagi xujjatlarga ega bo'lishlari tavsiya etiladi. 1. Davolovchi vrach peditrning maxsus yo'llanmasi. Yo'llanmada bemor bola kasalligining to'liq tashxisi va oldin o'tkazilgan davolar haqida qisqacha ma'lumot bo'lishi shart.

2. Umumiy qon va peshob taxlili.

3. Ko'krak qafasidagi organlarning (o'pka, yurak, bronx yo'llari) rentgenoskopiyasi haqida to'liq ma'lumot.

4. Axlatning umumiy va gijja yuzasidan tekshirilgan taxlili. Allergolog xar bir bemor bolani tekshirish uchun 1 soat vaqt sarf qiladi. Agar kasalni qabul qilish vaqtida birorta mutaxassis (endokrinolog, lor vrachi, genikolog, nevropatolog) maslahati kerak bo'lib qolsa u holda bemor bola allergolog tomonidan mutaxassisga yuboriladi. Allergologik konsultativ poliklinikada bemor bola ko'rib bo'lingandan so'ng shu joyning o'zida shubxa tug'ilgan allergenlardan aniqlash probasi (na'munasi) qo'yiladi. So'ng tegishli davolash usullari va maslaxat poliklinika sharoitida yoki allergologik bo'limlarda olib boriladi.

Allergiya nima? Allergiya tushunchasini fanga 1906-yilda avstraliyalik vrach-pediatr Fon-Pirke kiritgan. Bu so'z grek tilidan olingan bulib so'zning birikmasidan iboratdir, chunonchi, «allos»-boshka, «ergon»-javob berish degan manoni bildiradi. Bu iborani bir butun qilib olganda, ta'sirga boshqacha javob berish degan tushuncha kelib chiqadi. Xozirgi zamon tibbiyot ilmida

allergiya deb organizmning xar kandy yot moddalarga nisbatan sezuvchanligi oshib ketishi tushuniladi. Organizmga tushib, uning sezuvchanligini oshiradigan har qanday yot narsalarga allergenlar deyiladi. Sezuvchanligi oshib ketgan organizmga tushgan allergenlar bir gurux allergik kasalliklarning kelib chiqishiga sabab bo'ladi. Turli dori moddalar, dori allergiyasi, bir gurux ovkatlar (sut tuxum, shokolod, baliq) va x.k. YUkori nafas va me'da ichak yullari allergik kasalliklarini yukumli kasalliklarning oldini olish maqsadida kilinadigan emlash vositalari zardob allergik kasalliklarini keltirib chiqaradi. Bolalar allergik kasalliklarining etiologiyasi va patogenezi turli tug'mandir. SHuning uchun xam bolalarda uchraydigan allergik kasalliklarning kelib chiqish sabablarini, rivojlanishlarini va ularni bir biriga bo'lgan bog'liqlik munosabatlarini o'rganish lozim.

O'TKIR BRONXIT

O'tkir bronxit – aksariyat yuqumli tabiatli kelib chiqishga ega bo'lgan, 3 xaftagacha etib davom etadigan va yo'tal bilan (quruq yoki balg'am ajralishi bilan) ifodalaniadigan bronxlarning yallig'lanish kasalligidir.

KXT-10: J 20

Epidemiologiyasi. O'tkir bronxit epidemiologiyasi gripp va boshqa respiratorli virusli kasalliklarning epidemiologiyasi bilan bog'langan. Uning uchun kasallikning chastotasini dekabr oxiri va martning boshida ortishi xos bo'ladi. O'tkir bronxitning epdemiologiyasiga bag'ishlangan maxsus tadqiqotlarda O'zbekiston va Rossiyada bajarilmagan.

Sabablariga bog'liq xolda virusli va bakterial o'tkir bronxit ajratiladi. Boshqa (nisbatan kam) etiologik variantlari (toksik, yuqumli) xam bo'lishi mumkin, ammo ular aloxida xolda juda kam kuzatilmaydi, boisi odatda o'tkir bronxitlar tizimli xastalanishni komponenti bo'lib namoyon bo'lishadi va ularni muvofiq kasalliklar doirasida kurilishadi.

O'tkir bronxitni etiologiyasi

CHaqiruvchilar	Aloxida belgilari
Gripp A virusi	Ulkan epidemiyalari xar uch yilda 1 marta sodir bo'ladi va ko'plab mamlakalarni qamrab oladi, klinik kuchli ifodalangan, grippni eng ko'p sababchisi, kasallikni og'ir kechishi va epidemiyalar paytida o'lim sura'tini yuqori bo'lishi kuzatiladi
V grippi virusi	Epidemiyalar 5 yilda 1 marta kelib chiqadilar pandemiyalar kam kelib chiqishadi, kechishi unchalik og'ir bo'lmaydi (A grippning virusi infeksiyasiga qiyosan olganda).
Paragripp (1-3 tiplari)	Izolyasiyalangan xolatlari, o'zaro epidemiologik bog'lanishlik kuzatilmaydi
Adenoviruslar	Izolyasiyalangan xolatlari, o'zaro epidemiologik bog'lanishlik kuzatilmaydi
Pnevmokokklar	O'rta yoki kekxa yoshdagi axolida kutilmaganda boshlanish va yuqori nafas yo'llarini zararlanishi belgilari ifodali bo'ladi
Mikoplazmalar	Odatda 30 yoshdan oshgan axolidagi kasallikni sababchisi bo'lishadi, ilk bosqichlarda quruq yo'tal va yuqori nafas yo'llarini zararlanishi belgilari kuzatiladi
Bordetella pertussis	Davomli yo'tal
Haemophilus influenzae	Kasallikni ko'pincha chekuvchilarda va surunkali bronxit bilan bemorlarda keltirib chiqaradi
Moraxella	Surunkali bronxit yoki immunodefitsit bilan bemorlarda aniqlaniladi

“O‘tkir bronxit” tashxisi quyidagilardan kelib chiqib tashxislanadi: 3 haftadan ziyod davom etmagan, o‘tkir kelib chiqqan yo‘tal bo‘lganda (balg‘am bo‘lishi – bo‘lmasligidan qat‘iy nazar), xalqumning burun qismi patologiyalarini bo‘lmasligida yoki boshqa – yo‘tal sababchisi bo‘lishi mumkin bo‘lganda – pnevmoniyalar va o‘pkalarning surunkali kasalliklari simptomlari bo‘lmagan chog‘da. Tashxis istisno tarzida yoki boshqa kasalliklarni istisno qilish yoo‘li bilan klinik manzarasiga asoslanib qo‘yiladi.

Katta yoshdagi bemorlarda nisbatan ko‘p uchraydigan klinik belgilari bo‘lib yo‘tal (92% xollarda) balg‘am ajralishi bilan (62% xollarda) bo‘lishadi.

Nafas a‘zolari bilan bog‘liq kelib chiquvchi davomli yo‘talning mumkin bo‘lgan sabablari: bronxial astma; O‘SOQ; o‘pkaning surunkali yuqumli kasalliklari, ayniqsa sil; sinusit; postnazal oqava sindromi; gastroezofageal refluyks; sarkoidoz; biriktiruvchi to‘qima kasalliklari va ularni davolash bilan chaqirilgan yo‘tal, asbestoz; silikoz; “fermerlar o‘pkasi”; dori vositalarini salbiy ta’sirlari (APF ingibitorlari, β -adrenoblokatorlari, nitrofuranlar); o‘pka raki; plevrit.

Mabodo APF ingibitorlari bemor tomonidan qabul qilinayotgan bo‘lsa, aynan mazkur dori vositasi bilan yo‘talni chaqirilayotganligi extimoli yuqori bo‘ladi. Alternativasi bo‘lib boshqa APF ingibitorini tanlash yoki angiotenzin II retseptorlari antaganistlari o‘tish xisoblanadi, qaysilar-ki yo‘tal chaqirilmaliklari darkor. Bemorni yurak yurak etishmoviligini istisno qilish uchun tekshirish lozim. Engil darajadagi yurak etishmovchilgini birinchi belgisi – tungi paytda bo‘ladigan yo‘tal. Bunday xolatlarda avvalambor ko‘krak qafasi a‘zolarini rentgenografiyasi o‘kazilishi darkor.

Fibrozirlovchi alveolit – yo‘talni mumkin bo‘lgan sabablaridan biridir (goxida revmatoidli artrit yoki sklerodermiya bilan qo‘shilishib). Birinchi navbatda ko‘krak qafasi a‘zolarini rentgenografiyasi o‘tkazilishi kerak. Xos topilma – o‘pka fibrozi, ammo ilk bosqichlarda u rentgenologik ko‘rinmas bo‘lishi mumkin, vaxolang-ki, o‘pkaning diffuzlash xususiyati (alveolalarda kislorodalmashinuvini aks etdiruvchi) allaqachon pasaygan bo‘ladi. Bunday klinik vaziyatda dinamik spirometriya o‘tkazilsa – restriktivli o‘zgarishlar aniqlanishliklari mumkin.

Balg‘am ajralishlari bilan ifodalanuvchi davomli yo‘tal va istimada silni, o‘pka kasalliklari bilan bemorlarda bo‘lsa – atipik mikrobakteriyalar bilan keltirib chiqarilgan notipik o‘pka infeksiyasi rivojlanishi mumkinligi extimol qilish lozim. Aynan shunday ko‘rinishlar bilan vaskulit boshlanishi mumkin (masalan, periartoerit, Vegener granulematozi). Eozinofilli pnevmoniyalar xaqida xam o‘ylab ko‘rish kerak bo‘ladi.

O‘tkir bronxitni solishtirma tashxisoti

Kasalliklar	Asosiy belgilari	SHarxlar
Pnevmoniyalar	O‘pkalarni zararlanishini maxalliy belgilarni aniqlanishi, krepitatsiya, egofoniya, ovoz titrashining kuchayishi	Tashxisiy standart – ko‘krak qafasi a‘zolari rentgenografiyasi ammo u 100% - li sezgirlikka ega bo‘lmaydi, ustuvorlik klinik mnzaralanishga beriladi
Ko‘k yo‘tal	Ilgari immunizatsiyalangan bemorlarda doimiy yo‘tal, klinik manzarasi noxos bo‘lishi mumkin	Tashxisiy standart – bakteriologik tekshiruvni yki PSR ijobiy natijasi

Surunkali sinusitlar	Nafas yo‘llariga shilliqni oqishi va yonbosh bo‘shliqlar xamda burun xoxalarida diskomfort bevizota qiladi	Tashxisiy standart – burun, yonbosh bo‘shliqlarni kompyuterli tomografiyasi
Bronxial astma	Simptomatikani xurujsimon va to‘lqinsimon bo‘lishi, β 2-adrenoblokatorlari agonistlaridan engil tortish ifodali	β 2-simptomomimetiklar bilan qo‘yilgan sinamada bronxial obstruksiyanı qaytuvchan bo‘lishligi
Gastroezofageal reflyuks	Yo‘tal ko‘p ovqat iste‘mol qilingandan so‘ng, yotish xolatida kelib chiqadi va tana vaziyati o‘zgarishida taskin topadi	FEGDS o‘tkazish, qizilo‘ngachning RNni sutkalik monitoringlash tavsiya qilinadi

Davolash

Davolash yo‘talning og‘irligini engillashtirish, davomiyligini kamaytirish va mexnat qobilyatini tiklash maqsadi bilan o‘tkaziladi.

Nomedikamentozli davolash balg‘amning ajralishini engillatishga qaratiladi. Muqobil gidratatsiyani quvvatlab berishga zaruriyat doimo bo‘lishligi mijozga tushuntirilish lozim. Bemorga namli xavoning ijobatixaqida batafsil ma‘lumot beriladi (ayniqsa quruqshagan iqlimda va qishda), sababi gidratatsiyani pasayishi bronxial sekretning yopishqoqligini oshiradi va uni chiqarib tashlanishini qiyinlashtiradi. SHilliqning ko‘chishini engillashuvini yo‘talning og‘irligi va uning davomiyligi kamaytirish mumkin. Yo‘talni pasaytiruchi dori vositalari (DV) buyuriladi (dekstro metorfan yoki kodein tutuvchi preparatlar). Ular faqat tinkani qurituvchi yo‘tal bo‘lganda buyurilishdi. Bronxodilatadorlar sillani qurutuvchi yo‘talda va/yoki nafas yo‘llari obstruksiyalari isbotini topgan xollarda qo‘llaniladi. Nomedikamentozli usullar sillani qurituvchi yo‘talni, ayniqsa bronxial gippereaktivlik belgilari bo‘lganda (distansion xirrilashlar), ololmagan vaziyatlarda, salbutamol miqdorlovchi individual ingalyator shaklida buyuriladi. O‘tkir bronxit asoratlanmay kechsa, antibioterapiya tavsiya etilmaydi, chunki ko‘pchilik xollarda kasallik virusli etiologiyaga ega bo‘ladi. O‘tkir bronxit – antibiotiklarni su‘istemol qilishning eng ko‘p sabalaridan biri. Antibakterial DV bilan davolashga ko‘rsatma- faqat bronxlarning bakterial tabiatli xastalanganligini isbotlovchi aniq belgilarning bo‘ishi xisoblanadi (yiringli balg‘amni ajralishi va uning midorini ortishi, xansirashni paydo bo‘lishi yoki kuchayishi, intoksikatsiya alomatlarini shiddatlashuvi). Tanlov (ustuvor) prkparatlar – makrolidlar (azitromitsin, klaritromitsin, azimak) yoxud amoksitsillin, ampisid.

Standart empirik terapiyada xam kasallik tufayli bo‘layotgan yo‘tal davom etaverishi xolatida, yo‘talning (davomli bo‘lgan) boshqa sabablari taxmin qilinmog‘i darkor. Ko‘krak qafasi a‘zolari rentgenografiyasi normal bo‘lgan bemorlarning 85%-dan ortig‘ida o‘zoq davom etuvchi yo‘talni (3-xaftadan ziyod) sababchisi bo‘lib sinusitlar, bronxial astma va gastroezofageal reflyuks xisoblanadi. Pulmonolog maslaxati zarur: o‘pkaning surunkali kasalliklarining refoallashuvini mumkinligini tasdiqlab olish uchun yoki gastroentolog maslaxati olinadi – gastroezofageal reflyuksni istisno qilish borasida. SHuningdek otorinolaringolog maslaxatiga zaruriyat bo‘ladi: cho‘zilib ketayotgan yo‘talning sababchisi bo‘lib mumkin bo‘lgan LOR – a‘zolari patologiyalarini istisno qilish uchun. Taxminiy vaqtincha mexnat qobilyatini yo‘qotish muddati

7-9 sutkani tashkil etadi. Odatda yoʻtal, oʻtkir asoratlanmagan bronxit bilan bogʻlangan boʻlsa, 4-8 hafta davomida batamom toʻxtaydi.

DAVOLASH MUASSASASIDAN TASHQARIDA KELIB CHIQQAN PNEVMONIYA

Davolash muassasidan tashqarida kelib chiqqan pnevmoniya (AP) – davolash muassasidan tashqari sharoitda kelib chiquvchi, quyi nafas yoʻllari infeksiyasi simptomlari (isitma, yoʻtal, balgʻamni ajralishi, yiringli boʻlishi xam mumkinligi, koʻkrak soxasidagi ogʻriqlar, xansirash) va oʻpkadagi yaqinda kelib chiqqan oʻchoqli – infiltrativ oʻzgarishlarning rentgenologik alomatlar bilan (muʻyan bir tashxisiy alternativlar boʻlmagan chogʻda) ifodalanuvchi oʻtkir kasallikdir.

Kasalxonaga tushgandan 48 soat va undan ortiq vaqt oʻtib chiqqan pnevmoniyani kasalxona ichki (nozokomial) pnevmoniya deb ataladi va u davolash muassasida rezistentli mikroflora boʻlishligi bois kelib chiqadi. YUqori oʻlim surʻati bilan xarakterlanadi.

10-XKK-J15.0. Klebsiella pneumonia bilan chaqirilgan pnevmoniya

J15.1. Pseudomonas (yashil tayoqchali tayoqcha) chaqirgan pnevmoniya

J15.2. Stafilakokk bilan chaqirilgan pnevmoniya

J15.3. V guruxiga mansub streptokokk bilan chaqirilgan pnevmoniya

J15.4. Boshqa streptokokklar bilan chaqirilgan pnevmoniya

J15.7. Mycoplasma pneumonia bilan chaqirilgan pnevmoniya

J15.8. Boshqa bakterial pnevmoniyalar

J15.9. Tabiati ochilmagan pnevmoniya

J16.0. Xlamidiyalar bilan chaqirilgan pnevmoniya

J17.1. Virusli kasalliklarda, boshqa rubrikada tasniflangan va x.k.da kelib chiqqan pnevmoniya.

Epidemiologiyasi

Pnevmoniya nisbatan koʻp tarqalgan oʻtkir yuqumli kasalliklar qatoriga kiritiladi.

AP bilan kasallanish yosh va oʻrta yashar axoli orasida 0.1 – 1.16% oʻrtasida, katta yosh guruxlarida boʻlsa (65 yosh va undan ortiq) – 2.5 – 4.4% orasida tebranish bilan ifodalanib aniqlanadi. YOsh va oʻrta yosh guruxiga mansub shaxslarda, qardosh kasalliklar boʻlmagan taqdirda, AP da oʻlim eng kam surʻatlar bilan (1-3%) sodir boʻladi. Katta yosh guruxiga mansub mijozlarda qardosh kasalliklar boʻlgan taqdirda (SOʻOK, yomon sifatli oʻsmalar, alkogolizm, qandli diabet, buyraklar va jigar kasalligi, yurak-qon tomir kasalliklari va boshqa kasalliklar) xamda pnevmoniyani ogʻir kechishi xolatlarida ushbu koʻrsatkich 15-30% ga etadi.

Etiologiyasi

AP etiologiyasi normal mikroflora bilan, qaysilar-ki yuqori nafas yoʻllarida kolonizatsiyalanishgan boʻladi, bevosita bogʻlangan.

Koʻplab mikroorganizmlarda faqat ayrimlarigina quyi nafas yoʻllariga tushganlarida yalligʻlanishli reaksiyalarni keltirib chiqarish xususiyatiga ega boʻlishadi. Bunday APni tipik chaqiruvchilari boʻlib Streptococcus pneumonia (30-50% xollarda) va Haemophilus influenzae (to 10%) xisoblanadilar.

Davolash muassasidan tashqaridagi sharoitda kelib chiqadigan pnevmoniya yoki ambulator pnevmoniya etiologiyasida aloxida oʻringa atipik mikroorganizmlar ega boʻlishadi: ularning xissasiga 8-30% kasallik xolatlarini toʻgʻri keladi. Ular jumlasiga Chlamydia pneumoniae, Mycoplasma pneumoniae, Legionella pneumophila kiradilar.

Ambulator pnevmoniyaning kam (3-5%) chaqiruvchilari safiga Staphylococcus aureus, Klebsiella pneumonia, kamroq boshqa enterobakteriyalar kiritiladi.

Juda kam xollarda APni etiologik agenti sifatida *Pseudomonas aeruginosa* bo'lishi mumkin. (mukovissidoz, bronxoektazlar bilan bemorlarda).

Ayrim mikroorganizmlar bronxo'pka yallig'lanishini chaqirmaydilar va bularni balg'amdan ajratilib olinishi – ularning etiologik axamiyatidan emas, ko'proq yuqori nafas yo'llarining mikroflorasi bilan materialni kontaminatsiyalanishidan dalolat beradi. Ana shunday mikroorganizmlar jumlasiga quyidagilar kiritiladi: yashmtir streptokokklar guruxi, *Staphylococcus epidermidis* va boshqa koagulazamanfiy stafilokokklar, va yana *Enterococcus* spp., *Neisseria* spp., *Candida* spp. 5-20% xolatlarda pnevmoniyalarning kelib chiqishini etiologik faktori bo'lib viruslar, xususan, gripp virusi xisoblanadi.

Tashxisoti

Ambulator pnevmoniya tashxisi isitma, yo'tal, xansirash, balg'amni ajralishi va/yoki ko'krak qafasi og'riqlari bo'lganda extimollanishi kerak. Tashxisni verifikatsiyalash uchun quyidagilar o'tkazilishi kerak: o'pkalar rentgenografiyasi (infiltrativli, odatda o'pka to'qimasining bir tomonlama qorong'ilashuvi), umumiy qon analizi (leykotsitoz).

Bemorlarni isitma yo'tal, xansirash, balg'am ajralishi va/yoki ko'krak qafasi og'riqlari bilan qo'shilib bezovta qiladi. Mijozlar noaniq bexolikka, tez charchab qolishga, ishtaxaning pasayishiga shikoyat qilishadi. Mijozni fizikal tekshiruvda axamiyatli va xos alomatlar aniqlanadi: o'pkaning xastalangan xududi ustida perkutor tovushni bo'g'iqlashuvi (bo'g'iq bo'lishi), lokal eshituvchi bronxial nafas, jarangli maydapufakchali xirillashlar yoki nafas olish paytida krepatatsiyalar, bronxofoniya va ovoz titrashini kuchayishlari. Pnevmoniyaning ob'ektiv alomatlarini jadallik bilan ifodalanishlari o'pka to'qimasining xastalanish ko'lamlariga bog'liq bo'ladi. Qon umumiy analizi albatta o'tkazilishi kerak bo'lgan tekshiruv xisoblanadi: leykotsitozni 10-12 x 10g/l dan ziyod bo'lishi bakterial infeksiya bo'lishi extimoli yuqoriligiga ishora qiladi, agarda leykopiniya -3 x 10g/l dan past bo'lib yoki leykotsitoz 25x10 g/l dan yuqori bo'lib ifodalansa bu yomon oqibatdan bashora beruchi aloma bo'lib xisoblanadi. Nafas etishmovchiligi bilan mijozlarda ambulatoriya sharoitida qo'shimcha tekshiruv – puloksimetriyani (qonni kislorodga to'yinish darajasini aniqlash maqsadida) o'tkazish zarur. 88%dan kam kislorodli soturatsiya – nomaqbul oqibatni bashoratlovchi alomat va u bemorni jadal terapiya bo'limiga yotqizilishiga zaruriyat borligini ko'rsatadi. Ambulatoriya amaliyotida pnevmoniyani rutinli mikrobiologik tashxisoti etarlicha ma'lumotchan emas va antibakterial DV ni tanloviga sezilarli ta'sir eta olmaydi. O'pkaning rengenologik tekshiruvi – pnevmoniyalar bilan bemorlarda majburiy instrumental tekshiruv usulidir. Pnevmoniyaning rengenologik ko'rinishlari – infiltrativli, odatda bir tomonlama bo'lib, o'pka to'qimasining qorong'ilashuvi va ushbu soylanish qorong'ilashuvni o'choqli qo'shiouchan esgmentli (polisegmentli), bo'lakli (odatda gomogenli) yoki tatal bo'lishi bilan ifodalanadi. Rentgenologik tekshiruvni ikkita – orqa oldi va yonboshli proeksiyada o'tkazish kerak. Tekshiruvni bajarish davomida infialtratsiyalarning tarqalish ko'lamini, plevral suyuqlikni ortiqcha yoki meyorda borligi yoxud yo'qligi distruksiya bo'shlig'i, yurak etishmovchiligi belgilari baxolanishi kerak.

Ambulator pnevmoniya tashxisi shubxasiz (ochiq) deb bemorda rengenologik tasdiqlangan o'pka to'qimasining infiltratsiyasini borligida va xech bo'lmaganda ikkita quyidagi klinik alomatlar topilganda qo'yiladi: kasallikning tana xaroratini 38S dan oshib o'tkir boshlanishi, yo'tal, balg'am bilan (kichiq miqdorli ajralishi bilan bo'lishi mumkin), fizikal tekshiruvda aniqlangan pnevmoniyani belgilari (krepatatsiyalar va yoki kichiq pufakchali xirillashlar, dag'al va yoki bronxial nafas, perkutor tovushni bo'g'iqlashuvi); leykotsitoz (10x10 g/l dan ziyod) va yoki tayoqcha yaderli siljuv (10%dan ziyod). O'pkadagi o'choqli infiltratsiyani rentgenologik tasdig'i

bo'lmaganda yoki uning iloji yo'qligida (rentgenografiya yoki yirik kadrli flyuroografiya) pnevmoniyani tashxisi noaniq (shonchli aniqlanmagan). Agarda istimalash, yo'talga, xansirashga, balg'amni ajralishi va yoki ko'krak qafasi oraliqlari bilan bemorni tekshirish paytida ko'krak qafasi a'zolarini rengenologik tekshirish iloji yo'q bo'lsa va mos lokal simptomatika topilmasa (o'pkaning xastalangan xududi ustida perkutor tovushni bo'g'iq bo'lishi yoki bo'g'iqdashishi, lokal eshitiluvchi bronxial nafas, nafas olishda jarangli kichiq pufakchali yoki krepitatsiyalar, bronxofoniya va ovoz titrashini kuchayishi), unda ambulator pnevmoniya tashxisi gumonli bo'ladi. Tipik pnevmoniyalardan tashqari atipik deb ataladigan pnevmoniyalar ajratiladi (to 30% gacha etib) ularni Mycoplasma pneumoniae, Legionella, Hlamidiophilla pneumonie chaqiradilar. Ularni tashxisoti qiyinchilik tug'diradi boisi: 1. Sekin astalik bilan boshlanishi 2. Ko'proq quruq yo'talli bo'lishi 3. O'pkadan tashqarigi alomatlarini ustuvor bo'lishi (bosh og'rig'i, mushak og'riqlari, angina, ko'ngil aynishi, qayd qilish va ich ketishi) 4. Fizikal tekshiruvda minimal darajada alomatlarini aniqlanishi 5. Rentgenogrammada minimal o'zgarishlarni aniqlanishi (masalan, o'pka chizgisi manzarasini kuchayishi). Mikoplazmali infeksiyalar uyushgan jamoalarda (maktablar, xarbiy qismlar) kelib chiqishi mumkin. Legionozli pnevmoniyalar 35% xolatlarda oshqozon – ichak simptomlari bilan kechadilar, 20% ga etib nevrologik alomatlar bilan ifodalanishadi va faqat 40% xollarda nafas yo'llari tomonidan simptomlar bilan namoyon bo'lishadi; 2-25 % ga etib etib og'ir kechish bilan xarakterlanadilar. SHifoxona sharoitida yuqorida ko'rsatib o'tilgan tekshiruvlardan tashqari balg'amlarni sitologik tekshiruvini bajarish va uni antibiotiklarga sezuvchanligini taxlil qilish, ko'rsatmalar bo'yicha – qonda JgA, JgM, JgG, JgM, JgG larni odamni immuntanqisligi virusi VICH-1/VICH-2 ga o'rganishni xamda plevra bo'shlig'i UZI-si va kompyuterli tomografiyani (KT) o'tkazish tavsiya etiladi.

Qiyosiy tashxisot

Ambulator pnevmoniyani quyidagi kasalliklar bilan tafovutlash lozim.

O'pka sili "nimtik, bilinar-bilinmas" bo'lib kasallikni va klinik simptomlarini boshlaangan xolatlarda, odatdagi antibakterial terapiyadan foyda bo'lmaganda (7-10 sutka davomida) va o'pkalardagi rentgenologik o'zgarishlar xususiyatlari bo'yicha (yuqori bo'laklarni xastalanishi, miliarli zararlanish va b.q.) extimol qilinadi. Mijozni sotsial status, sillli bemorlar bilan aloqada bo'lishi kabilarxisobga olinishi kerak. Balg'amni sil mikrobakteriyasiga ekish, diaskin-sinov, silni PSR-tashxisoti, o'pkalarni rentgenli tomografiyasi va KT, ftiziator maslaxati o'tkaziladi.

O'pka rakini istisno qilish maqsadi bilan, pnevmoniyani orqaga qaytish jarayoni juda sust bo'lgan chog'da, chekuvchi bo'lgan 40 yoshdan o'tgan shaxslarning archasida va yana onkologik jarayoni rivoji xavfi bo'lgan boshqa guruxlardagi mijozlarga bronxoskopiya biopsiya bilan, zaruriyat bo'lganda KT bajarilishi kerak.

TELA ayoqlar chuqur venalari tromoflebiti bilan xastalangan bemorlarda istisno qilinishi darkor. TELA uchun ko'krakda o'tkir og'riqni, xansirashni, gipotoniyaning, ba'zan obmorokni, yuz terisini oqarinqirashi yoki sianozini, yurakning o'ng bo'limi zo'riqishini EKG-belgilarini (Gis tutami o'ng ayoqchasi qamali, R-pulmonale, sindrom SIQIII) kelib chiqishlari xos bo'ladi.

Dimlanishli yurak etishmovchiligidan qiyosiy tafovutlash uchun EKG, ExoKG, kardiolog maslaxati o'tkazilishi kerak. Kuchli ifodalangan yurak etishmovchiligida bo'ladigan xansirash yotish vaziyatida kuchayishi bilan xarakterlanadi.

Ekssudativ plevrit uchun o'pka perkussiyasida aniqlanadigan bo'g'iq tovush, UZI da suyuqlikni aniqlanishi va rentgenogrammada qorong'ilashuv xos bo'ladi.

Pnevmoniyani qiyosiy tashxisoti yana o'pkaning eozinofilli infiltrati, idiopatik o'pka fibrozi, dorili pnevmopatiya, volchankali pnevmonit va Vegener granulematozi kailar bilan xam o'tkaziladi.

Davolash

Ambulator pnevmoniyada davolash chaqiruvchilarni eradikatsiyasiga, kasallik simptomlarini bartaraflashga, laborator ko'rsatkichlar va funksional buzilishlarni me'yorlashtirishga, o'pka to'qimasida infiltrativ o'zgarishlarni bitirishga va kasallik asoratlarini profilaktik qilishga qaratiladi. quyidagi ko'rsatmalar bilan bemorlar shifoxonaga yoqizilishadi:

O'pka to'qimasida pnevmonik infiltratsiyasini bo'lishadi va, xech bo'lmaganda, 2ta quyidagi klinik belgilar kuzatilganda:

- Kasallikni tana xaroratini 38S dan bilan bo'lishi xam mumkin;
- Yo'tal balg'am ajralishi bilan, kam ajralishi bilan bo'lishi xam mumkin;
- Nafas chastotasi ≥ 20 daqiqasiga;

Krepitatsiyalar va/yoki kichiqpufakchali xirillashlar, dag'al yoki bronxial nafas, perkutor tovushni bo'g'iqdashishi;

- leykotsitoz (10.10 9/l dan ortiq) va/yoki tayoqcha deyarli siljuv (10%dan ortiq bo'lib);
- 3 sutkadan ortiq vaqt mobaynida antibakterial terapiyani samara bermasligi.

SHifoxonada davolash masalasi quyidagi vaziyatlarda ko'tarilishi kerak. Mijozning kasalliklar bo'lganda (surunkali bronxit yoki SO'OK, bronxektazlar, yomonsifatli o'smalar, qandli diabet, surunkali buyrak etishmovchiligi (SBE), surunkali yurak etishmovchiligi, surunkali alkogolizm, narkomaniya, tana vaznini kuchli defitsiti, serebrovaskulyar kasalliklar). Bemorda pnevmoniyaning og'ir kechishi alomatlari bo'lgan taqdirda (nafas chastotasi soni ≥ 30 ta daqiqasiga; sistolik AB 90 mm sim.ust.dan past, ikkitomonlama yoki ko'p bo'lakli pnevmonik infiltratsiya, o'pkalarda o'choqli – infiltrativ o'zgarishlarni tezkorlik bilan avjlanib borish, septik shok yoki vazopressorlarni 4 soat va undan ortiq muddat davomida qo'llashga zaruriyatni bo'lishi, o'tkir buyrak etishmovchiligi), tez tibbiy yordam vositasi yordami bilan intensiv bo'lim/palataga bemorni shoshilinch tarzda yotqazish talab etiladi yoki unga ko'rsatma bo'ladi.

Antibakterial terapiya – bakterial pnevmoniyani yagona ilmiy – asoslangan davolash usuli bo'lib xisoblanadi. Antibiotiklar virusli pnevmoniyani davolash uchun samarasiz bo'lishadi. Metitsillin – bardoshchan tillasimon stafilakokk (MRSA) bilan yoki polirexzistentli shtamplar bilan chaqirilgan pnevmoniyalar, akteriyalarni ta'siriga bakteriyalarni chidamliligi bois, jiddiy muammo tug'dirishadi

APning farmakoterapiyasida bakterial pnevmoniyaning ko'pincha uchraydigan chaqiruvchilari – S. Pneumoniae, S.aureus, Enterobacteriaceal kabilarga ta'sir qiluvchi preparatlarga ustuvorlik berilishi kerak (beta- chaqiruvchilar aniqlanganda makrolidlar yoki respiratorli ftorxinolollar foydalaniladi.

Og'ir bo'lmagan ambulator pnevmoniyada, 60 yoshgacha bo'lgan mijoz bo'lsa, amoksitsillin yoki makrolidlar (azitromitsin, klaritromitsin, azimak) qo'llaniladi.

Og'ir bo'lmagan, 60 yoshdan oshgan mijozlardagi pnevmoniyalarda va qardosh kasalliklar bo'lgan chog'da, rezistentli mikrofloralarda nisbatan samarasi kuchli bo'lgan ximoyalangan antibiotiklarga urg'u beriladi (amoksitsillin/klavulanat va amoksitsillin/sulbaktam, ampidid).

SHifoxonaga tushgan bemorlarda ko'pincha benzilpenitsillin, amoksitsillin, ampidid, sefalosparinlar (sefuroksatsin, sefotaksim, seftriakson) muskul ichiga yoki vena ichiga buyurilib foydalaniladilar, ularni ichish uchun qo'llaniladigan makrolidlar bilan bir vaqtda qo'llash mumkin. Oxirgi paytlarda ekoantibiotiklarni (ekolevid, ekotsittrin, ekofos va b.q.) tobora ko'p

qo'llanishga tavsiya etilayotganligini xam ta'kidlab qo'yamiz yoki bu xam o'ylaymizki, antibiotikoterapiyaning yangi bosqichini – davrini boshlanishi va istiqbolidir. Alternativ preparatlar bo'lib respirator florxinolollarni (levoflaksatsin, moksifloksatsin) vena ichiga berib qo'llash xisoblanadi.

Antibakterial terapiyaning samaraliligini ilk baxolash davolashni boshlangandan keyin 48-72 soat o'tib amalga oshiriladi. Ushbu muddatda samaradorliklarini ko'rsatuvchi mezonlar bo'lib quyidagilar xisoblanadilar: tana xaroratini 37,5 S dan pastga tushishi; intoksikatsiyani yo'qligi; nafas etishmovchiligining yo'qligi (nafas olish chasotasini – CHDDni 20 tadan daqiqasiga kam bo'lishi); yiringli balg'amni yo'qligi.

Davolashni olib borish davomiyligi 7-10 sutkani tashkil qiladi. Kasallikning mikoplazmali yoki xlamidiyli etiologiyasini tasdiqlovchi klinik va epidemiologik ma'lumotlar bo'lganda terapiyaning davomiyligi muddati 14 kun bo'lishi kerak. Agarda mijozda yuqori isitma saqlanib davolanishga jo'natiladi. Standartdagi antibakterial terapiyaga mobodo allergik yoki noxush reaksiyalar kuzatulguday bo'linsa, birinchi bosqichda buyurilgan preparatni berish to'xtatiladi va zaxira preparati buyuriladi.

Katta miqdor suyuqliklarni ichrishdan yoki ularni vena ichiga kiritishdan, suvsizlanishni oldini olish uchun, foydalaniladi.

Nafasni engillatish uchun va xansirashni kamaytirish uchun mukolitiklar qo'llaniladilar (karbotsistein, ambroksol, atsetilsistein). Ularni ingalyatorlar yordamida xam berish mumkin. Burun kateterlari orqali kislorodni ingalyasiyasi o'tkaziladi. Isitma tushiruvchi preparatlar isitmalashni engillatish uchun (39 S dan yuqori bo'lganda) qo'llaniladilar yoki badan og'rig'ida buyuriladi.

Isitma bartaraflangandan so'ng fizioterapevtik davolash usullari qo'llaniladilar: ingalyasion terapiya (bioparoks, atsetilsistein), induktoterapiya, SVCH-terapiya – ditsimetrli diapazonda, magnitoterapiya va b.q.

Reanimatsiya bo'limida og'ir xansirash bilan bemorlarni IVLga o'tkaziladi, ularga bronxoskopiyada nafas yo'llarini sanatsiyasi o'tkaziladi.

Og'ir bo'lmagan davolash muassasidan ashqarida kelib chiqqan pnevmoniyada vaqtincha mexnatga layoqatini yo'qotish muddati 15 sutkani tashkil etadi.

2-ma'ruza : Bronxial astma

1.1.Ma'ruza mashg'ulotning texnologik modeli

Mashg'ulot vaqti -2 soat	Talabalar soni : 18-24 gacha
Mashg'ulotning shakli	Ma'ruza axborot ma'ruza, slayd ma'ruza, multimedia ma'ruza shaklida
Mashg'ulotning rejasi	1. Kirish. 2. Bronxial astma etiologiyasi 3. Bronxial astma tasnifi 4. Bronxial astma klinikasi va davolash tkatikasi. 5. Bronxial astma statusida birinchi yordam. 6. Xulosa
O'quv mashg'ulotning maqsadi	Maqsadi yoritiladi. Ta'limiy: Bronxial astma kasalligi haqida ma'lumot berish Tarbiyaviy:

	Bronxial astma etiologiyasi, tasnifi, klinikasi va davolash taktikasi. Bronxial astma statusida birinchi yordam haqida ma'lumot Rivojlantiruvchi: Bronxial astma etiopatogenezi, klinikasi, turlari. Astmatik statusning davolash taktikasi xakida ma'lumot berish
Ta'lim berish vositalari	O'quv qo'llanma, darslik, ma'ruza matni, proyektor, kompyuter, multimedialar
Mashg'ulot uslubi	Axborotli, suxbat, ommaviy, jamoaviy
Ta'lim berish sharoiti	Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash	Og'zaki nazorat:savol-javob.

1.2 Ma'ruza mashg'ulotining texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyatining mazmuni	
	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchilar
Tayyorgarlik bosqichi (5 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	Talabalar
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 (45 daqiqa)	1. Mavzuni tushuntirib beradi, slaydalar namoyish qilish 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalanadi	Tinglaydilar Tinglaydilar
3.YAkuniy bosqich (10 daqiqa)	1. YAkunlovchi xulosa qiladi	Tinglaydi
4.Mustaqil ta'lim uchun topshiriklar (5 daqiqa)	1. Mustaqil ish beradi 2. Uyga vazifa beradi	Yozib oladi Yozib oladi
Jami:80minut-2soat		

Mavzu bayoni: BRONXIAL ASTMA

Bronxial astma- nafas yo'llarining surunkali yallig'lanishi va buning natijasida xurujli yo'talish takrorlanib turib, xirillashlar paydo buladi, ko'krakda qisilish hissi paydo bo'ladi va nafas olish, va ayniqsa, nafas chiqarish qiyinlashadi. YAllig'lanish natijasida respirator traktning allergenlar, kimyoviy ta'sirotlar, tamaki tutuni, covyq xavora yoki jismoniy zo'riqishlarga ta'sirchanligi keskin oshadi. Ular ta'sir qilganda nafas yo'llari shishib, spazm yuzaga keladi, ko'p miqdorda shilliq ishlab chiqilib, nafas yo'llarining tashqi ta'sirlarga giperreaktivligi ortadi. Natijada yuzaga

keladigan bronxial obstruksiya spontan holda yoki dorilar yordamida o'tishi mumkin, lekin ba'zi hollarda to'lik ketmasligi ham mumkin.

Etiologiya

Ma'lumki, kishilar, va ayniqsa bolalar allergik anamnezida moyillik bo'lsa va ular tamaki tutuni va turmushdagi allergenlar (uy kanasi, mushuk juni va h.k.), ovqatlarga, dori-darmonga, ish joylaridagi kimyoviy ta'sirlar, ekologik muhit ta'siriga yuqori beriluvchan bo'ladi va ularda astma yuzaga kelishi xavfi bo'ladi. Bronxial astmani rivojlanishiga oli6 keluvchi sabablarga tez-tez O'RVI, bronxit olib keladi.

Patogenez

Nafas yo'llaridagi yallig'lanish bronxial obstruksiyaning 4 xil yo'l bilan keltirib chiqaradi: 1) o'tkir bronxokonstriksiya - sillik mushak spazmi natijasida 2) o'tkir osti bronxokonstriksiya — xavo yullari shilliq qavatining shishishi tufayli; 3) surunkali - yopishkok quyuc bronxial shilliqning bronxlar va ayniqsa terminal bronxlar obstruksiyasi tufayli va nixoyat, 4) sklerotik bronxokonstriksiya – bronx devorlarining sklerotik deformatsiyasi tufaylidir. Bronxial astma patofiziologiyasi qator xujayraviy mexanizmlardan iborat bo'lib, yallig'lanish xujayraviy elementlari makrofaglar, yumaloq-semiz xujayralar stimulyasiyasini o'z ichiga oladi. Yallig'lanish yuzaga kelishida o'pka struktura elementlaridan fibroblastlar, epitelial va endotelial xujayralari ishtirok etadi. Ular makrofag va semiz xujayralar va T-limfotsitlar bilan qator sitokinlarning ishlab chiqilishiga olib keladi va bronxlarda surunkali yallig'lanish yuzaga kelishi va rivojlanishida rol o'ynaydi.

Klinika

BAning asosiy klinik belgisi: nafas qisishi xuruji va uning ekvivalent belgilari (xurujsimon tungi yutal, to'sh ortida qisilish hissi).

Nafas qisishi xurujining rivojlanish 3 davrdan iborat:

1-davr — xuruj darakchilari davri: tomog'da qichishish va yo'tal, teri, ko'z, quloqning qichishi, ko'p siyish va boshqalar. SHu davrda xurujni qaytarish osonroq bo'ladi.

2-davr — ekspirator nafas qisilish xurujining avj olishi. Bemor bunda ko'krakda qisilish xis etadi, nafasni to'liq chiqara olmaydi. Nafas chiqarilishi masofada eshitiladigan — distansiyali xushtaksimon xirillashlar bilan kechadi. Bemor o'tirgan xolda ko'llariga tirilib, majburiy xolatda bo'ladi. YUzlari kerikib, diffuz ko'karish - sianoz kuzatiladi. Nafas olganda burun kataklari puflanadi. Nafasda xamma yordamchi mushaklar ishtirok etadi, umrov usti chukurchasi, qovirg'alar oralig'i nafas olinganda ichga tortiladi. Buyin venalari bo'rtadi. Vaqti-vaqti bilan kam balg'amli quruq, yutal kuzatiladi. Balg'am yopishkok, quyuc, ba'zida esa ko'pikli bo'ladi. Perkussiyada o'pka ustida timpanik tovush eshitilib, o'pkaning quyi chegaralari pastga siljiydi; auskultatsiyada — ko'p miqdorda quruq xushtaksimon, g'ijillovchi xirillashlar nafas chiqarish fazasida nisbatan ancha kuchliroq eshitiladi, nafas chiqarilishi olishga nisbatan ancha cho'zilgan bo'ladi. YUrak chegaralarini o'pkaning juda kengayganligi tufayli aniqlab bo'lmaydi. YUrak tonlari bo'g'iq bo'lib, o'pka arteriyasida II ton aksentli bo'ladi. Puls tezlashadi, tarangligi susaygan bo'ladi. Xuruj uzoq davom etganda yurakning o'ng qorinchasi etishmasligi alomatlari: jigarning kattalashuvi, oyoqlarda shish kuzatiladi. Balg'amda tipik o'zgarishlar — eozinofillar, kam xollarda SHarko-Leyden kristallari va Kurshman spirallari topilishi mumkin.

Rentgenologik tekshiruv o'pka to'qimasi yorug'lanishini orttanligini, diafragmaning sust xarakterini qayd etadi.

3-davr — xurujning pasayishi. Bemorda balg'amli yo'tal bo'lib, ko'p miqdorda balg'am chiqqanidan so'ng, bemorning ahvoli engillashadi. Xuruj regressiyasi turli bemorlarda turlicha

bo'lishi mumkin — ba'zilar tez o'tsa, boshqalarda xurujning o'tishi qiyin bo'lib, bemorni xoldan toydiradi. Ba'zi xollarda Bronxial astma bronxlardagi yallig'lanish bilan kechadigan surunkali bronxit fonida shakllanadi.

Atopik variant. Ko'prok yoshlarda uchraydi. Tipik belgisi bo'lib, astma xurujlarining allergiya faktorlari (chang, o'simlik changlari, ovqat, dorilar va x,k.) bilan bog'liqligi xisoblanadi. Allergening eliminatsiyasi yaqqol ijobiy samara beradi. Xuruj tezkor rivojlab, aniq klinikaga ega. Xuruj yo'tal va yopishqoq balg'am ko'chishi bilan tugallanadi.

Qonda va balg'amda eozinofillar ko'payadi, allergenlar bilan teri va provakatsiyalovchi sinamalar natijasi musbat bo'ladi. Xurujlar orasida kasallik belgilari kuzatilmaydi. Qonda gistamin miqdori ko'payadi.

Infeksiyaga bog'liq variant. Bizning regionda tez-tez uchraydi. Bakteriyalar va ularning parchalanish maxsulotlari semiz xujayralar, bazofillar, bronxlar epiteliysidan yallig'lanish mediatorlari ajralib chiqadi va bronxlarda infeksiyon yallig'lanishni yuzaga keltiradi, bu esa o'z navbatida bronxlar obstruksiyasiga olib keladi. Kasallikning qo'zishi, odatda infeksiya o'chog'ida qo'zish bilan boshlanadi. Kasallik cho'zilib ketadi, xurujlarni engish kiyin bo'ladi. Asoratlar juda erta boshlanadi; astmatik xolat yuzaga keladi; bronxit alomatlari bilan birga kechadi. Qonda ko'proq yallig'lanish belgilari bo'ladi, balg'amda ko'p miqdorda leykotsitlar bo'ladi.

Autoimmun variant — og'ir va uzluksiz retsivli kechadi. Kasallik yoshlikdan boshlanadi. Bunda autolimfotsitlar bilan teri sinamasi musbat bo'ladi, qon zardobida fosfataza aniqlanadi.

Disgormonal variantning o'ziga xos belgisi glyukokortikoid terapiyaga bog'liq bo'lishidir. Gormonal dorilar miqdorining kamaytirilishi bemor axvolining ogirlashuviga sabab bo'ladi. Bemorlarda tuxumdon faoliyatining buzilishi kuzatilib, bu ayniqsa ayollarda klimaks davrida zo'rayadi.

Nerv-ruxiy varianti diagnostikasi bemor shaxsi ruxiy xususiyatlariga bog'liq bo'ladi, bunda aksariyat xolda ruxiy travma, konflikt xolatlar, diensefal zona buzilishlari, seksual sferada buzilishlar aloxida o'rin tutadi.

Disadrenergik variant — bunda astmali bemorlarda β -2 retseptorlar blokadasi va β -1 retseptorlari sezuvchanligi keskin ortganligi qayd etiladi. Bronxlarning simpatomimetik bronx kengaytiruvchi dozalanagan ingalyatorlarga ta'sirchanligi kamayadi, adrenalina, efedringa teskari — paradoksal reaksiya kuzatiladi. Bu variant tug'ma biologik defektlar bo'lganda, yoki β -2 retseptorlar blokadasi simpatomimetiklarni xaddan ziyod ko'p ko'llanilishi tufayli xam bo'lishi mumkin. SHuningdek bu xolatga viruslar agressiyasi, gipoksimiya; atsidoz xam sabab bo'lishi mumkin. Qonda glyukoza miqdorining paradoksal kamayishi adrealin yuborilishidan keyin yuzaga kelishi bu variantni tasdiqlaydi.

Xolinergik variant — adashgan nerv — N. VAGUSning haddan ziyod yuqori faolligi tufayli yuzaga keladi. Bemorlarning asosiy shikoyati — tungi xurujlarga bo'ladi va u juda ko'p miqdorda so'lak ajralishi, burundan shiliq oqishi bilan xarakterlanadi. Bemorlarda qizil dermografizm kuzatiladi.

Jismoniy zo'rikish astmasi va aspirin astmasi — bu variantlar asosida bronxlar reaktivligining birlamchi o'zgarishi yotadi. Klinikada bu variant jismoniy zo'riqish, sovuk havodan, kuchli hidlar, tamaki tutuni tufayli sodir bo'ladi. Ekspirator hansirashli xurujlar atsetil kislotasi va shu rypyx ta'siriga yaqin dorilar (metindol, analgin, baralgin va boshqalar)ga nisbatan kuzatilib, u retsivlanuvchi polipoz rinosinusopatiya bilan kechadi.

Jismoniy zo'rikish astmasi jismoniy harakatdan so'ng 10- 15 minut (ba'zan 1 soat)dan keyin boshlanib, spontan o'tib ketishi mumkin, yoki β -adrenostimulyatorlar yaxshi yordam beradi.

Differensial diagnostika

Bronxial astmaning diagnostikasi kasallik simptomlari tahlili va yaxshilab yig'ilgan anamnez asosida qo'yiladi. Bronxial astmaga quyidagi simptomlar xos: epizodik hansirash, xushtaksimimon xirillashlar, tunda va erta tongda kuchayuvchi ko'krak qafasida qisilish va yo'tal. Bemor simptomlarning takrorlanib turishini va ularning allergenlar, jismoniy zo'riqish, uchoqli infeksiyaning qo'zishi, virus infeksiyasi, irritantlar qo'zg'ashini qayd etadi.

Bronxial astma kuyidagi kasalliklar bilan qiyosiy tashhis qilinadi:

1) Surunkali obstruktiv bronxit bulan — bunda hansirash va nafasning qiyinlashuvi xurujsimon emas, balki doimo bo'ladi, va yo'tal va jismoniy harakatdan keyin zo'rayadi. Balg'amning ko'chishi bemorga engillik tug'dirmaydi; bronxlar obstruksiyasi remissiya davrida ham qaytmas bo'ladi; eozinfiilya holati bo'lmaydi; allergenlar bilan teri sinamaları manfiy bo'ladi.

2) YUrak astmasilan differensiatsiya qilish mushkul vazifa, chunki bronxial astmali keksa kasallarda ko'p hollarda yurak xastaligi bo'ladi. YUrak astmasida xansirash aralash tipda-ekspirator va inspirator turda bo'ladi, bunda nafas qaynayotgan suv tovushini eslatuvchi xirillash bilan va ko'pikli pushti rang balg'amli bo'ladi. O'pka usti satxida har ikki tarafdan jarangsiz nam xirillashlar eshitaladi. YUrak chap qorinchasi etishmasligi shu holatga sabab bo'lgan yurak xastaligining qator boshqa simptomlari bilan kechadi.

3) Isterik astma – ko'pincha yosh ayollarda uchraydi va stressli holatlardan so'ng hansirash xuruji bo'lishi mumkin. Lekin bunda nafas chastotasi 40-50 martagacha bo'lib, yuzaki bo'ladi — u "kuchuk hansirash" ni eslatadi. Auskultatsiyada o'pkada o'zgarish bo'lmaydi.

Davolash

Bronxial astmaning negizli davosi asosini yallig'lanishga qarshi terapiya tashkil etib, unga quyidagilar kiradi:

Intal plyus (xromglikat natriy+salbutamol) – kombinirlangan dorivor preparat bo'lib, salbutamol - selektiv β -2 simpatolitik — bronxlarni kengaytiruvchi ta'sirga, intal esa bronxospazmni oldini oladi, semiz hujayralardan gistamin ajralishini to'xtatadi. Intal-plyus astma xuruji to'xtatish uchun yordam bermasada, sistematik davo uchun qo'llanilishi maqsadga muvofiqdir.

Tayled — allergiya mediatorlari ajralishini tormozlaydi, u ko'proq astmani davolashda spetsifik xususiyatga ega. 2 oy mobaynida kuniga 2 ingalyasiyadan 2 mahal olinishi remissiyaga olib keladi.

Kortikosteroidlar Bronxial astmani davolashdagi eng effektiv dorilardir. Ular parenteral, peroral yoki aerezol shaklida qo'llaniladi.

Ingalyasion kortikosteroidlar effektiv va xavfsiz hisoblanadi. Kortikosteroidlarni sistemali qo'llash asosan boshqa usullar, jumladan ingalyasion kortikosteroidlar, samarasiz bo'ganda qo'llaniladi.

Ingalyasion kortikosteroidlarga Beklatiazon dipropionat (beklamed, bronxokort, bekotid), Beklokort, Ingokort (flunizolid) — prolangirlangan ta'sirga ega, Azmakort (triamsinolon atsetonid)lar kiradi.

Bronxodilatatorlar — bu gurux preparatlari bevosita astma xuruji uchun qo'llaniladi, ammo ular ko'proq simptomatik moyiyatga ega bo'lganligi uchun monoterapiya shaklida ishlatilishi maqsadga muvofiq emas. Bronx kengaytiruvchi dorilar xuruj davrida darhol engillik tug'diradi, aksariyat holda vaqtincha samaraga ega. SHuning uchun ularni faqat lozim bo'lgandagina ishlatish kerak. Bu preparatlar 3 rypyxra bo'linadi: 1) adrenergik retseptorlar

stimulyatorlari - simpatomimetiklar; 2) antixolinergik moddalar — xolinolitiklar; 3) metilksantinlar — miolitiklar.

1. Simpatomimetiklar — adrenergik retseptorlarga monand bo'lishi tufayli o'z navbatida 3 guruxga bo'linadi: a) a- va b-adrenoretseptorlarni qo'zg'atuvchilar; b) b-1 va b-2 retseptorlarni qo'zg'atuvchilar; v) selektiv b-2 adrenostimulyatorlar. b-2 adrenostimulyatorlarning salbiy ta'siri kam bo'lgani tufayli, Bronxial astmada ko'proq ishlatiladi.

Ingalyasion simpatomimetiklar — xuruj oldidan ishlatilsa, uni oldini oladi, lekin kasallikning umumiy kechishga ta'sir eta olmaydi. Ular b-2 retseptorlarni stimullab, bronxlarni kuchli kengayishiga olib keladi.

Preparatlar:

qiska ta'sirli b-2 agonistlar – salbutamol (ventolin); fenaterol (berotek); terbutalin (brikanil); *cho'ziq ta'sirli (prolongirlangan), b-2 agonistlar* - salmeterol (serevent, salmeter); fermoterol (farodil).

2. Antixolinergik dorilar - parasimpatolitik yoki xolinolitiklar - muskarin retseptorlarni qamal qiladi va adashgan nerv N.VAGUSni ta'sirlanishini kamaytirish hisobiga bronxlarni kengayishiga olib keladi. Ingalyasiyali turi simpatomimetiklarni bemorlarga qo'llash qiyin bo'lganda ishlaytiladi.

Preparatlar: atrovent - dozatorli aerosol, berodual, troventol.

3. Metilksantinlar — miolitiklar (teofillin preparatari) — bronxlar devoriga spazmolitik ta'sir ko'rsatuvchi, inotrop ta'sirli, nafas mushaklarini toliqishini kamaytiradi. Ko'pincha cho'ziq ta'sirli preparatlar qo'llaniladi.

Preparatlar: teofillin, eufillin, aminofillin retard, teospireks, teodur, teopek, eufillin retard.

Boshqa dorivor moddalar

Zaditin (ketotfen) — allergiya mediatorlarining sintezi va ekskretsiyasini tormozlaydi, nafas yullarida allergik yallig'lanish va giperreaktivlikni rivojlanishiga to'sqinlik qiladi.

Allergiyaga qarshi immunoglobulin, gistoglobulin. Bronxial astmani qo'zishini kamaytiradi, kasallikning kechishini engillashtiradi, klinik remissiyaga olib kelishi ham kuzatiladi.

Immnostimulyatorlar — interkurrent o'tkir respirator kasalliklarni oldini oladi, o'choqli infeksiyaning qo'zishini kamaytiradi.

Antibiotiklar — yiringli balg'am va leykotsitlarning soni balg'am va qonda ko'payganda va ya'ni bakterial infeksiya bo'lganda harorat ko'tarilganda qo'llaniladi.

Kasallikning remissiya davrida naturoterapiya (dorilarsiz davolash) qo'llanilishi maqsadga muvofiq. Naturoterapiyaga eliminatsiyalovchi davo; mashqlar bilan davolash; fitoterapiya va kombinatsiyali davolar kiradi.

Eliminatsiyalovchi davoga: engillashtirilgan parxezli davo (ochlik bilan davolash), gemosorbsiya, plazmaferez, sitaferez, postural drenaj kiradi.

Mashqlar bilan davolashga - nafas gimnastikalarining barcha turlari, gipo- va giperbaroterapiya, akupuntura, Su-jok terapiya, spetsifik giposensibilizatsiya, psixoterapiya kiradi.

BRONXOSPASTIK SINDROM BRONXIAL ASTMA VA UNI DAVOLASH dolzarb yunalishlari:

1. Bronxospastik sindrom ta'rifi, patogenezi, klinikasi, solishtirma tashxisi, davolash va profilaktikasi uslublari.

2 Bronxial astma ta'rifi, tasnifi va dolzarb mavzulari.

3. Bronxial astma etiologiyasi, patogenezi va simptomatologiyasining zamonaviy yunalishlari.

4. Bronxial astma diagnostikasi - buguni va kelajagi.

5. Bronxial astma farmakoterapiyasi, davolash usullarini takomillashtirish muammolari.

6. Bronxial astmani dramatik terapiyasi.

Zamonaviy pulmonologiya yutuklaridan kelib chiqqan xolda bronxospastik sindrom (BS) deb nom olgan aloxida bir klinik tushuncha paydo buldi, tib axlining unga nisbatan kizikishi tobora ortmokda.

Bu muammoni xal kilishda A.A.Ado, B.E.Votgal va P.N.YUrenevlarning xizmatlari katta bulgan, xozirga kelib esa mazkur masalani echishga pulmonologiya-xirurglar xam faol kirishganlar.

SHuni ta'kidlash lozim-ki, ayrim eponim sindromlarga (xammena-Richa Kartagera va b.k.) uxshab bronxospastik sindrom tom ma'nosiga kura aloxida bir nozologik tushuncha xisoblanmaydi. U keng kulamli tushuncha bronxial utkazuvchanlik buzilishi (BUB) ning bir zarrasidir. BUB ning deganda esa-bronxlar va upka tukimasining shunday bir patologik xolati angladiki, unda bronxial suyukliklarni okib ketishi kiyinlashgan buladi va upka ventilyasiyasi buziladi. Ut okishi buzilishi gepatobiliar tartiboti kasalliklari uchun yoxuda urokinamikaning buzilishi siydik ajratish a'zolari xastaliklari uchun kanchalik axamiyat kasb etsalar BUB xam nafas a'zolari patologiyasi uchun shunchalik salbiy ta'sir kursatadi.

Xozirgi paytda BUB ni keltirib chiqaruvchi 8 ta etiopatogenetik omillar ma'lum. Ular kuyidagilardir: bronxospazm, bronx shillik kavatining shishi, bronxial shilliklari gipersekretsiyasi, respirator epiteliya siliar apparatining buzilishi, bronxlar diskineziyasi, bronxlarni tashkari tomondan ezilishi, bronxlarni ichki tomondan obturatsiyasi, bronxlar deformatsiyasi. Tabbiy, kayd kilib utilgan omillar ta'siri turlicha ifodalangan buladi (davomiyligi buyicha, kullamiga kura, bartaraf kilinishi darajasiga karab). SHu boisda BUB 4 ta turga tafovutlanadi. (R.G.Artamonov, 1995): chegaralangan, tarkok, bartaraf kilinsa buladigan va bartaraf etib bulmaydigan BUB.

CHegaralangan BUB da patologik jarayon bronxial shoxchalarni ma'lum kismini egallab joylashgan buladi, uning kolgan xududlari esa intakt xolda koladi.

Tarkoklanib ifodalanuvchi BUB da esa patologik jarayon bilan bronxial shojaraniig deyarli barchasi kamrab olingan.

Agarda dorivor moddalar yoki boshka biror bir konservativ davolash usublari bilan BUB unglanish imkoni bulsa-bu bartaraf kilinishi mumkin bulgan buzilish deb xisoblanadi. BUB fakat jarroxlik yuli bilan yoki boshka asbob-uskunalar kullabgina bartaraf kilinsa - u xolda bartaraf etib bulmaydigan BUB xakida suz ketishi kerak. BUB bronxial astma va astmasimon bronxitda turlicha buladi (tarkok va bartaraf etsa buladigan), yod jism bilan bronxlarni tikilib kolishi okibatida kelib chiqadigan upka atelektazida xam xar xil ifodalanadi (chegaralangan va bartaraf kilib bulmaydigan) yoki ayrim bronxlar illatlari va mukovissidozda xam shaklan farklanadi (tarkok bartaraf kilib bulmaydigan).

YUkoridagilardan kelib chiqqan xolda, bronxospastik sindrom deganda tarkoklanib kechuvchi va bartaraf kilinishi mumkin bulgan bronxial utkazuvchanlikning buzilishi tushunish kerak. Demak, BS - bu, mantikan patofiziologik tushunchadir.

Ma'lum buldi-ki, BS ni yuzaga chiqaruvchi patofiziologik jarayonlar bronxial astma va astmasimon bronxidlarda buladigan xodisalarga uxshash buladi. Uning asosida avvalambor allergik antigenni allergik antitelalar yoki sensibilizatsiyalangan xujayralar bilan uzaro ta'siroti yotadi. BS da trigcherlik vazifasini virusli infeksiya na boshka irritativ omillar utaydilar. Xususan, aniklangan-ki, respirator viruslar E sinfiga mansub (immunoglobulinli) viruslarga

karshi antitelalarni xosil kiladilar. Ular semiz xujayralarni va bazofillarni kuzgatuvchi ta'sir etib gistamin xamda araxnoidon kislotasi metabolitlari (leykotrmenlar, tromboksanlar, prostaglandinlar) ning sekretsiyasini kuchaytiradilar (Rachinskiy S.V.Tatochenko. V.K. 1987). Bundan tashkari BS rivojida liberator mexanizm – ya'ni, respirator viruslarini semiz xujayralarga bevosita ta'siroti xam rol uynashi mumkinligi ayrim mantalarda kursatib utilgan.

BS da siklik nukleotidlar xolatining uzgarishi muxim urin tutadi (Artamonov R.G, 1982, 1996). CHunonchi, BS xuruji paytida siklik adenozinmonofosfatning (SAMF) kamayishi va siklik guanozin-monofosfatning (SAMF) ortishi kuzatiladi. Tuzalish davrida, ayniksa eufillin kullanilganidan keyin bu kursatgichlar me'yorlashadilar.

BS simptopatologiyasi va solishtirma tashxisi xakida suz yuritishdan ilgari kayd etib utish kerakki, bronxospastik sindromni utkir respirator virusli infeksiyalarida kuzatilishi turli mualliflar buyicha xar-xil 10 foizdan to 40 foizgacha deb beriladi: urtacha u 25 foiz tashkil kilib uchraydi.

BS kurinishi anik keltirib chiqaruvchi tugma yoki ortirilgan patologik xolatlariga monand xolda ifodalanadi.

Bronxospastik sindromning patogenetik turlari tasnifi

BS ni kelib chiqishida ustivor nozologik birliklar bulib bronxial astma va boshkalar xisoblansada, ammo lekin uni tashxislagashda kator boshka turkum xastaliklarni xam tafovutlab olish lozimdir. BS genezi xam, demak, turlichadir: yalliglanish-yukumli, allergik, obturatsion, irritativ, gemsodinamik, endokrin-modda almashinuvi buzilish tufayli, nevrogen va toksik. Kupincha yalliglanish-yukumli va allergik jarayonlar tufayli BS vujudga keladi. BS ni tugri etiopatogenetik diagnostikasini ta'mirlash uchun avvalo utasinchkovlik bilan anamnez yigish, bronxoskopiya va bemorni chukur kliniko-instrumental tekshirish kabilar muxim axamiyat kasb etadi. BS ni davolash kat'iyon individual tarzda patogenetik turlaridan kelib chiqqan xolda tashkil kilinishi kerak. Ayrim xollarda (yod moddani yoki usmani olib tashlash - obturatsion BS da) etiologik davolash tadbirlari kullaniladi, asosan patogenetik terapiya utkazilishi lozim. Masalan. Allergik genezli BS da xromoglikat natriy - intal uta yaxshi samara keltiradi. Albatta, bronxlarni kengaytirib ta'sir etuvchi dori-darmonlar keng kullanishi kerak (adrenoreaktiv) strukturalar stimulyatorlari, xolinolitiklar, miolitiklar). Keng kulamli dorilarni tanlab olishda farmakologik sinovlarni keng kullash maksadga muvofik xisoblanadi, bu BS ning avjida simpatomimetiklar mikdori ortib ketishi tufayli kelib chiqadigan xavfli okibatlarni bartaraf qiladi.

Umuman, BS ni davolash-profilaktikasi taktikasi kuyidagilardan iborat bulishi kerak:

1. Ogir bronxospastik sindromni davolash kompleks tarzda olib borilishi lozim va u uz ichiga terapevtik muolajalar bilan bir katorda tozalovchi bronxoskopiya va anesteziolog-reanimatologik kursatmalarni olgan bulishi zarur.
2. Uzluksiz davom etish bilan ifodalanib kechuvchi BS ni bilan xastalangan bemorlar albatta pulmonologiya markazlari sharoitida tekshiruvidan utishlari va davolanishlari kerak.
3. Bronxospastik sindromni birlamchi va ikkilamchi turlarga ajratilishi maksadga muvofikdir, chunki fakat shundagina mukobil davolash dasturini tanlab olish imkoniyati tugiladi.
4. CHuzilib kechish bilan ifodalanuvchi surunkali bronxit natijasida rivojlangan BS da yalliglanishga karshi preparatlar, bronxolitik dori-darmonlar va steroidli terapiya (kiska muddatli kurs bilan) bir vaktida kullaniladi.
5. Upkaning tug'ma kasalliklari, traxeobronxial shajara xududida rivojlangai yaxshi sifatli usmalar, diafragma churralari kabilarda rivojlangan yaxshi bs da radikal jarroxiya usullari kullaniladi va bu aksariyat xollarda bemorlarni tula tuzalib ketishlariga olib keladi.

Bronxospastik sindromda bronxial astma mavzusiga utishdan oldin shuni takidlab utish lozimki, XXI asr busagasida tib ilmi erishgan yutuklarining aksariyati bevosita yoki bilvosita bronxial astma muammolari bilan bog'liqdir.

Bronxial astmani dolzarb masalalari yoki echimi yaqin yillargacha munozarali bulib kelgan ancha-muncha muammolari xam bor-ki, ular tugrisida tuxtalib utish lozim.

1. Bronxial astma ta'rifi xanuzgacha turli maktab va mualliflar tomonidan turlicha talkin kilib kelinmokda. Bronxial astma-engil tashxislanuvchi, lekin ta'riflanishi kiyin bulgan kasallikdir. (D. 1979; N.R.Paleev va b.k. 1990). Xakikatdan xam, xozirgi kungacha bronxial astmani (BA) e'tirof kilingan yagona ta'rifi yuk. Vaxolan-ki bu yunalishda juda kuplab say-xarakatlar kilingan.

2. Oxirgi yillarda asosiy munozaralar BA da buladigan yalliglanish va uni persistensiyasi xakida davom etmokda. Bu borada kuplab mamlakatlarda (AKSH, Angliya, Avstriya, YAponiya, Rossiya av b.k.) milliy konsensuslar kabul kilindi internatsional va xalkaro ma'ruzalar paydo buldi (Bronxial astmaga karshi kurashish buyicha global strategiya, VOZ, 1995).

Bularda mavjud muammolarga ma'lum darajada nukta kuyildi desak xato kilmagan bulamiz. Xususan, bronxo-alveolyar lavak va bronxlar biopsiyasi natijalariga asoslanib, BA-ogirlik darajasiga karamasdan, nafas yullarini albatta yalliglanishi bilan ifodalanuvchi kasallikdir degan nizom deyarli shak shubxasiz isbotlab berildi.

Bu BA ni bilib olishda uziga xos bir inkilobiy xodisadir, chunki mazkur nigox bilan bokish mavjud tasavvurlarimizni kasallikning davolash muolajalariga nisbatan uzgartiradi va bazisli, uzok muddatga mo'ljallanib olib boriladigan yalliglanishga karshi terapiya tushunchasini tibbiyot amaliyotiga kiritdi.

3. Bronxial astmada bronxobstruksiya va nafas yullari giperreaktivligi fenomenlari etarli darajada asoslanmay kilinayotgan edi. Bu masalada xam yagona konsepsiya yaratildi: xususan, bronxial obstruksiyaning bir necha turlari ajratildi: amaliyotga «upkaning surunkali obstruktiv kasalliklari» birikmasi bilan bronxoobstruksiyaning ma'lum shakllari birlashtirilgan xolda kiritildi. Bular «mo'ljalli» davolash dasturlari yaratilishiga asos buldi.

4. Ma'lumki, epidemiologiya BAga oid samarali davolash va profilaktika strategiyasini ishlab chiqish imkonini yaratadi. YAkin yillargacha bu borada deyarli ma'lumotlarga ega emas edik. Lekin oxirgi 10-15 yillar ichida BA ga bagishlangan epidemiologik tadbikotlar kupayishi va yangi-yangi etiologik omillar aniklandi, bronxial astmaga karshi kurashish zamonaviy milliy dasturlari yaratilishi uchun poydevor kuyildi.

5. Bronxial astma farmakoekonomikasi jadal ishlab chiqila boshlandi va bu xastalikni davolash ishlarini takomillashtiruvchi zamonaviy yunalishlar belgilandi. Umuman, xozirgi davrga kelib bronxial astmaga oid tib ilmi yutuklari uni zamonaviy ta'rifi va tasnifi tulakonli ravishda oydinlashtirish xamda shakllantirish imkonini beradi.

BA ta'rifi va uning moxiyati xakida yukorida kursatib utilganidek muayyan tasavvurni shakllantirish murakkab vazifa. SHuning uchun kuplab mintakalar asosida mazkur munozarali muammoga nukta kuyib amaliyot uchun kulay bulgan ta'rifni tavsiya etamiz. Bu ta'rif A.G.CHugalin va G.B.Fedosevlar tomonndan (1987) berilgan, deyarli kupchilik olimlar uni e'tirof etganlar: «Bronxial astma bu nafas yullarini asosan xastalik kechish bilan ifodalanuvchi, bronxlar reaktivligini uzgarishi bilan utuvchi immunologik va noimmunologik mexanizm ta'sirotida rivojlanadigan, asosiy klinik alomati bulib bronxlar sillik mushaklari spazmi va ularning shillik kavatlari shishi xamda gipersekretsiya okibatida kelib chiquvchi bugilish xuruji yoki astmatik xolat xisoblanadigan surunkali kaytalanib kechuvchi kasallikdir»

«Astma» suzi yunonchadan olingan vz u tez tezlashgan va yuzaki nafasni anglatadi. Epidemiologik tekshiruvlar dalolat berishlaricha, BA bolalar orasida 8 - 10% kattalarda esa deyarli 5% axolida uchraydi. Oxirgi un yil ichida bu kasallik 50 foizdan kuprokka usgan. Afrika kit'asining ayrim mamlakatlarida uning tarkalishi 70 foiz va undan kuprokka ortgan. YAna shuni ta'kidlab utish kerak-ki, BA ning 20 foizi un engil va urta ogir darajasiga, 60 foizi esa ogir darajasiga tugri keladi. Moliyaviy resurslarni sarflanishi xam shunga monand bulib, 60 foizdan ziyod mablag ogir BA ga, 40 foiz mablag esa uning urtacha ogir darajadagi turlarini davolashga ketadi. SHunday kilib, engil darajadagi BA profilaktik dasturlarga jalb kilinmay koladi.

AKSH da BA bilan xastalangan Amerikaliklar 10 millionga etgan, ularning 80 foizida ya'ni 8 mln axolida kasallikning engil darajasi va fakat 5 foizidagina ogir darajasi uchraydi.

BA nisbatai kup uchraydngan mamlakatlarga yana Avstraliya. YAngi Zelandiya va Kuba xam kiradilar. Bu ulkalarda BA bilan 10 foizdan ziyod axoli xastalanganlar. Tugri tashxis kuyish uchun kasallikning tasnifi xakida oydin tasavvurga ega bulish muximdir. Bronxial astmaga oid kuplab tasniflar borki, ularning kupchiligi uzlarining nomufassalligi okibatida amaliyotda foydalanish uchun nokulayliklar tugdiradi. Xozirgi paytda A.D.Ado va P.K.Bulatovlar tomonidan (1969) ishlab chiqilgan va G.B.Fedoseev (1987 yil) tomonidan tuldirilgan BA tasnifi kabul kilingan va keng kullaniladi (jadvallarda ilova kilingan). Mazkur tasnifga kura, bronxial astmani ikki turi tafovutlanadi: nafas a'zolarining yalliglanish kasalliklari sababli paydo buluvchi infeksiyon-allergik (I) va noipfeksiyon ta'sirotlarga sezuvchanligi nomunosib tusda ortganligi shaxslarda rivojlanuvchi noinfeksiyon-allergik (atopik-A) shakllari. Uz navbatida ularning xar biri kechishiga kura BA boskichlari (I va II) ajratiladigan, bunday bulinish xastalik tufayli nafas a'zolari faoliyatlarini oddiydan murakkablashib buzilib borishini funksional siljuvlardan organik uzgarishlargacha etib boruvchi patologik xodisalarning darajalarini aks ettiradi. Bundan tashkari xar bir boskichda kuzgalish va remissiya fazalari ajratib kuyilgan.

BA 1 boskich bugilish xuruji bilan namoyon bula boshlaydi va davom etadi. Xurujning jadalligi va davomiyligiga engil, urtacha ogir va ogir.

BA engil kechishida (I I, - va IA ,) xuruj kiska davom etadi, yilda 2-3 marta kuzgaladi, xuruj tezda bartaraf etiladi. Xurujlararo davrda tulik remissiya kuzatiladi va ya'ni bronxospastik sindrom alomatleri umuman aniklanmaydi. Urtacha ogir darajada ifodalanib kechuvchi BA da esa (I I2 - va IA 2) kasallik davomida 3-4 marta kaytalanadi, bugilish xuruji ogirroq utadi va fakat R moddalar in'eksiya kilingandan keyingina tuxtaydi. Xurujlararo doir notulik remissiya bilan ifodalanadi ya'ni kuchsiz ifodalangan bugilish davom etib turadi.

YUkoridagilardan farkli ularok ogir kechuvchi BA (I I3 - va IA 3) tez-tez bugilish xuruji (yiliga 5 va undan ortik) bulib turishi va kuzgalish davri chuzilib davom etishi bilan ifodalanadi. Xuruji ogir utib ba'zida astmatik xolatga aylanadi va uni tuxtatish uchun bir necha gurux preparatlar kayta-kayta kullaniladi. Remissiya deyarli kuzatilmaydi.

BA ning ikkinchi boskichida asoratlar kelib chiqqan buladi, nafas tartiboti buylab chukur morfologik va funksional uzgarishlar kuzatiladi: tarkoklashgan surunkali bronxit, surunkali pnevmoniya, upka interstitsial kasalliklari, upka emfizemasi, pnevmoskleroz, upka etishmovchiligi (III boskich) yoki upka-yurak etishmovchiligi, dekompensatsiya davrida ifodalanuvchi yurak etishmovchiligi A.D.Ado va P.K.Bulatovning bronxial astmaga oid tasnifi suzsiz oldinga kuyilgan katta kadam. Lekin shu bilan birga aytish kerak-ki, BA ni nafakat immunoologik balki noimmunologik variantlari xam mavjud. SHuni xisobga olib R.S.Fyudoseev

ma'lum bulgan BA ning ikki turiga yangi kliniko-patogenetik variantlarni kiritdi, ya'ni tasnifi boyitdi yoki u umumlashgan xolda kuyidagi-cha ifodalandi:

1. Atopik
2. Infeksiyaga moyil (infeksion-aplergik)
3. Autoimmun
4. Disgormonal
5. Asab-ruxiy zurikishli
6. Adrenergik disbalansli
7. Bronxlar reaktivligi birlamchi uzgarishi bilan ifodalanuvchi (bu guruxga aspirinli astma va zurikishdagi astma xam kiradi)
8. Xolinergik (A.G.CHuchalin va G.B.Fedoseev 1986).

Xulosa kilish mumkin-ki, mantikan BA-etiologyasi va patogenezi tabiatan turli bulgan kasalliklar yigmasidir, lekin amaliyot nuktai nazaridan uni bir butun nozologik birlik sifatida kabul kilish makbuldir. Xozircha xastalikni shu yunalishda talkin kilishga tugri keladi, ammo yakin kelajakda, extimol uni inson immun tartibotining buzilishi bilan bog'liq kasallik deb atarmiz... Xar kalay bunday bashorat kiluvchi olimlarning tarafdorlari ortib bormokda.

BA - polietiologik kasallik xisoblanadi va uning kelib chiqishida moyillik yaratuvchi xamda bevosita chakiruvchi omillar muxim urin tutadi. Bular tuplamiga kuyidagilar kiradi: tugma va orttirilgan biologik nuksonlar (bir kismi genetik buzilishlar tufayli rivojlanadi, xomila rivojlanishi jarayonida, chakaloklik va undan keyingi davrda), astma oldi kasalliklari, irsiy moyillik, xomiladorlik patologiyalari, professional omillar, klimatometeorologik va ekologik omillar.

Biologik nuksonlar jumlasiga - xujayralar beta-adrenergik sezgirligini susayishi, siklik nukleotidlar xosil bulishida ishtirok kiluvchi fermentlar tartibotining uzgarishi, tranzitor neonatal immunodefitsit, makrofaglar funksional faolligini kamayishi, zardob omilining faollashuvi - tripsin mikdorining kamayishi, T-supressor faolligining etishmovchiligi, bronx va upkalarni sezuvchanligi va reaktivliklarini biologik faol moddalarga, allergenlarga, irritantlarga, turli ximik va fizik omillar ta'sirotiga sezuvchanliklarining ortishi, respirator tizim semiz xujayralari giperreaktivligi kabilar kiradi. Bular BA ni keltirib chiqarishida axamiyat kasb etuvchi ichki omillar xisoblanadilar. Bundan tashkari uni kelib chiqishida kator tashki omillar ustuvorlik kiladilar: infeksiyon allergenlar, noinfeksiyon allergenlar, mexanik va ximik ta'sirotlar, meteorologik va fizika - ximik omillar, ruxiy-zarba xamda asabiy ta'sirlanishlar kabilar.

Azaldan xayvonlar va o'simliklar bilan aloqador kishilarda astma kelib chiqishligi ma'lum (tushuk astmasi, pichan astma): oilaviy, asab tizimi va modda almashinuvi buzilishlari natijasida astmaga moyillik tugilishi mumkin.

Allergenlarga muvofik xolda nutritiv astma, primullan buladigan astma, ursoldan buladigan astma, jun rumoldan buladigan astma va b.k.lar. xamda infeksiyon astma xodisalari xam ayon.

Nevrogen omil bevosita ta'xsirida xam astma rivojlanadi. Bundan tashkari «astma tugib beruvchi» maxsus nuktalar kitiklanishi natijasida rivojlanuvchi reflektor astmalar xam buladi. Xususan, burun kasalliklarida (poliplar, burun tusigi kiyshayishi) uning shillik kavati nuktalarini kitiklanishi, upkani (peribronxitlar, pnevmoskleroz) ut yullari jinsiy a'zolar va upkadan uzokda joylashgan a'zolarini ta'sirlanishi tufayli xam reflektor astma paydo buladi. Astma kasaliga chalingan bemorlarning kupchiligida sovukni sezuvchanlik optgan buladi sovukdan buladigan eshak emiga uxshab) yoki bunday xodisa ozik-ovkatlarga (sut, tuxum) nafas

bilan olingan xavoga teriga tegib turuvchi (sirpanuvchi) anjomlarga nisbatan xam kuzatilishi mumkin.

Bosh miya yarim shari pustlogi buzilishlari bilan kelib chiquvchi astma xam ma'lum. Masalan, «gulli» astma bilan xastalangan bemorning kuzi sun'iy gulga tushgan zaxotiyok xuruj boshlanishi kuzatilgan.

Ayrim xollarda u kasb bilan bog'liq xolda, ma'lum ta'sirlagichlar ta'sirida rivojlanadi - dorixonachilarda (ipekakuona ta'siri), junchilarda (ursol ta'siri), yoki allergenlarning takroran ta'siri tufayli (gullar) xam paydo buladi.

Bronxial astma-astma oldi xolati deb nomlanadigan patologik jarayonlardan keyin rivojlanadi. Astma oldi xolati birinchi bulib 1969 yilda A.D. Ado va P.K. Bulatovlar tomonidan talkin etilgan va unga BA paydo bulishiga taxdid kilib turuvchi barga patologik xolatlar kiritiladi (utkir va surunkali bronxitlar, bronxospazm bilan ketuvchi utkir pnevmoniya, vazomotor rinit, eshak emi, vazomotor shish, neyrodermit-eozinofiliya va balgamda eozinofillar ortikcha mikdorda aniklansa). Bu xolat nimmunologik va nommunologik patogenetik mexanizmlarga kura rivojlanadi.

Bundan tashkari BA kelib chiqishiga xomiladorlik patologiyasi sabab buladi, xususan bola tugilishi paytidagi ota-ona yoshi axamiyat kasb etadi. YOshi utgan ota-onalardan (20-30 yoshda - 77.1 foiz va 30-40 yoshda - 22,9 foiz) tugilgan bolalarda kupipcha BA kuzatiladi. CHala tugilish bilan BA kelib chiqishida uzaro uzviylik borligi xam isbotlangan, astmasi bor onalardan tugilgan bolalarda respirator allergenlar kupayadi. Xomiladorlik davridagi ona shamollash kasalliklari, umurtka uzgarishlari, tugruk paytida buyin chuzlislari va boshning kuchli burib, tortib olish natijasida buyin umurtkalarini kiyshayib kolishi (vertebrobazilyar shoxobchalarda ishemiya rivojlanishi tufayli perinatal davr patologiyalari kabilar bronxial astma rivojlanishi uchun kulay sharoit kilib beradilar. Umuman, BA kelib chiqishiga kuyidagi omillar moyiilik tugdiradilar: kashandalik, respirator infeksiyalarga tez-tez chalinib turish, dorili va nutritiv (ovkatdan buladigan) allergiya suniy tarzda bolani ovkatlantirish, oshkozozon ichak tartiboti buzilishlari va konda E mikdorining ortishi.

SHuni aytib utish zarurki agarda mijozda kuchli ifodalangan biologik defektlar bulsa xam arzimagan tashki muxit salbiy ta'siroti BA keltirib chiqarishi mumkin. YOki kuchsiz biologik defektlar mavjud bulganda atrof muxitning nomakbul faol ta'sir kilishi okibatida u rivojlanadi.

Bronxial astma karindosh-uruglarda avloddan-avlodga «suyak kuvuvchi» kasallik xisoblanadi. Bu maxsus kliniko-epidemiologo-ginekologiya tekshiruvlar bilan tula uz isbotini topgan. A antigen sistemasi bilan kasallik urtasida aloqadorlik borligi xam ma'lum (bu sistema A,V>S,D,Dg irsiy birliklar birlashtirilgan buladi). Xususan, BA ni kupincha V8 antigeni va A,V8 gaplotiplari assotsiallanishi, ogir kechimi esa A11, V15, V18, VN№28- BN№41 antigenlari mavjud bulganda kuzatilishi xam aniklangan.

BA kelib chiqishida immunoglobulinlarning aloxida urni bor. Disgammaglobulinemiya, E va S mikdorining ortishi kasallik moyil yaratadi. SHuningdek bronxial astmani birlamchi profilaktikasida tibbiy-genetik maslaxatning axamiyati bekiyosdir.

YUkorida sanab utilgan omillarni urganish asosida BA ni bashorat kilish mumkin. Xususan, bronxial astma taxdidi alomatlari 9 ta guruxga mujassamlashtiriladi:

1chi - anamnez buyicha aniklangan irsiy moyiilik:

2 chi - genetik markerlari:

3 chi - konstitutsiya (gavda tuzilishi) xususiyatlari:

4 chi - ona kasalliklari, xomiladorlik patologiyasi:

5 chi - bolalar kasalliklari va bolani usishi xususiyatlari:

6 chi - kattalarni kasalliklari, maishiy va ish sharoiti xususiyatlari:

7 chi - biologik defektlar:

8 chi - astma oldi xolati alomatlari:

9 chi - tashki muxit nomakbul omilari.

1 chi, 2 chi va 3 chi guruxlar alomatlarini bulishi bronxial astmaga irsiy moyillik borligidan darak beradi: 4 chi gurux esa - xomila rivojlanishi davrida biologik defektlar shakllanganligiga gumon tugdiradi: 5 chi va 6 chi guruxlar – xayot davomida biologik defektlar keltirib chiqarishi mumkin bulgan nomakbul omillar borligini ifodalaydi: 7 chi - BA ga moyillik mazmunini ochib beradi: 8 chi - astma oldi xolati mavjudligidan darak beradi va nixoyat, 9 chi - faol ifodalangan tashki muxit omillari borligini kursatadi va ular ta'sirida klinik anik ifodalangan bronxial astma rivojlanishi mumkin.

Klimatometnologik omillarni roli xam aloxida urin tutadi. Uzbekiston sharoitida, Toshkent shaxrida baxor va kuz oylarida BA ni keskin kupayishi aniklangan (U.I.Shodmonov. 1984), Leningradda aprel va yanvar oylarida eng kup va iyulda kam darajada kasallik kuzgolishtari kuzatilgan (V.A.Ignatev va b.k., 1982).

Oxirgi yillarda aniklangan ma'lumotlar buyicha virusli infeksiya tomonidan chakiriladigan BA nisbatan kupaygan: koronaviruslar, rinoviruslar, adenoviruslar va gerpetik guruxi viruslari B ning infeksiyon-allergik shaklini kuzgovchi asosiy omillardan sanaladilar.

BA kelib chiqishida prostoglandinlar xam rol uynaydilar. Prostoglandin B (bronxlarda sintezlanadi) bronxodilatatsiya chakiradi, prostoglandin G-esa bronxospazm beradi (upka tukimasida sintezlanadi) va immunologik jarayonlarda faol katnashadilar.

Bronxial astma klinikasi kompleks alomatlarni ma'lum ketma-ketlikda evolyusiyalanishga bog'liq xolda turlicha ifodalandi. Bronxial astmada kuyidagilar boskichma-boskich yuz beradi.

a) astma oldi xolati:

b) klinik - anik ifodalangan bronxial astma-bugilish xuruji yoki astma xolatidan keyin;

v) bronxial astma shakllari (immunologik va noimmunologik):

g) yukorida zikr etib utilgan kliniko-patogenetik variantlari:

d) kechishi:

s) kasallik fazalari

j) asoratlari

Xar bir boskichda kasallik aloxida belgilar bilan ifodalanadi.

Bronxial astmani oldi xolati turlicha chuzilib davom etadi va uning asosida uziga xos kam alomat berib kechuvchi infeksiyon jarayon yotadi. Uning bosh alomati-bronxlar sezuvchanligini turli ta'sirotlarga nisbatan ortib ketganligidir. Sub'ekt xolati sovuk xavodan nafas olgandan keyin, gox turli xidlardan keyin yomonlashadi, lekin bronxospastik sindrom xam rivojlanib ulgurmagan buladi.

YO erta yoki kech bulsa xam astma oldi xolati urniga BA keladi va u uchta rivojlanish davrini bosib utish bilan ifodalandi. Ularning xar biriga maxsus kurinishlar berib alomat beruvchi xurujsimon bronxostenozning vujudga kelishi xosdir.

Bir xil vaziyatlarda bosh alomat tarzida xurujsimon kuruk yutal buladi va u Kurshman Yozib koldirganiday yopishkok, tinik balgam ajralishi bilan tuxtaydi. Balgam bor yoki yukligi inobat kilingan xolda «namli» va «kuruk» astmalar tafovutlanadi. Boshka bir vaziyatda BA ni bosh alomati bulib turli davomiylik bilan ifodalanuvchi va balgamli yoki balgamsiz ekspirator tusdagi

bugilish xuruji xisoblanadi. Kam xollarda kasallikning klinik alomatlari xuruji nafas olishni kiyinlashuvi davrilari bilangina belgi beradi va unda bronxostenoz belgilari topilmadi. Buning sababi nafas mushaklari faoliyatlaridagi diskoordinatsilashadi. Ayrim xollarda xar bir mijozda uziga xos kurinuvchi auralar BA xurujidan oldin kurinib utadi. Kasallik xurujining utib ketishi agarda davolash tadbirlari kilinmagan bulsa, sekin astalik bilan sodir buladi.

Umuman ekspirator xurujsimon bugilish-faol bronxostenozning klinik aksi-bronxial astmaning uziga xos alomatidir. Goxida u kon bosimining asimmetriyasi bilan davom etadi. Astma xuruji asosan tunda sodir buladi, chunki aynan shu paytda ma'lum fiziologik mexanizmlarning buzilishlari kuchayadi-chalkancha vaziyatda upka faoliyati sustlashadi, bronxial yullar torayadilar, ular bushliklariga sekret yigiladi, korin bushligi a'zolari tomonidan diafragma bosim kuchi ortadi. YAna tunda buyrak usti bezi faoliyati zaiflashadi, kortikosteroid gormonlari ishlab chiqarilishi, okibatida ma'lum darajada xuruj kaytalanishi uchun sharoit yaratiladi.

BA xurujining davom etishi, ifodalanishi va chastotasi individual tarzda xar xil ifodalandi, lekin shunisi ifodali-ki, ular yoxud tumovsimon xolatdan keyin, yoki ekstremal xolat tufayli, ba'zida esa biror bir ilinjisiz paydo buladilar va kuchayadilar. BA ni ogir kurinishi bulib bronxositmatik status xisoblanadi. U bronx upka tizimini, boshka a'zo va organizm funksional tartibotlarini chukur buzilishlari okibatida rivojlanadi, avval samara beruvchi davolash muolajalari uni bartaraf kilishga ojiz bulib koladi. Bu xolat bronxlar va upka parenximasida infeksiyon jarayonlarning faollashuvi natijasida vujudga keladi.

Aynan kursatilgan buzilishlariga mos xolda BA kechishining uch davri tafovutlanadi. BA birinchi davri barcha klinik alomatlarning avvallombor bronxostenozning xurujsimon tarzda kurinishi bilan ifolalanadi. Mazkur boskichda. xurujlararo davrda mijozlar uzlarini deyarli soglom deb tasavvur kiladilar. Eng yomoni shuki, bu nisbatan kam uchraydipgan va engil xurujlar shifokorlar tomonidan anglaniladiyu, ammo kupincha e'tibordan chetda koldiriladi, ya'ni davolash tadbirlari amalga oshirilmaydi: vaxolanki muolajalar albatta utkazilishi kerak.

BA ikkinchi davri xurujlarni nafakat tez-tez bulib turishi va davomiyligi bilan, balki xurujdan keyin xam saklanib turadigan bronx-upka apparati xolatining uzgarishlari bilan xam ifodalanib namoyon buladi. Bu ozgina jismoniy zurikishda xam bugilish paydo bulishi bilan kurinadi, umumklinik tekshiruvda esa upka emfizemasi va upka gipertenziyasi alomatlari aniklanadi. Ayrim xollarda bemorlar ish kobilyatlari chegaralanadi.

BA rivojlanishining uchinchi boskichi kuplab a'zolar faoliyatlarining buzilishlari va ish kobilyatini deyarli tula yukolishi bilan ifodalanadi. YUrakda uzgarishlar rivojlanadi: Ung korincha gipertrofiyasi va dilatatsiyasi (upka gipertoniyasi okibatida), keyinrok chap korincha faoliyati buzilishlar avjlanadi: gemodinamik buzilish natijasida esa jigar va buyrak faoliyatlarining uzgarishlari aniklana boshlanadi.

Bronxial astma simptomlarga boy kasallik xisoblanadi va an'anaviy tarzda kechganda uni tashxislash kiyin emas. BA ustuvor alomatlarini 27 taga (13 ta xuruj paytida va 14 ta xurujlararo davrda) shartli ravishda ajratish mumkin (jadvalda ilova kilingan). Eng kup uchraydigan asosiy alomatlari – ekspirator bugilish (96,8 foiz), burun bitimi (60,6 foiz). tush soxasi buylab noxush xis-siyotlari (57,4 foiz), ortopnoe (72,4 foiz), kutichasimon perkutor tovush (77,5 foiz), xirillashlar (85,1 foiz) va b.k.

«Kasallikning ichki tasviri» alomatlari xam BA da uziga xos ifodalangan buladi va uni tugri baxolay olish mukobil farmakoterapiya xamda tashxis uchun katta axamiyat kasb etadi.

«Kasallikning ichki tasviri» deganda» bemorning butun dunyosi barcha kechinma va tuygulari, xissiyotlari karama-karshiliklari, ruxiy zurikish va zarbalari yigindisi» tushuniladi. «Kasallikning

ichi tasviri (dunyosi)» mijozning shaxs sifatidagi xususiyatlariga, xastalik ogirligi, darajasi va davomiyligiga, kasallik avjlanishi jarayoniga: bemorning uz kasalligi xakidagi tibbiy tasavvuriga, ijtimoiy omillar va b.k.larga bog'liq buladi (R.A.Luriya).

L.L.Roxlin buyicha «kasallikning ichki tasvirini» ifodalab beruvchi asosiy manba bulib - mijoz tomonidan kasallik xakida uylab kaygurish turlari xizmat kiladi. Boshka samatik kasalliklarida bulgani kabi BA da bemorlar-ning kasallikka nisbatan ta'sirlanishlarini sakkiz xili ajratiladi: astenodepressiv, ipoxondrik, isterik, istsriopoxondrik, fobik. psixastenik, eyforik-anozognozik va xastalikni e'tirof, kilmaslik (L.L.Roxlin: Z.T.Kostyunina: V.V.Kovalev).

Mazkur sindromlar uta xos klinik belgilar bilan kurinish beralar. Xususan. astenodepressiv turdagi ta'sirlanish kayfiyatni tushib ketishi. kasallik xakida bid'atli yomon fikrlarga borish. kasallik okibati albatta fojiaga tarkalishi xakida yyra tolib yurish kabilar bilan ifodalandi. Mijozlar uta tushkunlikka tushib koladilar, xayol suradigan, kamgap va chigal fikrlar bilan yuradigan kishilarga aylanib koladilar. Kupchilik bemorlarda suitsidal goyalar paydo buladi, lekin ularni amalga oshirishga oshikish kuzatilmaydi. Uyku buziladi, bolalardan va jamoadan ajralib kolish vaximasi paydo buladi.

Isteroipoxondrik ta'sirlanishga moyillik bulgan bemorlar esa uz kasalliklarining alomatlarini anik va rangli kilib tasvirlab beradilar. Uzlariga aloxida e'tibor kilishlarini talab kiladilar, ular xastaliklarini boshkalarinikiga aslo uxshash emasligini uktirishga intiladilar:

Ularga shifokorlar notugri tashxis kuyib, notugri davolash muolajalari utkazilayotgandek tuyulaveradi va shuning uchun xam kuplab mutaxassislarga murojaat kiladilar, tartibsiz davolanadilar, kupincha uzini-uzi davolashga urinadilar va ular boshka xayotiy muxim kizikishlarini ishi. oilasi va b.k.larni batamom unitib kuyadilar. Ular uchun «kasallikka berilib ketish», kasallikka uta engil berilish kabilar xosdir. Bu turladi kechinmalar yoshlarda, ota-ona tomonidan ortikcha e'tibor bulganda va BA ogir kechganda kuzatiladi.

Ipoxondrik xildagi kechinmalar kayfiyatning tushib ketishi. keragidan ortikcha darajada uz xolatiga e'tibor kilish, xolati darajasiga ogirlashtirib baxo berishga moyillik bulishi, imkoyatlarni kupligi va senestopatiyalar bilan ifodalanadilar. Ular uzlariga yangidan-yangi simptomlarni «kashf kiladilar» guyoki ular rak yokn sil kasalligppga giriftor bulganlar, «upka nafas ololmaydigan darajada shishib ketgan». Bu toifa bemorlarni davolash kiyin masala. Bu turi kuprok psixasteniklarda va tutkanoksimon alomatlari mavjud bemorlarda kuzatiladi.

Bronxial astmada fobik ta'sirlanishlar xam kup uchrab turadi. Bunda bemorni kurkuv vosvosasi kuvlaydi, doimo vaxima bosadi: mijoz doimo yiglaydi, bezovtalanadi va vas-vasaga tushib koladi. Bu xil kechinmalar astma xuruji davrida kuchayadi, umumiy xolatning yaxshilanib borishi bilan utib ketadi.

Bemorlarda anozognozik ta'sirlanish bulganda, kasallik darajasi bemor tomonidan nomuvofik (past) baxolanadi, bemorlar uzok muddat davomida yordamga murojat kilmaydilar, dori kabul kilishdan bosh tortadilar, muayyan davolanmaydilar. Bunday tarzda uzini tutish intelekti past bemorlarda, kuchli intoksikatsiyada va bosh miya gipoksemiyasida kuzatiladi.

Bundan tashkari BA da apatik ta'sirlanishlar (reaksiyalar) xam uchraydi (I.P.Zamotaev, V.E.Rojnov, A.Sultanova, 1983). Bunda bemorlar va tekshiruvlarga unamaydilar, uykusizlik buladi. Bunday xolatlar kupincha glyukokortikoidli gormonlar berilgandan keyin kuzatiladi.

Sababi, bemorda gormon berila boshlandimi «tamom, ilojsiz xolat va endi kasallikni umuman davolab bulmaydi» - degan nomakbul va salbiy fikrni tugilib kelganligidir.

Bronxial astma mavzusida asosiy urinishlardan biri kilib astmatik xolat belgilanishi lozim, chunki uning alomatlari BA dan farkli ularok bir muncha uziga xos ifodalanib kurinish beradi va ikkinchidan, dolzarb masala bulib xisoblanadi.

Zamonaviy konsepsiyalarga kura uning asosida bronxial shajarlarda joylashgan betoadrenergik retseptorlar faoliyati buzilishi tufayli kelib chiqadigan utkir nafas etishmovchiligi sindromi yotadi.

Astmatik xolat BA ning xavfli asorati bulib, uning chastotasi 5-23,4 foizni tashkil kiladi, 1,23-16 foiz xollarda ulimga olib keladi.

Ma'lum buldiki, astmatik xolatning oxirgi yillarda tobora kupayib borayotganligini asosiy sababi BA keng tarkalganligi va uning ogir turlarini yildan-yil sari kup uchrab turganligi ekan. Bu albatta turli omillar (dori-darmonlarning keng kullanishi, kimyoviy preparatlarni kuplab ishlab chiqarilishi, kishlok xujaligini ximizatsiyalash va x.k.lar, okibatida axolini allergizatsiya darajasini ortishi) tufayli atrof muxitni ifloslanishi bilan xam bevosita bog'liqdir.

Astmatik xolatni keltirib chiqaruvchi sabablar jumlasiga simpatomimetiklarni me'yordan ortikcha berish, antigistaminolarii sedativ va boshka dori-darmonlar mikdorini oshirib yuborish, glyukokortikoid garmonlar bilan nomuvofik davolash, anafilaktik shok va boshka shu kabilar kiradilar.

Uning asosiy patogenetik mexanizmlarini kuyidagicha ifodalash mumkin: eronxlar betoadrenergik retseptorlarini tula blokadasini bronxospazm-eronxlar shillik kavatlari gipersekretsiyasi va shishi (dimlanishi yalliglachishli va allergik tabiatga ega bulgan) kichiq va urta kalibrli bronxlarning ekspirator kollapsi-giperkapniya-gipoksiya-tukimalar degitratatsiyasi-politsetemiya va utkir upka-yurak sindromi.

Aloxida urinni uning rivojlanishida prostoglandinlar almashinuvi va immun tizimining buzilishlari egallaydi. Umuman, xar kandy ogir bugilish xuruji astmatik xolatga utishi mumkin.

Akademik A.G.Chuchalin buyicha astmatik xolatni ikki shokli tafovutlanadi: anafilaktik va allergometabolik. Birinchisi kamrok kuzatiladi va pirazon xosilalari, sulfanilamidlar, antibiotiklar va boshka turdagi dori-darmonlar kabul kilingandan keyin paydo buladi.

S.Ch.Babichev va b.k. esa uning uch turini ajratishni taklif etganlar: bronxospazm etakchi sindrom bulishi bilan ifodalanuvchi astmatik xolat, bronxosekretor jarayonlarni ustuvorligi va bronxlarni kisman obstruksiyasi rivojlanishi bilan kechuvchi turi va total upka obstruksiyasi bilan ifodalanuvchi turi.

Unga baxo berishda kuyidagi klinik alomatlariga e'tibor beriladi:

1. Ksantin xosilalari va simpatomimetiklarning bronxodilatatsiya kilib ta'sir- kursata olish darajasi (samaraligi va samarasizligi).

2. Samarsiz yutal shakllanishi;

Utkir nafas etishmovchiligini avjlanib borishi tezligi.

Arterial kondagi gazlar mutanosibligi va kislota-ishkor xolati uzgarishlari tashxisiy axamiyat kasb etadi.

Astmatik xolatni verifikatsiya (oydinlashtirib olish) kilish uchun 0,1%-li adrenalini eritmasi 0,3-0,5 mg dan xar 20 dakikada teri ostiga 3 marta kiritiladi (1:1000) mutanosiblikda eritilgani) yoki adrenalini 0,3 ml dan xar 30-60 dakikada teri ostiga (ikki marta) beriladi (N.V.Putov. 1980). Bu maksadda eufillinni 2,4%-li eritmasidan xam foydalanish mumkin. Buning uchun 2,4%-li eufillin eritmasi 10 ml dan xar 30 dakikada (ikki marta) vena ichiga kiritiladi. Ogirlik darajasiga kura astmatik xolatni 3 boskichi ajratiladi.

1. BOSKICH - nisbiy kompensatsiyalashgan boskich. Bugilish xuruji uzok muddat davomida tuxtamay davom etadi (6 soatdan kup) simpatomimetik va boshka bronxodilatatorlar yordam bermaydi. Bemorlarni xushi joyida buladi, ruxiy buzilishlar yuk. Kuchsiz ifodalangan taxipnoe va okimtir sianoz, kuzatilib kam xollarda kup terlash buladi. Upka ekskursiyasi chegaralangan, perkussiyada-kutichasimon oxangli tovush, auskultatsiyada-upka barcha maydonlari buylab eshitiladigan vezikulyar nafas, chiqarish chuzilgan. yoyilgan kuruk diskantli xirillashlar. Kupincha yurak soxasida ogrik seziladi va u yurak glikozidlariga kam beriladigan taxiaritmiya (100-120 ta bir dakikasiga) bilan xamda kon bosimini kutarilishi bilan davom etadi. Vena ichiga eufillin yuborilgandan sung bosh ogrigi, bosh aylanashi, kungil aynish va kayd kilish kuzatiladi. Ung korincha etishmovchiligi nimitik ifodalanadi. Bu boskichda yana shu ifodaliki, ventilyasion buzilishlar bulmaydi, kuchsiz ifodalangan arterial gipoksemiya (R..O: 60-70 mm.sim.ust), norma yoki gipokapniya (RaSO₂ normada 35-45 mm.sim.ust ga teng buladi) yoki RaSO₂ giperventilyasiya natijasida 35 mm.sim.ust. dan kamayadi.

2. BOSQICH - dekompensaiiya yoki «sokov» upka boskichi. Umumiy axvoli ogir darajada. Ruxiyatning kuchli buzilishi, psixomotr kuzgalishlar, gallyusimatsiyalarda (depressiya, apatiyalar bilan almashib turadi) bu davr uchun xosdir. Bemorlar elka xududini kotirib turgan xolda majburiyat vaziyatni egallab turishga urinadilar, kukrak kafasi nafas chiqarish boskichida turib koladi, yordamchi mushaklar nafas olishda katnashadilar. Sianoz shiddali tusda ifodalangan. SHovkinli, xushtaksimom nafas bilan auskultativ fenomenlar annklanishi orasida nomutanosiblik topilishi ayniksa muxim tashxisiy kalit xisoblanadi (upkada xirillashlar deyarli topilmaydi, nafas shovkinlari susaygan, upka ayrim xududlarida esa umuman eshitilmaydi - vaxolanki, xushtaksimom dagal nafas tasofada meziladi). Kichiq puls, taxikardiya (dakikada to 140 tagacha) kupchilik xollarda paradoksal puls aritmiya va gipotoniya xam aniklaniladi. Bu boskichda bronobstruktiv sindrom va ventilatsion buzilishlar jadallashadilar, gipoksemiya (RaS 50-60 mm sim.ust.) va giperkapniya (R,,. SS 50-70 mm.sim.ust. va undanyukoriga) kuchayadilar.

3. BOSQICH - gipoksik yoki giperkapnik koma boskichi. Umumiy axvol uta ogir darajada bulib, klinik manzarasida asabiy-ruxiy buzilishlar ustuvorlik kiladi, es-xushi yukoladi va xush ogishidan oldin changak (akashak) bulishlar kuzatilishi mumkin. YOyilib ifodalanuvchi diffuzsianoz, terlash, sulak okish, tuxtab-tuxtab nafas olish, nafas olish yuzaki va aritmik tusda buladi, gipotoniya , kollaps va ipsimon nozik puls kabilar aniklanadi. Gipoksemiya (Ra O₂ - 40-50 mm.sim ust. Va yukori) va giperkapniya (Ra CO₂ 80 -90 mm. sim. ust va yukori) xamda ventilyasion buzilishlar shiddatli tus oladilar. YUkoridagilardan tashkari asmatik status gipovolemiya (kam xollarda gipervolemiya va gipertanatriemiya-Dop. 1984) bilan gematrokrit kursatkichlari va kon zardobi oksillari konsentratsiyasini ortib ketishi bilan xam davom etadi yoki namoyon buladi, avval metabolik alkoloz va sungra esa, asmatik status darajasi ortib borishi bilan metabolik atsidoz rivojlanadi. Bronxial astma va xomiladorlik munosabatlariga oid ma'lumotlar oxirgi yillarda kupayib borayotganligini takrorlab utish lozim. Bu borada ayniksa Uzbekistonda SSV tomonidan ishlab chiqishgan va tavsiya etilgani tavsiyanomalar eng oxirgi tib ilmi yutuklarini uzida mujassamlashtirganligi bilan ilmiy-amaliy axamiyat kasb etishni aloxida kayd etib utish kerak.

Ma'lum buldiki xomiladorlik davri 48% xollarda astma xujayrani kaytalanishiga sabab buladi va utkir virusli infeksiya, uchogli infeksiyalar va sovkatish kabilar moyillik yaratishi okibatida xuruj kiladi. BA ni kaytalanishini 84,6% ni xomiladorlikni birinchi yarmiga tugri keladigan

64,8% xollarda obstruktiv turlar ifodalanauvchi tashki nafas faoliyatini buzilishi kuzatiladi. BA urta ogir va ogir kechganda xomiladorlik paytida tula remissiya bulmaydi, remissiya boskichda xam biron obstruktiv sindrom alomatlari xuruj kilishi davom etadi (L.L.Molchanova va b.k. 1996). Kuchli gipoksiya va mikrotsirkulyasiya tizimidagi salbiy uzgarishlarni strukturali davom etishi sababli 14,4% xasta xomilador ayollarda xomilani zudlik olib tashlash xavfini taxdid kiluvchi BA xuruji rivojlanadi, ogir darajasi esa bunday xolat 100,0 foiz kuzatiladi.

Ogir kechuvchi gestoz urta darajada (26,7%) va ogir darajada utuvchi BA bilan ogrigan xomiladorlardan 20 foiz albatta rivojlanadi. Bundan tashkari BA 29,5% xollarda xomila gipoksiyasiga sabab buladi. 19,2% esa bola tashlashga olib keladi. Bundan tashkari 40% chakaloklar asfiksiya xolatidan dunyoga keladilar. Tugrukdan keyingi davrda 14.7% ayolda BA kaytalanadi va ayol jinsiy a'zolari tartibotidan yiring sepsisligi kasalliklariga chalinish xavfi ortadi. BA bilan xasta ayollardan tugilgan chakaloklarda ekssudativ diatez (27,3 foizgacha) va utkir respirator virusli infeksiyalarga chalinishi xavfi yukori buladi (16,9 foizgacha).

YUkoridagilardan kelib chiqkai xolda kuyidagilar tavsiya etiladi: Xomilador ayollarda uz vaktida BA xavfli omillarni bartaraf kilish yuli bilan kasallik kuzgolishini oldini olib turish lozim: yukori nafas yullari surunkali infeksiyasi uchoklarini erta aniklash va faol sanatsiya kilish darkor: utkir virusli infeksiyalardan muxofaza kilish yoki vaktida davolash tadbirlarini kurish:

BA bilan xastalangan ayollarni II chi xavf guruxiga (engil va urtacha ogir turi), ayrim xollarda (tugma nukson bulishi, doimiy astmatik xolat, ogir darajili BA) eca III guruxga kiritib xaftaaro kuruv nazorati urnatiladi, kechki gestoz va boshka infeksiyalarni preventiv davolash tadbirlarini kurish. Xomilani tuxtalish yoki davom etish masalasi birinchi 10-12 xaftalardayok xal kilinishi lozim.

3-mavzu. Allergik reaksiyalar. Anafilaktik shok.

Ichki kasalliklarning shoshilinch holatlarida stomatolog taktikasi.

1.1.Ma'ruza mashg'ulotning texnologik modeli

Mashg'ulot vaqti -2 soat	Talabalar soni : 18-24 gacha
Mashg'ulotning shakli	Ma'ruza axborot ma'ruza, slayd ma'ruza, multimedia ma'ruza shaklida
Mashg'ulotning rejasi	1.Kirish 2.Anafilaktish shok etiologiyasi 3.Anafilaksiya tushunchasi 4.Anafilaktik shok klinika, diagnostika, davolash chora tadbirlari 5.Xulosa
O'quv mashg'ulotning maqsadi	Maqsadi yoritiladi. Ta'limiy: Allergologiyada anafilaktik shok rivojlanishi, klinika, diagnostikasi, davo choralari haqida ma'lumot berish Tarbiyaviy:

	1. Talabalarga anafilaktik shokni tushuntirish 2. Anafilaktik shok turlari haqida tushuncha berish
Ta'lim berish vositalari	O'quv qo'llanma, darslik, ma'ruza matni, proyektor, kompyuter, multimedialar
Mashg'ulot uslubi	Axborotli, suxbat, ommaviy, jamoaviy
Ta'lim berish sharoiti	Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash	Og'zaki nazorat:savol-javob.

1.2 Ma'ruza mashg'ulotining texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyatining mazmuni	
	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchilar
Tayyorgarlik bosqichi (5 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	Talabalar
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 (45 daqiqa)	1. Mavzuni tushuntirib beradi, slaydalar namoyish qilish 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalanadi	Tinglaydilar Tinglaydilar
3. YAKuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi	Tinglaydi
4. Mustaqil ta'lim uchun topshiriklar (5 daqiqa)	1. Mustaqil ish beradi 2. Uyga vazifa beradi	Yozib oladi Yozib oladi
Jami: 80minut-2soat		

Mavzu bayoni: ICHKI KASALLIKLARNING SHOSHILINCH HOLATLARIDA STOMATOLOG TAKTIKASI

Anafilaksiya grek suzidan olingan bulib, ana – yana, aphyllaxis – ximoyasiz, ya'ni ximoya kila olmaydigan degan ma'noni bildiradi

Anafilaktik shok yurak qon aylanish doiralarning o'tkir buzilishi okibatida quyidagi belgilar bilan namoen bo'ladi:

- teri rangining okish kukimtir eki marmarsimon rangga kirishi, sovuq ter bosishi.
- tirnok osti satxida qon okishining xaddan tashkari sekinlashuvi,
- xalovatsizlik, es xushning xiralashuvi – dispnoe,
- siydik mikdorining kamayishi, yaxni kam siyish- oliguriya.

- Tomir urishining tezlashuvi – taxikardiya,
 - Qon bosimining pasayib ketishi kabi xolatlar ana shular jumlasidandir
- Anafilaktik shokning kelib chiqish sabablariga karab, dori-darmonlarni kullash okibatida kelib chiqadigan anafilaktik shok, zardob xamda vaksinalarni kullash natijasida yuzaga keladigan shok, allergik ovqat lar, xasharotlarning chakishidan vujudga keladigan shoklar fark kilinadi.

H, P.Schuster H ,Schonborn .R,Ianer(1975) anafilaktik shok sabablarini 2 turkumga bo'ladilar :

- 1 Tashxis (diagnostika) va davolash maksadida ishlatiladigan vositalar :
- -dori-darmonlar.immun zardoblar:
- -uzida yod saklagan rentgen kontrast moddalar va boshka turli testlar uchun
- -teri orqali allergik kasalliklarni davolash va aniqlash maksadida ishlatiladigan allergenlar
- kolloid xolatdagi qon urnini bosuvchilar
- qon qo'yish xamda shu qo'yish jaraenida yul kuyilishi mumkin bulgan xatoliklar
- 2. Xayvonlar zaxari:
- asalari,oddiy beli ingichka ari,kovokari va boshkalar chakkanda.
- Yuqorida qayd kilingan sabablar orasida dori-darmonlarni ishlatish natijasida kelib chiqadigan allergik xolatlardan anafilaktik shok birinchi urinda turadi.YU.P.Borodin (1973) ma'lumotlariga karaganda,dori-darmon bilan davolash okibatida kelib chiqkan anafilaktik shok xolatlar 10dan 30 foizgacha ulim bilan tugagan.

Dori-darmonlar ishlatishdan kelib chiqadigan anafilaktik shokni ularning tutgan urniga karab quyidagi larga bulish mumkin:

1. tabiiy (penitsillin,bitsillin) va yarim sintetik penitsillinlar (oksatsillin,ampitsillin va boshkalar) guruxi;
2. tetratsiklin guruxiga kiruvchi dori-darmonlar (tetratsiklin,randomitsin, metatsiklin, morfotsiklin, glikotsiklin va boshkalar) guruxi.
3. Fenotiazin va ba'zi bir xil gistaminlar qarshi ishlatiluvchi dorilar (aminazin va uning analoglari, pipolfen, diprazin),
4. Streptomitsin va aminoglikozidlar (neomitsin, kanamitsin, gentamin va boshkalar) guruxi.
5. Uz tarkibida yod saklaydigan barcha dori- darmonlar (lyugol eritmasi, sayodin kontrast dorilar),
6. Vitamin V 1 (tiamin bromid) va kokarboksilaza,
7. Barbituratlar (fenobarbital va boshkalar) guruxiga kiruvchi dorilar,
8. Pirazon turkumiga kiruvchi dorilar (analgin, antipirin, amidopirin, butadion), atsetilsalitsilat kislotasi va fenilpropionatlar (brufen va boshkalar),
9. Novokain, sulfanilamid va uning turkumiga kiruvchi dorilar,
10. Etilendiamin(suprastin va boshkalar) guruxi bilan eufillin guruxi,
11. Sefalosporin guruxi.

Kasallikning rivojlanishi.

Ma'lumki, anafilaktik shok tez utadigan ximergik kurinishdagi allergik jaraen turiga kiradi.

- A.A. Polner (1973) fikricha, ximergik kurinishdagi xamma allergik reaksiyalarga, shu jumladan, odam tanasida sodir bo'ladigan anafilaktik shokka ikkita asosiy xususiyat sodir etgan :

1. qonda aloxida kurinishdagi antitanalar (reaginlar eki IgE ga bog'liq antitanalar) ning aylanib yurishi,

2. allergik kasalliklarga irsiy moyillik (konstitutsiya eki A.D. Ado bo'yicha allergik konstitutsiya) bulgan kishilarda allergik reaksiyaning rivojlanishi.

- Odam organizmining turli allergenlarga nisbatan sezgirligining oshib ketishi turli muolajalar qilish, ogiz orqali, nafas yo'llari ga dori-darmonlar purkash yo'llari bilan davo kilinadi.

Anafilaktik shokda odam a'zolarida sodir bo'ladigan xaddan tashkari murakkab jaraenlar rivojlanishini

3 boskichga bulish mumkin:

- 1) immunologik boskich,
- 2) biokimeviy boskich,
- 3) anafilaktik shok belgilari keng yuzaga chiqkan kasallik fiziologiyasi boskichi.

Keyingi vaqtda doriga bulgan allergik reaksiyalar tobora Ko'payib bormokda

G.V.Grebnevning boshka mualliflar bilan keltirgan ma'lumotlariga k ra (1991), keyingi 2 yilichida allergik kasallikka uchragan 617 bemordan 171 ta bolada dori va zardoblarga nisbatan sezgirlik oshib ketganligi aniqlanadi.

Xar xil kasalliklarni davolashda ishlatiladigan antibiotiklar ichida penitsillindan kelib chiqadigan anafilaktik shok yuqori foizni tashkil kiladi.Xozirgi kunda bu 0,6 dan 16 foizgachadir.

Dori-darmonlar ishlatishdan kelib chiqadigan anafilaktik shokni ularning tutgan urniga karab quyidagi larga bulish mumkin:

- 1) tabiiy (penitsillin,bitsillin) va yarim sintetik penitsillinlar (oksatsillin,ampitsillin va boshkalar) guruxi;
- 2) tetratsiklin guruxiga kiruvchi dori-darmonlar (tetratsiklin,randomitsin, metatsiklin, morfotsiklin, glikotsiklin va boshkalar) guruxi.
- 3) Fenotiazin va ba'zi bir xil gistaminlar qarshi ishlatiluvchi dorilar (aminazin va uning analoglari, pipolfen, diprazin),
- 4) Streptomitsin va aminoglikozidlar (neomitsin, kanamitsin, gentaminva boshkalar) guruxi.
- 5) Uz tarkibida yod saklaydigan barcha dori- darmonlar (lyugol eritmasi, sayodin kontrast dorilar),
- 7) Barbituratlar (fenobarbital va boshkalar) guruxiga kiruvchi dorilar,
- 8) Pirazonon turkumiga kiruvchi dorilar (analgin, antipirin, alidopirin, bUtadion), atsetilsalitsilat kislota va fenilpropionatlar (Srufen va boshkalar),
- 9) Novokain, sulfanilamid va uning turkumiga kiruvchi dorilar,
- 10) Etilendiamin(suprastin va boshkalar) guruxi bilan eufillin guruxi
- 11)Sefalosporin guruxi.

Adabietda anafilaktik shokning ogir kurinishi dori-darmonlarni juda oz mikdorda kullaganda xam yuzaga kelganligi xakida ma'lumotlar bor.

-Penitsillin antibiotigini ishlatish maksadida kulanilgan shprints, terilizator xam anafilaktik shok xastaligini boshidan kechirgan bemorlar uchun uta xavflidir. Odatda anafilaktik shok konstitutsiyasida anomaliyasi bulgan xam; i allergik kasalliklarga moyilligi bor bolalarda eki katta eshdagi kishilarda sodir bo'ladi.

Xasharotlar chakishi okibatida tana sezgirligining oshib ketishi E.Rayk (1966) ma'lumoti bo'yicha 5%ni tashkil kilgan bo'lsa, xozir bu kursatkich Birmuncha Ko'paygan.

AKSH da 1956 - 1959 yillardaek xasharotlar chakishi okibatida 220 ta oda da ulim yuz bergan. Keyingi vaqtda bizning tibbiet jurnallarimiz saxifalarida xam xasharotlar chakishidan kelib chiqadigan anafilaktik shok xakida Ko'plab ma'lumotlar e'lon kilinmokda.

Respublika bolalar allergik kasalliklari okibatida yuz bergan xar xil kurinishdagi allergik reaksiyalarning 2 tasida anafilaktik shok xolati uchraydi.

Xasharotlar chakishidan kelib chiqadigan javob jaraeni allergik peaksiyalardan iboratligi xammaga ravshan.

Xasharotlar chakishi okibatida kelib chiqadigan anafilaktik shok dori liergiyasi okibatida yuzaga keladigan belgilardan fark kilmaydi, lekin xasharotlar zaxarining uziga xos xususiyatlari xam bor.

Xasharotlar zaxari ichida asalari zaxarigina urganilgan, xolos. Asalari zaxari (apitoksin) - asalarining maxsus bezlari (apis) ning m xsulidir. Apgoksinning ta'sir kismi oksil modsa bulmish mellitin va 18 ta murakkab aminokislotalardan iborat. Asalari zaxaridan 2 fosfolipaza A fermenti va gialuronidaza xamda atsetilxolin, gistamin va juda oz mikdorda boshka kimyoviy elementlar ajratilgan. Ko'pchilik bolalarda xasharotlar chakishidan kelib chiqadigan allergik jaraen asta -sekin boshlanadi. Avvaliga xasharot chakkan soxada makalliy jarayon shish ko'rinishida, eshakem, Kvinke shishi, nafas kisish xuruji sifatidanamoyon bulib, so'ngra xar xil ogirlikdagi anafilaktik shok xodisalari yuz berishi tajribada kurilgan. Anafilaktik shokning kelib chiqishida ovqat allergiyasining urni Qanday?

Allergenli ovqat lar xisoblanmish sigir suti, engok, tuxum, pista, pistabodom, pishlok, balik, shokolad, moshli (moshxurda, moshkichiri) taomlar, kofe, kakao, tomatlar, kuziQorinlar, sitrusli mevalar (limon, apelsin, mandarin, xypmo) asal, tovuk gushti, pepsi-kola, koka-kola, tarxun kabi ichimliklarni iste'mol kisilish natijasida kelib chiqkan anafilaktik shok jumxuriyat bolalar allergik kasalliklari yillik tajribasida uchramadi.

Tibbiy adabiyotda kasallikni aniqlash maksadida ishlatiladigan ovqat allergenlariga nisbatan bitta-ikkita misollar bor xolos.

1963 yilgacha bulgan tibbiy adabiyotlarda kukrak eshidagi bolalardan 40 tasida sigir sutiga nisbatan, to'grirogi V-laktoglobulinga nisbatan anafilaktik shok yuz berganligi qayd kilingan.

Sovuq xavoga nisbatan allergik sezgirlik bor bolalarda tananing katta kismiga sovuq ta'sir kilganda (daryo yoki dengizda chumilish vaqtida) anafilaktik shok yuz berishi mumkinligini A.D.Ado va YU.A. Poroshina (1976) qayd qilib utganlar.

Allergik kasalliklarni davolash jaraenida maxsus sezgirlikni pasaytirish usuli (spetsifik giposensibilizatsiya) 1911 yildan, ya'ni Noon va Freeman bu usul taklif kilganlaridan buyon 20 marta ulim bilan tutagan anafilaktik shok sodir bulgan.

Respublika bolalar allergik kasalliklari markazida 20 yil mobaynida maxsus giposensibilizatsiya olgan 700 nafar bemordan atigi bittasida anafilaktik shokxolati sodir bulgan.

Davolash

- ▶ Anafilaktik shokni davolash oson ish emas. Bunda xar bir daqiqa kimmatli bulib, uni kuldanda boy bermaslik darQor. Shifokor saviyasining pastligi xamda anafilaktik shokka qarshi kurashni tashkil kila olmaslik va uning bemor tepasida esankirab kolishi davoning muvaffakiyatsiz chiqishiga olib kelishi mukarrar. Anafilaktik shokda bemorga quyidagicha yordam kursatilishi kerak.
- ▶ 1. Bemorga yordam kursatish uchun ikkita shifokor va tajribali xamshira kerak. Bir shifokor kasalning qon bosimini ulchash bilan band bo'lsa, ikkinchi shifokor bemorga dori darmonlar buyurib, uni xamshira yordamida amalga oshirish bilan shugullanadi.
- ▶ 2. Bemorning qoniga shokka sababchi allergenning tushishini albatta tuxtatish darQor. Buning uchun dori yuborilgan eki xasharot chakkan joydan yuqorida jgut boglanadi.
- ▶ 3. Anafilaktik shok xolatida dori-darmonlar ichida yordam berib, ulimdan olib koladigan adrenalini va uning guruxidagi preparatlar xisoblanadi. SHuning uchun xam shifokor anafilaktik shokda bemor ogir xavfli xolatdan chiqib, qon bosimi kutarilgunga kadar adrenalini kullaniishi kerakligini unutmasligi lozim. Avvalo xasharotlar chakkan joy atrofiga teri ostiga, mushak orasiga 0,1% 0,3-0,5 ml adrenalini eritmasi yuboriladi. Xasharot chakkan joydan uning nishtarini olib tashlash kerak. U joyni ukalash man etiladi, chunki xar bir ukalash xarakati qon tomirlariga allergenlarning surilishini tezlashtiradi.

Kasallikning rivojlanishi.

Ma'lumki, anafilaktik shok tez utadigan ximergik kurinishdagi allergik jaraen turiga kiradi.

A.A. Polner (1973) fikricha, ximergik kurinishdagi xamma allergik reaksiyalarga, shu jumladan, odam tanasida sodir bo'ladigan anafilaktik shokka ikkita asosiy xususiyat sodir bo'ladi.

1) qonda aloxida kurinishdagi antitanalar (reaginlar eki IgEga bog'liq antitanalar) ning aylanib yurishi,

2) allergik kasalliklarga irsiy moyillik (konstitutsiya eki A.D. Ado bo'yicha allergik konstitutsiya) bulgan kishilarda allergik reaksiyaning rivojlanishi.

Odam organizmining turli allergenlarga nisbatan sezgirligining oshib ketashi turli muolajalar qilish, ogiz orqali, nafas yo'llari ga dori-darmonlar purkash yo'llari bilan davo kilinadi., Anafilaktik shok sezgirligi oshgan odam tanasiga kerakli mikdorda allergenning kaytadan tushishi okibatida sodir bo'ladi.

Ko'pincha anafilaktik shok turli dori - darmonlarni teri ostiga, mushak orasiga eki venaga yuborganda sodir bo'ladi.

SHuni qayd qilib utmok kerakki, sezgirligi yuqori darajada oshib ketgan organizmga juda kam mikdorda allergenlar tushgan takdirida xam anafilaktik shok kelib chiqishi mumkin.

Anafilaktik shokda odam a'zolarida sodir bo'ladigan xaddan tashkari murakkab jaraenlar rivojlanishini 3 boskichga bulish mumkin:

1) immunologik boskich, 2) biokimeviy boskich, 3) anafilaktik shok belgilari keng yuzaga chiqkan kasallik fiziologiyasi boskichi. Anafilaktik shokda muxim axamiyat kasb etuvchi davr - odam tanasining sezgirligi oshib, immunologik jixatidan kayta tiklanish jarayonidir. Bunda teri sezgirligini oshiruvchi antitanalarning paydo bulishi kasallikning rivojlanishida muxim axamiyatga ega. Sezgirligi oshgan tana tukimalari ma'lum allergenning Ko'p mikdorini uziga singdira olish xususiyatiga egadir.

Anafilaktik shokning immunologik boskichida sezgirligi oshib ketgan az'zoning tukima va xujayralariga birikkan antitanalar bilan tashki muxitdan tushgan allergenning tuknashuvi okibatida bo'ladigan reaksiya jaraeni sodir bo'ladi.

Anafilaktik shok rivojlanishida bazofil leykotsitlarda, mayda qon tomirlar atrofidagi shillik kavatda joylashgan govak biriktiruvchi tukimaning tuyingan xujayralarida (allergen- antitana urtasida sodir bo'ladigan jaraen muxim axamiyat kasb etadi.

Anafilaktik shok tukimalari teri (eshakem. Kvinke shishi), sillik mushak a'zolari bulishi mumkin.

Allergen- antitana birikmasi oldin qonda sodir bulib, so'ngra shokli a'zolar tukimalarini emirib, birikishi xam mumkin. Anafilaktik shokda allergen- antitana urtasida sodir bo'ladigan jaraenda fakat reaginlar emas, balki pretsipitat antitanalarining xam ishtirok etishi isbotlangan, lekin shunga karamasdan, bu jaraenda antitana IgE (Ishisaka, 1971) sinfiga tegishli reaginlar aloxida urin egallaydi.

SHuni xam qayd qilib utish kerakki, dori allergiyasida dori allergenlari odam a'zosida gapten sifatida bulib, oksil bilan birikkanidan keyingi xakikiy antigenlarga aylanadi.

Allergen antitana tukimalarida morfologik va fiziologik ish k (bilyatini ko'potadigan uzgarishlar keltirib chiqaradi. Natijada tuyingan tukimalar xakida qonning bazofilotsitlari degranulyasiyaga uchrab, biologik jixatdan faol moddalari Ko'plab ishlab chiqara boshlaydi, shuning okibatida tez boshlanadigan allergik reaksiyaning ikkinchi, ya'ni ximergik - patokimeviy boskichi boshlanadi. Immun birikma bulmish allergen-antitana tukima va qon zardobi tarkibida fermentlarning aktivligini pasaytirib yuboradi. Allergen- antitananing bushashuvi natijasida proteolitik va lipolitik fermentlarning aktivligi oshib natijada tukimalarda gistamin, atsetilxolin, geparin, sekin reaksiya beruvchi substansiyalar (anafilaksii SRS - A), vazoaktiv kininlar(bradikinin, kallidin) ajralib chiqadi.

Odamda sodir bo'ladigan anafilaktik shokda yuqorida nomi qayd kilingan fermentlar aktivligi oshishi tufayli yashin tezligida tukimalardan juda katta mikdorida gistamin ajraladi.

Anafilaktik shokning rivojlanish jaraenida Ko'plab gistamin ajralishi bilan bir katorda allergen markaziy nerv xosilalari (miyaning pustlok kismi va pustlok ostidagi kismini va b.),vegetativ nerv sistemasi funksiyasini kattik pasaytiradi.

Xozirgi vaqtda anafilaktik shokda kelib chiqadigan jaraenlarni fakat gistamin Ko'plab ishlab chiqishi, ya'ni gistaminorezis xamda gistaminergiya bilangina izoxlash noto'gri bulur edi.

Immun kompleks allergen - antitana birikishi okibatida tukimalardan fakat gistamingina emas, balki atsetilxolin, geparin, serotoninlar xam ajraladi.

Tekshirishlar shuni kursatadiki, anafilaktik shokda atsetilxolin eng avvalo miya suko'pligi - likvorda paydo bo'ladi Anafilaktik reaksiyada atsetilxolin ta'sirida ikkilamchi gistamin ajralishi sodir bo'ladi.

A.D.Adoning (1970) fikricha, biologik aktiv modda - serotoninning anafilaktik shokda deyarli ishtiroki ko'p.

SJBS - A| moddasi anafilaktik shokda bronx sillik mushaklarining kickarishida muxim urin tutadi.Uning siklik nukleotidlardan AMFga xam ta'siri bor.

Anafilaktik xolatda allergen - antitana kompleksi turli kinazalar, plaminogen-plazmin, kallikreinogen-kallikrein va boshkalarining funksiyasini oshirib yuboradi.

Keyingi vaqtlarda anafilaktik shokning rivojlanishida kininlarning axamiyati urganib chiqildi. Kininlarning ok qon tanachalari diapenezini, qon okimi tezligini kapillyar qon tomirlar

uzgaruvchanligini oshirib yuborishi, shuningdek qon tomirini pasaytirishda, qon tomirlar bushligini kengaytirishda ishtirok etishi aniqlangan.

SHunday qilib, anafilaktik shokda gistamin va boshqa biologik moddalarning ta'siri natijasida qon tomirlar uz tarangligini (tonusini) ko'potadi okibatda periferik qon tomirlar qarshiligining keskin pasayishi tufayli qon bosimi pasayib ketadi. Qon tomirlar tonusining pasayishi periferik qon tomirlarga xamda vena qon aylanish doirasiga ta'luklidir. Kapillyarlarda va vena qon aylanish doirasida qonning dimlanishi, qon aylanish doiralarda qon mikdorini keskin kamayib ketishiga olib keladi.

YUrakning zarb xajmi xam kamayadi. Keyingi yillarda o'tkaziladigan tekshirishlar yurak mushaklari qisqarish kobilyatining to'gridan - to'gri buzilishi, yurakda ortib boraetgan qon xajmining kamayishiga olib kelishini isbotlab berdi. SHuning uchun xam yurak ish unumdorligining pasayishi qon bosimining yanada tushib ketishiga sabab bo'ladi.

Kasallikning belgilari.

Anafilaktik shok yurak qon aylanish doiralarning o'tkir buzilishi okibatida quyidagi belgilar bilan namoen bo'ladi:

- teri rangining okish kukimtir eki marmarsimon rangga Kirishi, sovuq ter bosishi.
- tirnok osti satxida qon okishining xaddan tashkari sekinlashuvi,
- xalovatsizlik, es xushning xiralashuvi - dispnoe,
- sindik mikdorining kamayishi, ya'ni kam siyish- oliguriya.
- Tomir urishining tezlashuvi - taxikardiya,
- Qon bosimining pasayib ketishi kabi xolatlar ana shular jumlasidandir. SHokning (belgilari mayda (kapilyar) qon tomirlarga qon kelishining kamayishidan boshlanadi. SHuning uchun xam teri sovuq, nam va kukimtir okish tusga ega bo'ladi: bosh miyaga qon kelishining kamayishi avvaliga bemorda bezovtalik belgilarini keltirib chiqarsa, keyinchalik es xushning xiralashib, ko'polishiga olib keladi. -Nafas a'zosi bulmish o'pka ga qon kelishining kamayishi uz navbatida nafas kisishiga olib kelsa, ajralib chiqaetgan siydik mikdorining kamayishi - buyrak doirasida qon aylanishining kamayishi okibatidir.

Anafilaktik shok - shifokorlar fikricha, allergik xolatning eng kurkinligi kurinishi xisoblanadi.

Kasallikning ikki xil kurinishi bulib, ularni belgilari jixatidan juda tez utadigan xamda sekinrok rivojlanadigan turlarga bulish mumkin.

Tez, yashin tezligida utadigan anafilaktik shokda kasallikning belgilari xaddan tashkari tez boshlanib, rivojlanadi va bir necha daqiqa davomida ulim b t n tugaydi. Bemorga oldiniga xolsizlik, tush orkasida ogrik, kungil aynishi, ulim talvasasi paydo bulib, tezda xushini ko'potadi. Bularning xammasi shunchalik tez sodir bulishi, bemor Qanday qilib xushini ko'potganligini aytib ulguradi, xolos. Bu xolda bemorlardan sovuq ter chiqadi, rangi buzarib ketadi, ayniksa yuz kurinishi aloxida tusga kirib, bir necha daqiqa ichida uzgarib ketadi. Tomir urishi ipsimon, kuchsiz va yuzaki yoki bilinar-bilinmas bo'ladi.

Kuchsiz eki yuzaki urishi shark tibbietida «vey» deb ataladi, tomirni kattikrok bosib kurish bilan aniqlanadi. Bunday puls - vey - odam tanasining kuvati nixoyatda pasayganda sodir bulib, kattik kungil aynishi, terlash alomatlari bilan kechadi va kasallikning nixoyat darajada xavfliligidan darak beradi. Agar anafilaktik shok xalkum shishi bilan sodir bo'lsa, stridor tusiga kiradi. Bunda bemorning oz terisi kukargan bulib, buyin venalari burtib chiqadi va yakkol kuzga tashlanadi. Ko'pincha bemorda klonik tortishuv alomatlari sodir bulib, u siydigini va ichini tutolmaydi. Ayrim xollarda tabiiy a'zolarining teshiklaridan (ogiz, kulok, anus, jinsiy a'zoldan) qon ketish alomati xam kuzatiladi. Anafilaktik shokning sekinrok utadigan turida kasallikning shiddatli

boshlanishi kuzatilmaydi: bemor tanasida issiklik belgisi, kulok shangillashi, xolsizlik, tomokda kichishish alomatlari, kuz shillik pardasida yalliglanish, esh okishi, kuruk kattik chiyillash alomati bilan yutal butun organizm buylab kichishish sezgisi, Qorinda tutib-tutib bo'ladigan kattik ogrik, ich kelishi Xozirgi zamon davolash usullari xam bunday shokda yordam bera olmaydi. Ba'zi bir xollarda ulim Xikildoqda paydo bo'ladigan shishdan bo'ladi. Ko'pchilik xollarda shokka qarshi qo'llaniladigan dori-darmonlar uz vakgida ishlatilganda bemor asta-sekin uz xoliga kela boshlaydi, qon bosimi kutarilada va tomir urishi joyiga tusha boshlaydi.

SHuni xak eslatib utish kerakki, bemorda birorta antibiotikka sezgirlik oshib ketgan bo'lsa usha antibiotik ishlatilgan soxada uning xidiga xam shok belgilari yuzaga kelib, xatto kasallik yana takrorlanishi mumkin. Tibbiy adabiyotlarda bir bemorda anafilaktik shokning bir necha marta takrorlanganligi xakida dalillar bor. Anafilaktik shokda yurak toj qon tomirlarida etishmovchilik belgilaripaydo bulib, bu xol yurak mushaklarining xam zararlanishiga (anafilaktik shokdan kelib chiqadigan miokardit) olib kelishi mumkin.

Dori-darmonlarga anafilaktik shok paydo bulgan bemorlarga xar Qanday dorini kabul qilishda extiyotQorlik takozo kilinadi.

Anafilaktik shokning bir necha klinik turlari mavjud.

Gemodinamik turi - bunda yurak qon - tomir tizimidagi buzilishlar boshkalaridan ustunlik kiladi: yurak soxasida og'riqlar, qon bosiminin pasayishi, terida mikrotsirkulyasiyaning buzilishi (bemor rangi okarib eki kizar b ketishi), aritmiya kuzatiladi. U ko'pincha ishemik kasalliklari eki miokard infarkti bilan kushilib kelishi mumkin.

Serebral turi - Bu xollarda MNS buzilishi bilan bog'liq uzgarishlar kuzatiladi. Bemorlarda ulimdan kurkish xissi, talvasa, nafas olish va qisqarishdagi buzilishlar miya shishi belgilari qayd etiladi. SHokning keyinchalik rivojlanishi okibatida nafas va yurak faoliyati tuxtab kolishi, meningial belgilar va xushini ko'potish xolatlar yuz berishi mumkin.

Asfiktik (bugilish turi) - Bemorlarda xikkildok, o'pka shishi va ronxospazm paydo bo'ladi.

Abdominal turi - bunda kungil aynishi, qayd qilish, Oshqozon soxada og'riqlar bulib, ko'pincha o'tkir Qorin belgilari elgondan namoen bulishi mumkin, ba'zan ichak titilishi, axlat bilan qon kelishi xam kuzatiladi. Aellarda tuxumdon va bachadon soxalarida ogrik bulishi mumkin.

Anafilaktik shok kechishiga kura yashin tezlikda kechadigan, kaytalanadigan va abortiv (xamma belgilarsiz, tez tugaydigan).

YAshin tezlikda kechadigan turlarida xaet uchun muxim azolarning zararlanishi bilan bog'liq bulgan ulim xollari odatda shokning birinchi daqiqa larida va soatlarida yuz beradi.

Abortiv shokning klinik belgilarida birdaniga tuzatish bo'ladi va klinik sogayish yuzaga keladi Kaytalanuvchi kechishda esa klinik sogayishdan 1 necha soatdan keyin shok YAna ogir kechishda kaytalanishi mumkin.

Anafilaktik shokning kechish ogirligiga karab 3 boskichga bulinadi

1. engil boskich - 2 minutdan 2 soatgacha davom etadi. Bunda teri kizarishi, tomok kurishi, burun okishi, bosh aylanishi, bosh ogrigi, qon bosimi kutarilishi, taxikardiya, xolsizlik kuzatiladi.

2. xolsizlik, kurishning buzilishi, kuzgalish xolati, ulimdan kurkish, terining okarishi, sovuq ter chiqishi, eshitish pasayishi, kulok shangillashi, Oshqozon -ichak, nafas, buyraklar tomondan buzilishlar bilan namoen bo'ladi.

3. ogir boskichi. - kollaps (rang okarib ketishi), sianoz, ipsimon puls qon bosimi pasayishi, xushdan ketish, koma xolati, Qorachiqlar kengayishi, yurak va nafas faoliyatlarining tuxtashi bilan namoen bulishi mumkin.

Kvinke shishi.

Derma va teri osti klechatkasining aniq lokalizatsiyalangan shishi, okish, zich infiltratning nomi Kvinke shishi deb aytiladi. Kvinke shishida zararlanish uchogi ko'pincha govak klechatka joylarida uchraydi. SHishlar shillik kavatlarda xam joylashishi mumkin. Labda, kovokda, ogiz bushligi shillik kavatlarida ko'proq uchraydi. Ayniksa Xikildoqda joylashgan Kvinke shishi xavfli xisoblaniladi.

Patogenezi

Allergik reaksiya reagen tipda kechadi, allergenlar tushgach organizm tomonidan antigen sifatida kabul kilinib unga qarshi antitelolar ishlab chiqariladi. Antigen antitelo kompleksi bulutsimon xujayralarda va bazofillarda fiksatsiyalanadi va ulardan bir kancha mediatorlar (serotonin, brondikinin, gistamin) ajralib chiqishiga sabab bo'ladi, natijada allergik reaksiya kelib chiqadi.

Klinikasi:

Katta, okish, kattik kichimaydigan infiltrat bosganda chukurcha xosil kilmaydi. Agar shish Xikildoqda joylashsa avval ovoz xirrilashi, akkillovchi yutal insperator nafas kiyinligi, shovkinli stredaroz xarakterdagi nafas eshitiladi, keyinchalik yuzda sionoz kelib chiqib vaqt utgach yuz okaradi. Bemorlar bezovta bo'ladi, agar jaraen traxeobronxial daraxt shillik kavatida bo'lsa bronxial astma sindromi qo'shiladi. Ogir xolatlarda ratsional yordam berilmaganda bemorlar asfiksiyadan ulishi mumkin. Engil urtacha ogirlikdagi shish bir soatdan bir sutkagacha o'tkir davr tugagach bir necha vaqt davomida ovoz bugilishi, tomokda ogrik nafasning kiyinlashuvi auskultatsiyada kuruk va xul xirrilashlar saklanib turadi. Xikildoq soxasidagi shish kechiqtirib bulmas intensiv terapiyani takazo kiladi. Ogir xolatlarda traxeostamiyagacha borishi mumkin.

1.2. Amaliy mashg'ulot materiallari

1-mavzu. Nafas funksiyasi va tashxis. Qo'shimcha tekshiruv usullari.

1.1. Ta'lim berish texnologiyasining modeli.

Mashg'ulot vaqti -2 soat	Talabalar soni : 10-12 gacha
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashgulot
<p>Amaliy mashgulot rejasi</p> <p>Reja:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Nafas funksiyasi 2. Tashqi nafas faoliyati buzilishining umumiy sabablari 3. Tashqi nafas olish sistemasi ishining ko'rsatkichlari. 4.Instrumental tekshirish 5.Laborator tekshirish usullari 	<p>Amaliy mashgulotning kisqacha annotatsiyasi</p> <p>Nafas sistemasining kasalliklari ko'p tarqalgan kasalliklardan hisoblanadi. Nafas olish — bu kislorodning organizmga tushishi, uning biologik oksidlanish jarayonlarida ishlatilishi va organizmdan SO₂ chiqarishni ta'minlaydigan jarayonlar haqida ma'lumotlarni etkazish va b usullarni amalda kullay bilish</p>
<p>O'quv mashg'ulotning maqsadi:</p> <p>Allergologiyada tekshirish usullari bo'yicha amaliyot bilimlarini rivojlantirish</p>	<p>Maqsadi yoritiladi.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nafas sistemasinitalabalarga tushuntirib berish 2. Tashqi nafas. 3. Allegologik sinash usullari texnikasi, moxiyati 3.Instrumental tekshirish usullari 4.Laborator tekshirish usullari tushuntiriladi
Ta'lim berish usullari	Multimedia, interfaol usullar
Ta'lim berish shakllari	Ommaviy, jamoaviy

Ta'lim berish vositalari	O'quv qo'llanma, elektron darslik, kompyuter, multimediyalar
Ta'lim berish sharoiti	Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash.	Og'zaki nazorat:savol-javob.

1.2. Amaliy mashg'ulotining texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti.	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchilar
Tayyorgarlik bosqichi 5 daqiqa	1.Auditoriya tozaligini nazorat qiladi 2.Talabalarni mashg'ulotga tayyorgarligini tekshiradi 3.Davomatni nazorat qiladi	Talabalar amaliy mashgulotga tayyor bulishi kerak, davomat tulik bulishi kerak
1. Mavzuga kirish (5 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	Talabalar tinglaydilar
2 – asosiy bosqich (20 daqiqa)	1. Talabalarni kichiq guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni beradi. “SWOT-tahlil” usuli Muammoning asosiy to'rt jihatni yoritishga xizmat qiladi. Talabalar mavzuning mazmuniga mos muammolarni atroflicha o'rganish orqali mohiyatini yoritadi, ularni keltirib chiqaruvchi omillarni izlab, xal qilish imkoniyatlarini topadi. U yordamida muammoning quyidagi jixati taxlil qilinadi: S -kuchli (ustun) jihatlari (hal etilayotgan muammoning afzalliklarini yoritish) W - kuchsiz (zaif) jihatlari (maqsadga erishish yo'lida tashkil etilayotgan harakatlarga ichki omillarining ta'sirini o'rganish) O - imkoniyatlarni chamalash (belgilangan vazifalarni hal etishning eng maqbul yo'llarini izlash) T - tahdidnu o'rganish (maqsadga erishish yo'lida tashkil etilayotgan harakatlarga tashqi omillarining ta'siri aniqlash	Kichiq guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar Qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar
3-klinik mashg'ulot(40 daqiqa)	<i>Allergologiyada tekshirish usullarni bajarish texnikasi</i>	Talaba mustaqil bajaradi
4-yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi
Jami: 80 daqiqa , 2 soat		

Boshqa fanlar bilan integratsiyasi

SHu mavzuni o'qitishda talabalarning normal fiziologiya, patologik fiziologiya, patologik anatomiya, ichki kasalliklar propedevtikasi, farmakologiya bo'yicha o'zlashtirgan bilimlariga asoslanadi.

1-mavzu. Nafas funksiyasi va tashxis. Qo'shimcha tekshiruv usullari

Mavzu bayoni

Nafas sistemasining kasalliklari ko'p tarqalgan kasalliklardan hisoblanadi.

Nafas olish — bu kislorodning organizmga tushishi, uning biologik oksidlanish jarayonlarida ishlatilishi va organizmdan SO_2 chiqarishni ta'minlaydigan jarayonlar yig'indisidir. Bunda quyidagilar farq qilinadi:

-tashqi (o'pka) nafas olish, bu havo va qon o'rtasida gazlar almashinuvini ta'minlaydi;

-ichki (to'qima) nafas olish, bu to'qimalarda gazlar almashinuvini ta'minlaydi;

-gazlarni tashuvchi sistema (qon va qon aylanish sistemalari), bu o'pka va to'qimalar o'rtasida gazlarni tashiydi.

Demak, to'qimalarni starli O_2 bilan ta'minlash va organizmdan SO_2 ni chiqarish har xil yo'llar bilan amalga oshiriladi. Nafas olish funksional zvenosining u yoki bu zvenosi buzilsa, har xil kompensator mexanizmlar ishga tushib, natijada faoliyat kerakli darajada sakdanadi.

Tashqi nafas olish bir-biriga har tomonlama bog'liq hamda boshqarilishda bir-biriga qaram bo'lgan quyidagi asosiy jarayonlarni, ya'ni:

-alveolyar ventilyasiyani;

-alveolalar-kapilyarlar membranasi orqali molekulyar O_2 va SO_2 ning diffuziyasini;

-o'pka kapilyarlari orqali qon o'tishi - perfuziyasini o'z ichiga oladi.

Nafas olish uzunchoq miyada joylashgan dorzal va ventral yadrolar hamda Varoliy ko'prigining old qismida joylashgan pnevmotoksik yadrolar, ya'ni nafas olish markazlari hisoblanmish tuzilmalar orqali boshqariladi. Bu markaz faoliyati avvalo SO_2 va O_2 qonientsiyasi, tomirlar ichki bosimi, bosh miya qobig'ining holati, o'pka va nafas ining harakatchanligi va boshqalarga bevosita bog'liqdir.

Tashqi nafas biologik-fiziologik nuqtai nazardan ikki yo'l bilan boshqariladi.

1.O'zgarish yoki (qayta bog'lanish) prinsipi bo'yicha.

Bunda qondagi gazlar normal bosimining o'zgarishi xemoretseptorlarni qo'zg'atadi, nafas markaziga impulslar keladi va ular qayta ishlanib, tegishli efferent impulslarning nafas iga kelishi natijasida alveolyar ventilyasiya o'zgaradi.

2.«G'azablanish», «qo'zg'alish», ya'ni his-hayajon prinsipi bo'yicha. Bu esa qonda gazlar tarkibining o'zgarishiga bog'liq emas. Masalan, jismoniy mehnatni boshlashdan oldin nafas olish tezlashadi, chunki bundan harakat markazlari va markaziy nerv sistemasining faollashuvi natijasida impulslar nafas markazini ham qo'zg'atadi. Ular, asosan, ro'y beradigan o'zgarishlarning oddini olishga yo'nalgandir. Bu har ikki yo'l bir-birini to'ldirib, organizmga kerakli miqdorda O_2 ni etkazib berishga qaratilgandir.

Tashqi nafas faoliyati buzilishining umumiy sabablari:

1.O'pkadan tashqari sabablar: nafas markazi faoliyatining buzilishi (narkotik moddalar ta'siri, travmalar, qon quyilishi, meningit va eniefalitlar); nafas i inneriatsiyasining buzilishi va shikastlanishi (ko'rarening ta'siri, nevrit, miozit, orqa miyaning shikastlanishi); plevrit,

pnevmo- va gidrotoraks); yuqori nafas yo'llarining patologiyasi (o'smalar, yot tanachalar tushishi, rinit, difteriya).

2.O'pka to'qimasi shikastlanishi bilan bog'liq sabablar: pastki nafas yo'llari patologiyasi; pnevmoniya, bronxial astma, yot tanachalar; nafas maydonining kamayishi (atelektaz, emfizema, pnevoskleroz).

Tashqi nafas olish sistemasi ishining ko'rsatkichlari.

I. O'pkaning hajmlari:

1. O'pkaning tiriklik sig'imi (O'TS) - bu maksimal nafas olgandan keyin o'pkadan chiqarilish mumkin bo'lgan eng ko'p havo miqdoridir. Uning tarkibiy qismlari:

- nafas olishning rezerv hajmi (NORH) - ya'ni oddiy nafas olgandan keyin olinishi mumkin bo'lgan maksimal havo miqdori, O'TXni 40-45% tashqil qiladi;

-nafas chiqarishning rezerv hajmi (NCHRH) - ya'ni oddiy nafas chiqargandan so'ng o'pkadan maksimal chiqarilishi mumkin bo'lgan havo miqdori, O'TX ning 40-45% ni tashqil qiladi;

-nafas hajmi (NH) - ya'ni oddiy nafas olganda olinadigan yoki chiqariladigan havo miqdori, O'TXning 10—15% ini tashqil qiladi. O'TS 80%dan kam bo'lsa pasaygan deb qisoblanadi.

2. O'pkaning qoldiq xajmi (QH) - bu maksimal nafas chiqargandan keyin o'pkada qoladigan havo miqdori, bu o'pka umumiy hajmining 25% ini tashqil qiladi.

3.O'pkaning umumiy hajmi (O'UH) - bu maksimal chuqur nafas olganda o'pkadagi gazlarning miqdoridir, ya'ni O'TX va QH lar yig'indisi.

4. Nafas olish hajmi (NOH) — bu tinch holatda nafas chiqargandan keyin olinishi mumkin bo'lgan gazlarning maksimal hajmi, ya'ni NORH va NH ning yig'indisi.

5. Funksional qoldiq hajm (FQH) - bu tinch holatda nafas chiqargandan keyin o'pkada qoladigan gazlarning hajmi, ya'ni NCHRH va KHning yig'indisi. FQHtinch nafas olganda aktiv ventilyasiyada qatnashmaydi. Bu hajm o'ziga xos «buferlik» rolini o'ynab yuqori nafas yo'llari va alveolalar o'rtasida SO₂ va O₂ lar bosimining to'satdan o'zgarishiga qo'ymaydi.

O'TX tashqi nafas olish apparatining funksional imqoniyatlarini ifodalaydi. Uning kamayishi o'pka to'qimasining kamayishiga, ko'krak Qafasining kengayishini hamda diafragma harakatining chegaralanishi hamda o'pkaning plevritlarda suyuqlik yig'ilganda kengaya olmasligi holatlarida kuzatiladi.

QH va FQHlarning ko'payishi emfizema, nafas yo'llarining torayishi, ko'krak qafasining deformatsiyasi va boshqalarda kuzatiladi. O'UXning kamayishi diffuz fibrozda, o'pkada qon dimlanganda, pnevmotoraks va boshqalarda kuzatiladi.

II. O'pka ventilyasiyasi.

Nafasning minutlik hajmi (NMH) — bu bir minutda olinadigan havo miqdori. Normada 4—11l/min.

1.Nafas olish soni (NS) — bu bir minutdagi nafas sikllarining soni. Normada bir minutda 12—38 marta.

2.Alveolyar ventilyasiya (AV) 1 mino'tda tushadigan havo miqdori. U NMH dan kam bo'ladi, chunki bir qism havo nafas yo'llarida ushlab qolinadi.

III. Nafas mexanikasining ko'rsatkichlari.

1. O'pkaning nafas ventilyasiyasi (O'NV) – bu bir minut davomida o'pkada ventilyasiya bo'ladigan eng ko'p havo miqdori. U nafas apparati rezervini xarakterlaydi. Uning kamayishi nafas etishmovchiligining birinchi belgilaridan hisoblanadi.

2. O'pkaning jadallashgan tiriklik xajmi (O'JTH) — bu maksimal nafas olib bir sekund davomida kuchli nafas chiqargandagi eng ko'p havo hajmi. O'JTX/O'TH nisbati Tiffno sinamasi deyiladi.

3. Pnevmatometriya. U O'TH va Tiffno sinamasi bilan bir qatorda bronxlar o'tkazuvchanligini ifodalaydi. Bu ko'rsatkichlar bronxial astmada, astmoid bronxitda, reaktiv bronxospazmda va boshqalarda pasayadi.

4. Nafas rezervining koeffitsienti $NRK = O'MV/NMH$. Normada 8 dan yuqori. Tashqi nafas olishning buzilishidan nafas etishmovchiligi kelib chiqadi. Bu atama 1854 yilda Vintrax tomonidan kiritilgan.

Nafas etishmovchiligi bu organizmning shunday holatiki, bunda qondagi gazlar tarkibi nafasini ta'minlay olmaydi, yoki bunday ta'minlanish tashqi nafas olish apparatining zo'riqishi hisobiga bo'ladi, natijada organizmning funksional imqoniyatlari pasayadi.

Nafas etishmovchiligi rivojlanish mexanizmiga ko'ra quyidagi o'zgarishlar bilan bog'liq bo'lishi mumkin:

1. Alveolyar ventilyasiya buzilishi.
2. O'pkada qon aylanishi (perfuziya) buzilishi.
3. O'pkada gazlar diffuziyasi buzilishi.
4. O'pkada umumiy va regional ventilyasiya-perfuziya munosabatlarining buzilishi.

1. Alveolyar ventilyasiyaning buzilishi bilan bog'liq nafas etishmovchiligi. Alveolyar ventilyasiya bir minutda 4—5 l ga to'g'ri keladi. Ma'lumki, alveolyar ventilyasiyada bir-biri bilan bog'liq MNS, periferik nervlar, yuqori nafas yo'llari, ko'krak qafasi va o'pka qatnashadi. Alveolyar ventilyasiyaning buzilishi giper- va gipoventilyasiya shaklida bo'ladi.

Alveolyar gipoventilyasiya — bu tashqi nafas olishning tipga oid shakli bo'lib, ma'lum vaqt oralig'ida organizmning gazlar almashinuviga talabini alveolalar mino'tlik hajmi tomonidan ta'minlanmasligidir.

Bu holat asosiy mexanizmlar nafas biomexanikasining buzilishi va tashqi nafas sistemasining idora qilinishi buzilishi hisobiga bo'lishi mumkin.

Nafas biomexanikasining buzilishi. Nafas biomexanikasi plevra bo'shlig'idagi, alveola va havo yo'llaridagi bosimni, traxeya va bronxlar o'tkazuvchanligini va havo yo'nalishiga o'pkadagi qarshilikni, o'pka to'qimasi elastikligini, ko'krak qafasi, qorin bo'shlig'i va nafas muskullari tomonidan ko'rsatiladigan qarshilikni xarakterlaydi.

Nafas biomexanikasining buzilishiga va alveolyar gipoventilyasiyaga olib keluvchi patologiyalar: nafas yo'llari va o'pka to'qimasidagi shish va yallig'lanishlar, alveolalararo to'siqning destruksiyasi yoki qalinlashishi, bronxlar silliq i spazmi. SHunga qarab, gipoventilyasiya obstruktiv va restriktiv turlarga bo'linadi.

Nafas etishmovchiligining obstruktiv (lotincha obstructio - to'siq) turi havo yo'llarining (yuqori va pastki) torayishi natijasida havo harakatiga qarshilikning oshishi bilan xarakterlanadi.

Bu turning patogenttik asosida havo oqimiga rezistiv (noelastik) qarshilikning ortishi yotadi. Natijada nafas siklining vaqt-hajm parametrlari o'zgarib, organizm talabiga mos alveolyar ventilyasiyani ta'minlay olmaydi. Nafas muskullariishining ortishi natijasida ventilyasiyaning energetik qiymati oshadi. YUqori nafas yo'llarining torayishi bu erga yot narsalar tushsa, burun, hiqildoq, traxeyalar devori yallig'lanishdan shishsa yoki o'smalar bo'lsa, laringospazmda hamda nafas yo'llari tashqarida ezilsa bo'ladi.

Bundaq hollarda stenotik nafas olish yuzaga kelib, o'pkaning havo bilan to'lishining kechiqishi bilan xarakterlanadi. CHunki Gering-Breyer refleksi kechiqadi.

Pastki nafas yo'llari o'tkazuvchanligi buzilishining bosh patogenetik mexanizmlari: bronx- va bronxiolospazm, kichiq bronxlarning elastiklik xususiyatlari yo'qolishi natijasida torayib qolishi, bronxlar devorining shishishi va yallig'lanishi natijasida bronxiolalarning qon, ekssudat va boshqa narsalar bilan obturatsiyasi hamda transpulmonal bosim oshganda (yo'talda) kichiq bronxlarning kompressiyasi bo'lishi mumkin.

Bunday hollarda havoni chiqarishga o'pka va ko'krak devorlarining elastik tortish kuchi etishmagani uchun nafas i ham ishga tushadi. Natijada nafas chiqarish vaqtida plevral bo'shliqda bosim ortishi o'pka ichidagi bosimni oshirib «nafas yo'llarini «ekspirator berkitishga» olib keladi.

Bunday «ekspirator kollaps» yuzaga kelishida transpulmonal bosim, pastki nafas yo'llarining o'tkazuvchanligi va o'pka to'qimasi elastik qarshiligining o'zgarishi qatnashadi.

Bronxlar o'tkazuvchanligining klapan mexanizmi bronxirlarda, bronxo-astmatik hollarda va bronxiolalarning qisman obturatsiyasi va spazmi bilan boradigan o'gja kasallarida ham uchraydi.

Havo yo'llarining yorig'i (prosvet) ko'p tomondan o'pkaning elastikligiga bog'liqdir. Elastiklik pasayganda bronxlarni radial cho'zuvchi kuchlar kamayib kichiq bronxlar yotib qoladi. Natijada nafas chiqarish qiyinlashadi, o'pka havoga to'ladi. Nafas chiqarish muskullari aktivlanadi. Bu esa plevral, keyin esa o'pka ichidagi bosimni oshirib kichiq bronxiolalarni kompressiya qiladi va nafas chiqarishni yana ham qiyinlashtiradi. Bu mexanizm o'pka emfizemasida alveolalarida to'siq destruksiyasi natijasida kelib chiqadi va alveolyar gipoventilyasiyaning obstruktiv tipiga olib keladi.

Obstruksiyaning asosiy klinik va funksional belgilari:

- avval odatdagidek yuklamalar bo'lganda nafas siqilishiga shikoyat qilish;
- yo'tal, ko'pincha (kam miqdorda) balg'am ajralgandan so'ng bir oz vaqt nafas olishning qiyinlashishi seziladi;
- o'pkaning orqa va yon tomonlarida havo ko'p bo'lgani uchun perkutor ovoz timpaniq yoki quticha sado beradi;
- ausqo'l'tatsiyada quruq hushtaksimon xirillashlar eshitiladi (ayniqsa jalal nafas chiqarilganda);
- kechikgan belgilari: nafas chiqarishning cho'zilishi, kafas olishda yordamchi ning qatnashishi, qobirg'alar orasining tortishishi, o'pka pastki chegaralarining tushishi, o'pkaning pastki chegaralari harakatining cheklanishi;

Nafas etishmovchiligining restriktiv (restrictio - chegaralanish, kamayish) turi o'pka yoyilishining chegaralanishidan kelib chiqadi. Bunga ikki xil — o'pkadagi va o'pkadan tashqari omillar olib keladi.

Restriktiv nafas buzilishining patogenetik asosi o'pkaning elastiklik qarshiligining oshishidir. Bu qarshilik o'pkaning cho'ziluvchanligiga bog'liq. CHO'ziluvchanlik deb,

transpulmonal bosim o'zgarish birligiga mos ravishda o'pka hajmining o'zgarishiga aytiladi. Elastik qarshilikni o'ta olish uchun bajarilgan ish nafas hajmiga to'g'ri proporsionaldir.

Restriktiv tipdagi nafas buzilishi pnevmoniyalarda, pnevmofibroзда, atelektaz, o'pka o'smasi va kistalarida bo'ladi. Xlor, tamaki to'tuni, etil spirti, yuqori qonsentratsiyadagi kislorod, ionlovchi radiatsiya, ko'pincha mikroblar va gripp viruslari surfaktant sistemasini (antielastik omil) shikastlab, restriktiv nafas etishmovchiligiga olib keladi.

O'pkadan tashqaridagi sabablar: plevraga suyuqlik yig'ilganda, gemo-, pnevmotorakslarda ham o'pka to'qimasi kompressiya bo'lib nafas olganda yoyila olmaydi. Natijada yuzaki nafas olish bo'ladi.

Restriksiyaning klinik va funksional belgilari:

- jismoniy yuklamada nafas siqishi, ko'pincha inspirator tipda;
- chuqur bo'lmagan tezlashgan nafas olish (qisqa tez nafas olish va tez nafas chiqarish — «berkitilgan eshik» fenomeni);
- ko'krak qafasi ekskursiyasining chegaralanishi;
- timpaniq sadoli perko'tor tovushning (kaltalanishi) qisqarishi;
- o'pka pastki qismining yuqoriga ko'chishi;
- o'pka pastki qismi qo'zg'alishining chegaralanishi;
- vezikulyar nafasning susayishi, ho'l xirillashlar paydo bo'lishi;
- bronxlar o'tkazuvchanligi normal bo'lganda o'pkaning barcha hajm va sig'imlarining kamayishi;
- diffuz o'zgarishlar va ventilyasiya — perfuziya munosabatlarining buzilishi.

Nafasni idora etishning buzilishi. Nafas markazining (NM) ritmik aktivligi unga uzuluksiz qo'zg'atuvchi afferent signallar oqimi kelib turganda bo'ladi. NM afferent idora etishning chetga chiqishi quyidagi mexanizmlar bilan bog'liq bo'lishi mumkin:

- afferent qo'zg'atish defitsiti, masalan, chaqaloqlar asfiksiyasi sindromida, NM narkotik moddalar ta'sir qilganda, Pikvik sindromida;
- afferent qo'zg'atuvchilar ko'l bo'lganda, masalan, stress, isteriyada, qon aylanishi buzilganda, travmalarda, reflektor yo'lbilan qorin pardalari va teriga og'riq ta'sir qilganda. Bu xolatlarda tez va yuzaki nafas olinadi;
- tormozlovchi afferentatsiya ko'p bo'lsa, masalan, burun va halqumning shilliq pardalari kimyoviy yoki mexanik ta'sirlardan kuchli shikastlansa, nafas chiqarish vaqtida reflektor to'xtaydi. Bu Krechmerning tormozlovchi trigeminovagus refleksidir.
- xaotik (betartib)afferentatsiya.

Bu holat NMga va nafas iga har xil afferent ta'sir bo'lganda, ya'ni katta lat eyish va kuyishlarda, visseral shikastlanishda bo'ladi.

Odam tinch turganda nafas olishi ma'lum chastotada, chuqurlikda va ritmda bo'ladi. Uni eupnoe deyiladi. Har xil kasalliklarda NMga reflektor, gumoral va boshqa ta'sirlar natijasida nafasning ritmi, chuqurligi va chastotasi o'zgaradi. Bu o'zgarishlar kompensator reaksiyaning ko'rinishi yoki nafas etishmovchiligining ko'rinishi ham bo'lishi mumkin.

Bradipnoe, kam nafas olish. Buning rivojlanishi NM ga keladigan nerv impulsatsiyasining o'zgarishi yoki nafas neyronlari faoliyatining o'zgarishi bilan bog'liq bo'ladi. Bradipnoe arterial bosim oshganda (aorta ravog'i va uyqu arteriyasi sinusidagi baroretseptorlardan refleks), giperoksiyada, yuqori nafas yo'llarida havo o'tishiga qarshilik ko'payganda, NMga qobirg'alar orasidagi dan keladigan impulslar kelmasa, yoki Gering-Breyer refleksi

tormozlovchi ta'siri kechiqsa hamda NMga patogen omillar to'g'ridan-to'g'ri ta'sir qilib undagi neyronlar quzgaluvchanligini pasaytirganda yuzaga keladi. NM ning ezilishi uzoq va og'ir gipoksiyalarda, narkotik ta'sirlardan, miyada qon aylanishi buzilganda hamda nevroz va isteriya hollarida ham uchraydi.

Polipnoe yoki taxipnoe — tez yuzaki nafas olish. Buning asosida ma'lum ta'sirlar natijasida NM faoliyatining qayta qurilishi yotadi. Bunday holatlar isitmada, isteriyada hamda atelektaz, pnevmoniya va qon dimlanganda ham uchraydi. Itlarda yuqori temperatura ta'sir qilganda bo'ladi. Bundan tashqari, polipnoe nafas olishda qatnashuvchi qismlarda og'riq bo'lganda ham uchraydi.

Giperpnoe — chuqur va tez-tez nafas olish. Odatda bu jismoniy ish qilganda uchrab, odam talabini qondirishga qaratilgan. Buning rivojlanish mexanizmi quyidagicha. Muskul va bo'g'inlardan kelgan impulsatsiya uzunchoq miyaning to'r sistemasini aktivlashtiradi. Natijada nafas olish markazining qozgaluvchanligi ortadi. Bu vaqtda oddiy kuchdagi reflektor va gumoral stimullar bu markazda neyronlarning kuchli razryadini hosil qiladi.

Kuchli emotsional holatda sovuq yoki issiq suvlarga tushgandagi (teri retseptorlaridan refleks) giperpnoeda ham shu mexanizm yotadi. Lekin bunday hollarda gipokapniya natijasida bosh aylanishi, hushdan ketish holatlari bo'lishi mumkin, chunki SO₂ NM stimulyatori bo'lishi bilan birga bosh miya tomirlarini kengaytiradi va venalar tonusini ham oshiradi. Bu vaqtda yuzaga keladigan alkaloz nerv-muskul qozgaluvchanligini oshirib tetaniyaga ham olib keladi.

NM nning yuqori darajada qozg'olishi Kussmaul nafas olishi ko'rinishida bo'ladi. U ko'pincha diabetik koma holatida bo'lib, shovqinli tez nafas olish - chuqur nafas olgandan keyin kuchli nafas chiqarish bilan xarakterlanadi.

Apnoe — nafasning vaqtinchalik to'xtashi. NM rag'batlanishining pasayishi natijasida yuzaga keladi. Masalan, passiv giperventilyasiyada (SO₂ ning qonda kamayishi), arterial bosim tez ko'tarilganda (baroretseptorlardan refleks).

Yo'tal va aksirish. Bular reflektor akt bo'lib, yuqori nafas yo'llaridagi retseptor zonalarning qitiqlanishidan kelib chiqib, nafas ritmi va chuqurligining qisqa muddatli o'zgarishi bilan boradi. Yo'tal halqum, yutqun, traxeya va bronxlar shilliq pardalaridagi til-halqum va adashgan nerv oxirlari qitiqlanishidan kelib chiqadi. Bundan tashqari, plevraning sezgir oxirlarinint qitiqlanishidan ham kelib chiqadi. Yo'talda qisqa nafas olgandan keyin ovoz yoriqlari tezda berqiladi va shu vaqtda nafas muskullari taranglashadi. Natijada nafas yo'llarida, o'pka va plevra bo'shliklarida bosim ortadi. Keyin ovoz yoriqlari birdan ochilib, havo katta kuch va tezlik bilan nafas yo'llaridan chiqib o'zi bilan yo'ldagi narsalarni olib chiqadi.

Aksirish burun bo'shlig'i shilliq pardalaridagi uch tarmoq nerv oxirlari qitiqlanishidan kelib chiqib, yo'taldan farqi ovoz yorig'i ochilganda havoni og'iz bo'shlig'i orqali emas, balki burun orqali chiqishi bilan tavsiflanadi.

Davriy nafas olish nafas olish ritmining buzilishi natijasida nafas olishning apnoe bilan almashib turishi bilan xarakterlanadi. Uni ikkita turi bor.

CHeyn-Stoks nafas olishi - nafas amplitudasi asta-sekin kattalashib giperpnoega o'tadi, keyin kichiklashib apnoega o'tadi. Bu jarayon yana qaytalanaveradi. SHunga qarab, apnoeda kasalning hushi yomonlashib, ventilyasiya kuchayganda yana tiklanadi. Bunday nafas olish gipoksiyaning belgisi bo'lib, yurak etishmovchiligida, miya va pardalarining kasalligida, uremiyada, morfiy ta'sirida kuzatiladi.

Biot nafas olishida nafas harakatining amplitudasi doimiy bo'lib, birdan to'xtab yana birdan boshlanib ketaveradi. Bularmeningit, ensefalit va boshqa kasallarda uchrab, uzunchoq miyaning shikastlanishi bilan boradi.

Apneystik nafas olish — terminal nafas olish turlaridan biri bo'lib, sekin cho'zilgan nafas olish, nafas olish oxirida nafasning to'xtashi va shiddatli nafas chiqarish bilan xarakterlanadi. Bu nafas markazi pnevmotaksik kompleksining funksional yoki organik shikastlanishidan kelib chiqadi.

Gasping nafas olishi (inglizcha gasping — spazmatik, havo yutish) — terminal nafas olish bo'lib, ayrim-ayrim, kuchi borgan sari kamayib borayotgan xavo yutish bilan boradi. Klinikada og'ir zaharlanishda, miya shikastlarida, qon quyilganda, chuqur gipoksiya va giperkapniyalarda uchraydi.

Hansirash (dispnoe) — bu nafas etishmaganda odamda havo etishmaganini sezib, uni qondirish uchun nafas olishni tezlatish. Havo etishmaganda odam faqat ixtiyorsiz emas, balki ixtiyoriy ravishda nafas i aktivligini oshirib, bu holatdan chiqishga harakat qiladi. SHuning uchun ham odam hushidan ketganda hansirash bo'lmaydi. Sog' odamda hansirash og'ir jismoniy ish qilganda kuzatiladi. Patologiyada dispnoeni quyidagi jarayonlar chaqiradi: o'pkada, qonning yomon oksigenatsiyalanishi, gazlarning qon bilan tashilishining buzilishi, ko'krak qafasi va diafragma harakati qiyinlashishi, atsidoz, moddalar almashinuvining kuchayishi, markaziy nerv sistemasining shikastlanishi.

Har xil patologik jarayonlarda xansirashning etiologiyasi va patogenezini etarlicha o'rganilmagan. Hansirash nafas markazining ta'sirotlarga sezuvchanligi oshganda yoki nafas olishni qo'zg'atuvchi omillar ustun kelganda bo'ladi. Bularning eng muhimlari:

- nafas olish markazini rag'batlantiruvchi retseptorlarning qo'zg'alishi, masalan, alveolalar hajmi ancha kamayganda. Patologiyada o'pkada qon dimlanganda bu retseptorlardan doimiy impulsatsiya keladi. Qonga to'lgan tomirlar alveolalarni sikadi. Alveolalar etarlicha cho'zilmaganligi uchun Gering-Breyer refleksiniig tormozlovchi effekti kam bo'ladi.

- o'pka interstitsial to'qimasidan S-retseptorlarning qo'zg'alishi. Bu retseptorlar alveolalar devorida interstitsial suyuqliklar hajmi oshganda qo'zg'aladi. Bu esa nafas markazini quzgatadi.

- nafas yo'llaridagi reflekslar, yo'tal, aksirishga olib keluvchi sabablar.

- aorta va uyqu arteriyasidagi baroretseptorlardan bo'ladigan reflekslar. Bu reflekslar qon yo'qotilganda, shok, kollaps holatlarida qo'shiladi. Bosim pasayganda NM ga tormozlovchi ta'sir qiluvchi impulslar kelishi kamayadi.

- aorta va uyqu arteriyasi sohasidagi xemoretseptorlardan bo'ladigan reflekslar. O₂ parsial bosimining kamayishi, SO₂ning ko'payishi, yoki N⁺ ko'payishi bu retseptorlarni qo'zg'atadi. Natijada nafas olish markazi qo'zg'aladi.

- NM neyronlarining to'g'ridan-to'g'ri rag'batlantirilishi (SO₂ bilan).

- nafas idan bo'ladigan reflekslar. Bu nafas muskullari haddan tashqari cho'zilganda sodir bo'ladi. Masalan, og'ir jismoniy ish qilganda, o'pka elastikyaigi kamayganda, yuqori nafas yo'llari torayganda bo'ladi.

- modda almashinuvini mahsulotlari tomonidan NM ning stimullanishi. Demak, har bir alohida hollarda hansirash patogenezini murakkab bo'lib, ko'p mexanizmlarni o'z ichiga oladi.

Hansirashda nafas olish ham, nafas chiqarish ham kuchayadi. Lekin ayrim hollarda nafas olish ustunroq kelsa uni inspirator (markaziy nerv sistemasining umumiy qo'zg'olishida, qon aylanishi etishmaydigai kasallarga yuklama berilganda, pnevmotoraksda), agar nafas chiqarish

ustunroq bo'lsa — ekspirator (bronxial astma, emfizema, ya'ni nafas chiqarishda pastki nafas yo'llarida havo oqimiga qarshilik ortganda) hansirash deyiladi.

Alveolalar giperventilyasiya natijasida organizm talabidan ortiqcha miqdorda SO_2 chiqib ketib, gipokapniya va o'pkadan ketayotgan qonda qisman O_2 parsial bosimini oshishi bilan xarakterlanadi.

Alveolyar giperventilyasiyaning passiv turi nazoratsiz sun'iy nafas oldirilganda bo'ladi.

Aktiv neyrogen giperventilyasiya nafas markazining kuchli afferent stimullanishidan bo'ladi (psixogen — isteriyada, serebral — travmalar, o'smalar, refleksogen — og'riq, harorat, baroretseptorlar qitiqlanganda).

Giperventilyaiiyada respirator alkalozni kompensatsiya qilish natijasida elektrolitlar almashinuvi buziladi.

Gipokapniya natijasida miya toj tomirlariga qonning kelishi kamayadi va bu funksional o'zgarishlarga sabab bo'ladi.

3. O'pkada qon aylanishining buzilishidai kelib chiquvchi nafas etishmovchiligi. Normada tinch holatda o'pka kapillyari orqadi 1 minutda o'rtacha 5 l qon oqib o'tadi (perfuziya), bu yuraknash mino'tlik xajmiga tengdir. Har 1 l qonga alveolalar havodan 50 ml O_2 , qondan alveolalarga 45 ml SO_2 o'tadi.

O'pkada qonning perfuziyasi kamayishi yurakning o'ng va chap qorinchalari qisqaruvchanligi susayganda, tug'ma va orttirilgan yurak poroklarida, tomirlar etishmovchiligida (shok, kollaps) hamda o'pka arteriyasi emboliyasida bo'ladi.

Bunday hollarda o'pkada qon aylanishi kamayishi natijasida alveolada ventilyasiya nisbati yuqori kelib, o'pkada oqib ketayotgan qon O_2 ga yaxshi to'yinishi bilan birga gipokapniya bo'ladi. Ammo yurakning minutlik hajmi kamligi uchun lec qon aylanishi doirasida gipoksemiya va giperkapniya bo'ladi.

Alveolyar ventilyasiyaga monand holda o'pkada qonning oqishini quyidagi omillar ta'minlaydi:

1. Sirkulyasiyadagi qonning hajmi.
2. Yurak o'ng va chap qorinchalarining effektiv ishlashi.
3. O'pka tomirlarining qarshiligi. Bu esa havo va qon tarkibi hamda har xil BAM tomonidan baro- va xemoretseptorlar orqali boshqariladi.
4. Alveolalar ichidagi havo tarkibi.
5. Gravitatsiya ta'siri.

Bu omillarning har biri yoki birgalikda o'pkada perfuziyaning buzilishiga olib kelishi mumkin. O'pkada qon aylanishi va ventilyasiya munosabatlarining buzilishiga ko'pincha kichiq qon aylanish doirasida gipo- va gipertenziya holatlari bo'lganda yuzaga keladi.

O'pka gipertenziasining 2 ta formasi bor;

1. Prekapillyar formasi — bu o'pka arteriolalari spazmida, obliteratsiya yoki obturatsiyasida uchraydi. O'tkir lectron spazm emotsional zo'riqishda, stress ta'sirlarda hamda o'pka tomirlari retseptorlari lectron ta'smrlanganda bo'ladi. Ayrim hollarda o'pka kichiq tomirining embol bilan qitiklanishi boshqa tomirlarni lectron yo'l bilan spazm qilishi mumkin.

2. O'pkada qon bosimining birdan ko'tarilishi Shvachka-Parin himoya refleksini chaqiradi. Bunda baroretseptorlarning qitiqlanishi natijasida sistemada arterial bosim pasayadi, yurak ritmi sekinlashadi, talokda qon ko'p yig'iladi, skelet ida vazodilyatatsiya bo'ladi. Natijada kichiq qon aylanish doirasiga qon kam keladi va o'pka shishining oldini oladi.

Bu lectr kuchli bo'lganda yurakni to'xtatib qo'yishi ham mumkin. Tog' sharoitida ham kichiq qon aylanish doirasida gipertenziya bo'lishi mumkin.

3. Ventilyasiya va perfuziya munosabatlarining buzilishidan kelib chiqadigan nafas etishmovchiligi. Odam tinch turganda nisbat 0,8—1,0 (o'rtacha 0,86) ga to'g'ri kelib, qonning gazlar tarkibini normal holda ushlab turadi. Agar ventilyasiya nisbati ko'p bo'lsa, gipokapniyaga va kam bo'lsa alveolyar havoda SO₂ parsial bosim oshib O₂ni kamayib gipoksemiya va giperkapniyaga olib keladi.

O'pkaning har bir struktur funksional birligida o'pka ventilyasiyasining qon oqimiga nisbatan mosligi mahalliy autoregulyagor mexanizmlarga bog'likdir. Bularga alveolalardagi gazlar tarkibi buzilganda bo'ladigan vazobronxomotor reaksiyalar kiradi. Ventilyasiya-perfuziya munosabatlarining buzilishi gazlar almashinuvining muhim patofiziologik mexanizmi hisoblanadi.

Ventilyasiya — perfuziyaning pasayishi, lect alvsolyar gipoventilyasiyada uchraydi. Buning sabablari obstruktiv o'zgarishlar, o'pka to'qimasi elastikligining buzilishi, diafragma mushaklarining bir tomonlama falaji, ko'krak qafasining deformatsiyasi va b.q. Bunday hollarda o'sha joylarda alveolalarning minutlik hajmi kamayib, perfuziyaga mos kelmay qoladi. Ventilyasiya — perfuziyaning ma'lum joylarda kattalashishi o'pka arteriyasining spazmida yoki lect tiqilishida va o'pka ichida qonning shuntlanishida namoyon bo'ladi.

4. O'pkada gazlar diffuziyasining buzilishi. Alveolyalararo devorda alveoladagi havo bilan kapillyarlardagi qon o'rtasidagi to'siq quyidagilardan iborat: surfakgant sistemasi I, II, III tipdagi lectron t hujayralarining sitoplazmasi, epiteliyning bazal membranasi, kapillyarlar endoteliysining bazal membranasi (bu ikkita bazal membranali alveolo-kapillyar lectron deyiladi) va kapillyarlar lectron t hujayralarning sitoplazmasi. Epiteliy bazal membranasi va kapillyarlar membranasi o'rtasida retiqo'lyar, lectro, biriktiruvchi to'qima hujayralari (fibroblastlar) bo'ladi.

Aerogematik to'siqni qoplab turuvchi epiteliy bir-biri bilan bog'langan 3 tipdagi hujayralardan tashqil topgan: I tipdagi alveolyasitlar 8—12% ni tashqil qilib, alveolyar sathning 90% ini qoplaydi. P tipdagi alveolyasitlar 12—16% bo'lib, alveolalar yuzasining 7% ini qoplaydi. SH tipdagi alveolyasitlar alveolalar yuzasining qolgan qismini qoplaydi.

Alveodalar atrofidagi hujayralarning 30% dan ortig'I kapillyarlarning endoteliy hujayralariga, 37% interstitsial hujayralarga to'g'ri keladi. Alveolyar makrofaglarZ—19% ni tashqil etadi.

Birinchi tipdagi alveolyasitlar alveolyar yuzaning ko'p qismini qoplab, havo qon to'sig'ini hosil qilishda qatiashadi. Ularning asosiy funksiyasi gaz almashtirish bo'lib, bu vaqtda epiteliy yuzasiga, qon kapillyarlariga suyuqlik ham ajraladi. Bundan tashqari, bu alveolyasitlar alveolalarni tozalashda hamda kapillyarlardan alveolaga o'tuvchi moddalar yo'lida to'siq bo'lib xizmat qiladi.

Ikkinchi tipdagi alveolotsitlar lectron funksiyani bajaradi. Bular mahsulotining lectron t aktivligi bor, ya'ni moleqo'lalararo kuchni kamaytiradi. Natijada, nafas olish vaqtida alveolalar devorining barqarorligini ta'minlovchi havo-suyuqlik chegarasidagi sirt taranglik kamayadi.

Uchinchi tipdagi alveolyasitlar neyroepitelial hujayralar hisoblanadi. Ular xemorseptorlar deb ham ataladi va lectron t tarkibini analiz qilib turadi hamda undan suyuqlikni so'rib olishda qatnashadi. Bundan tashqari, qisqaruvchanlik funksiyasini ham bajaradi. Bu alveolyasitlar kapillyar tomirlar bilan qontaktida bo'lib o'pkadagi neyro (xemo)-retseptor hisoblanadi.

Demak, ular tomirlar va terminal nafas yoʻllari tonusiga regulyator taʼsir qiladi. Bulardan tashqari, bu hujayralar fagotsitar funksiyani ham bajaradi.

Oʻpkada gazlar diffuziyasining buzilishi quyidagi hollarda boʻladi:

-alveolo-kapillyar membrananing qalinlashishi bilan xarakterlanadigan jarayonlarida gazlar diffuziyasi uchun yoʻl uzunlashadi, membranalarning oʻtkazuvchanligi pasayadi, yaʼni alveola-kapillyar vakuola hosil boʻladi. Bu holatlar oʻpka diffuz shikastlanishida pnevmoniya, pnevmoskleroz, sklerodermiya, emfizema, oʻpka shishlarida boʻladi.

-diffuziya maydonining kamayishi oʻpka rezeksiyasi, sil kaverna absesslarida, atelektazlarda boʻladi.

-qonning alveolyar havo bilan qontakti kamayganda. Alveola kapillyarlari orqali qonning oʻtishi 0,5—0,6 sek dir. Gazlarning diffuziyasi uchun esa 0,2 sek etarlidir.

Diffuziyaning yuqorida keltirilgan hollardagi qiyinlashishi natijasida birinchi navbatda kislorod diffuziyasi buziladi, chunki SO₂ kislorodga nisbatan 20—25 baravar engil diffuziyalanadi. Bu esa giperkapniyasiz gipoksemiyani yuzaga keltiradi.

2-mavzu: Pnevmoniya. Surunkali bronxit.

1.1. Taʼlim berish texnologiyasining modeli.

Mashgʻulot vaqti -2 soat	Talabalar soni : 10-12 gacha
Mashgʻulot shakli	Amaliy mashgʻulot
<p>Amaliy mashgʻulot rejasi</p> <p>Reja:</p> <p>1.Pnevmoniya toʻgʻrisida chuqurlashtirilgan bilimlar, tashxislashning tarqalgan yangi usullari (masalan, infeksiyaning ekspress tashxisotining immunoxromatografik xakida maʼlumot.</p>	<p>Amaliy mashgʻulotning kisqacha annotatsiyasi</p> <p>Pnevmoniya – etiologiya patogenezi va morfologik xarakteristikadagi oʻtkir infeksiyon kasallik boʻlib, oʻpka respirator qismlarini oʻchoqli zararlanish, alveola ichi ekssudatsiyaning kuchayishi bilan xarakterlanuvchi, fizik va rentgenologik tekshiruvlarda aniqlanuvchi, shuningdek turli xil darajadagi isitmalash va intoksikatsiyani talabalarga urgatish</p>
<p>Oʻquv mashgʻulotning maqsadi:</p> <p>1 Pnevmoniya –etiologiya patogenezi bilan tanishtirish</p> <p>2. Pnevmoniya va surunkali bronxitlar klinik kechishini davolash usullari xakida maʼlumot berish</p>	<p>Maqsadi yoritiladi.</p> <p>1.Pnevmoniya va surunkali bronxitlar haqida talabalarga tushuntirish</p> <p>2. Pnevmoniya va surunkali bronxitlar klinik kechishini davolash usullari xakida maʼlumot berish</p> <p>3. Pnevmoniya va surunkali bronxitlar xakidagi maʼlumotlar bilan tanishtirish.</p>
Taʼlim berish usullari	Multimedia, interfaol usullar
Taʼlim berish shakllari	Ommaviy, jamoaviy
Taʼlim berish vositalari	Oʻquv qoʻllanma, lection darslik, kompyuter, multimediyalar
Taʼlim berish sharoiti	Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash.	Ogʻzaki nazorat:savol-javob.

1.2. Amaliy mashgʻulotining texnologik kartasi.

Ish osqichlari va vaqti.	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchilar
Tayyorgarlik bosqichi 5 daqiqa	1.Auditoriya tozaligini nazorat qiladi 2.Talabalarni mashg'ulotga tayyorgarligini tekshiradi 3.Davomatni nazorat qiladi	Talabalar amaliy mashgulotga tayyor bulishi kerak, davomat tulik bulishi kerak
1. Mavzuga kirish (5 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	Talabalar tinglaydilar
2 – asosiy bosqich (20 daqiqa)	1. Talabalarni kichiq guruhlarga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni beradi. “ Klaster ” usuli Puxta o'ylangan strategiya bo'lib, uni talabalar bilan yakka tartibda, guruh asosida tashkil etiladigan mashulotlarda qo'llash mumkin. Klasterlar ilgari surilgan g'oyalarni umumlashtirish, ular o'rtasidagi aloqalarni topish imkoniyatini yaratadi.	Kichiq guruhlarga bo'linadilar Tomosha qiladilar Qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar
3- klinik mashg'ulot (40 daqiqa)	<i>Allergologik anavnez yig'ish</i>	Takaba mustaqil bajaradi
4-yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi
Jami: 80 daqiqa , 2 soat		

Boshqa fanlar bilan integratsiyasi

Shu mavzuni o'qitishda talabalarning normal fiziologiya, patologik fiziologiya, patologik anatomiya, ichki kasalliklar propedevtikasi, farmakologiya bo'yicha o'zlashtirgan bilimlariga asoslanadi.

Mavzu bayoni

2-mavzu: Pnevmoniya. Surunkali bronxit.

Pnevmoniya – etiologiya patogenezi va morfologik xarakteristikadagi o'tkir infeksiyon kasallik bo'lib, o'pka respirator qismlarini o'choqli zararlanish, alveola ichi ekssudatsiyaning kuchayishi bilan xarakterlanuvchi, fizik va rentgenologik tekshiruvlarda aniqlanuvchi, shuningdek turli xil darajadagi isitmalash va intoksikatsiya bilan kechuvchi kasallik xisoblanadi. Amaliyotda ahamiyatli va qulay bo'lib pnevmoniyani kasallik rivojlanishidagi sharoitga, o'pka to'qimasining zararlanishi xususiyatiga, shuningdek organizm immunologik reaktivligiga qarab ajratilgan. Pnevmoniyaning etiologik klassifikatsiyasi, ma'lumotning kamligi, mikrobiologik tekshiruvlarni uzoq vaqtda talab qilinishlar, tekshiriluvchi materialni olingandan so'ng 42-72 soatdan so'ng ko'zg'atuvchining aniqlanishi va an'anaviy usulblardan qo'llanilganda xujayra ichi kultura (namuna)sini ajralishini iloji yo'qligi pnevmoniyadan pulmonologik kontinium xavfi oshishi va

etarlicha ma'lumot berilmasligi sababli pnevmoniyaning etiologik klassifikatsiyasi kam ishlatilmoqda. Umuman olganda, antibiotikni 1 chi dozadini 4- 8g yuborilishini kechiqtirishi pnevmoniyadan o'lim kursatkichini o'sishiga olib keladi. Pnevmoniyalarning muammolari ichida amaliyotga zamonaviy klinik tavsiyanomalarni etarlicha kiritilmaganligi, amaliyotchi shifokorlarning etarlicha ma'lumotga ega emasligi, shifokorlarni tavsiyanomalar bilan ishlashni xoxlamaganligi, yoki shifokorlarni tavsiyanomalarning xulosalari bilan rozi bo'lmasliklari katta to'siq bo'lmoqda. Ushbu aytilgan xulosalarni cheklash, "oxirgi nuqtalarni" kamayishiga shifoxonalarga yotkizish sonini, o'lim va dori terapiyasining xavfini kamaytiradi. Pnevmoniya shunisi bilan xavfli o'pkadagi yallig'lanish jarayoni to'xtamaydi, buning kabi xolda o'pka emfizemasi, o'pka interstitsial kasalliklari rivojlanadi, a'zolari normal qon aylanishi buzilishi bilan kechadi. Kasalxonadan tashqari pnevmoniya Maxsus xususiyatga ega va kasalxonadan tashqari sharoitlarda rivojlanadi va o'tkir kasallik xisoblanib (kasalxonadan tashqari yoki gospitalizatsiya bo'lganiga 48 soat bo'lmasdan aniqlangan), nafas yo'llarining pastki qismlarini infeksiyasi simptomlari bilan kechuvchi (isitma, balg'am, yiring, ko'krak qafasida og'riq, xansirash) va rentgenda "yangi" o'choqli infiltrativ o'zgarishlar aniqlanishi bilan kechadi. Og'ir pnevmoniya – nafas etishmovchiligi yoki og'ir sepsis belgilari bilan kechuvchi turli xil etiologiyali kasallikning aloxida shakli (og'ir pnevmoniya = sepsis + o'tkir nafas etishmovchiligi) bo'lib, yomon oqibat va intensiv terapiya o'tkazilishini talab qiluvchi kasallik xisoblanadi. Kasalxona ichi pnevmoniyasi (nazokomial) Kasalxona sharoitida 48 soatdan so'ng yoki shifoxonaga yotkizilgandan ancha vaqt keyin kelib chiqqan o'tkir kasallikdir. Tizimli yallig'lanish sindromi (TYAS) Nospetsifik sindrom bo'lib ko'pincha og'ir pnevmoniyalar fonida rivojlanadi va qon xujayralarining endoteliy va perivaskulyar bo'shliqlarning total yallig'lanishini shakllanishi bilan xarakterlanadi. Epidemiologiya Pnevmoniya bilan yil davomida er sharining 100 dan ortiq axolisi kasallanadilar, qarilar va bolalarda 15-20% ni tashkil etadi. Oxirgi 30 yil davomida kasallikni o'sishi kuchaymoqda va o'lim darajasi o'sib bormoqda. Kasalxona ichi pnevmoniyasi ko'pincha tizimli yallig'lanish sindromi (TES) + o'tkir nafas etishmovchiligidan shok xolatlari bilan kelmoqda. Rivojlangan mamlakatlarda pnevmoniyalar bilan kasallanish 3,6% dan 16% gacha to'g'ri keladi, sabablar strukturasi yurak qon tomir sistemasi patologiyasidan, onkologik kasalliklardan, serebrovaskulyar patologiyasidan so'ng 4-5 o'rinda, o'pkaning obstruktiv kasalligidan so'ng 1 chi o'rinda turadi. Yosh kattalashib borgani sari pnevmoniya bilan kasallanish: 40-59 yoshli bemorlarda – 38 – 55%, 60 dan kattalarda – 31-60% uchraydi. Turli izlanuvchilarning ma'lumotiga asosan 60 dan 1ec bemorlarda o'rtacha kechish 21 kuni tashkil etadi. Vaqtinchalik ishga layoqatsizlik 25,6 kundan iborat va 12,8-45 kunlar o'rtasida bo'ladi. Pnevmoniya bilan xastalanganlar ichida erkaklar yukori o'rin tutadilar. Bemorlarning 52-56% ni erkaklar, 44-48% ni ayollar tashkil etadi. Axolining turli guruxlarida va dunyo davlatlari orasida kasalxona ichi va kasalxonadan tashqari pnevmoniyalar uchrashi va ulardagi o'lim xolatlari turli xildir. 1-tablitsadan ko'rinib turibdiki dunyo mamlakatlari va populyasiyalari ichida kasalxona ichi (KI) va kasalxonadan tashqari (KT) pnevmoniyalar o'tkir infeksiyon kasalliklar ichida eng ko'p tarqalgan xisoblanadi. Ulardan kelib chiqib o'lim xolatlari yoshdan populyasiyaning etnik xolatidan komorbidlik fonining bo'lishi va qo'zg'atuvchining turiga bog'liq. Pnevmoniyadan kam o'lim xolati boshqa infeksiyadan – pnevmokokk, salmonella, xlamidiya, gemofil va mikoplazmali infeksiyalar bilan xastalanganda uchraydi. Pnevmoniyalarning eng ko'p tarqalishi streptokokkli infeksiyada va Heophilis lectron , shuningdek – Chlamydia pneumonia, Mycoplasma pneumonia va legionella pneumonia, atipik mikroorganizm bilan chaqirilganda kuzatiladi. Shuni ta'kidlash lozimki, pnevmoniyadagi o'lim

sabablari sepsis, nafas etishmovchiligi va yiringli asoratlar xisoblanadi (plevrit, lectro o'pka to'qimasining destruksiyasi) xisoblanadi. Umuman olganda, zamonaviy tekshiruvchilarning ma'lumotiga asosan pnevmoniya bilan kasallanish ko'pgina omillardan iborat: xayot lect, lectro ijtimoiy xolatidan, mexnat sharoitidan, xayvonlar bilan muloqotdan, sayoxat, zararli odatlari ko'pligidan, kasallar bilan muloqotidan, shuningdek xavf omillardan – alkagolizm, chekish o'pkaning obstruktiv kasalligi, surunkali yurak etishmovchiligi va jiplashib yashashdan iborat. Pnevmoniyaning lectron y al shakllanish modeli quyidagidan iborat: Epidemiologik lectr – moyillik olib keluvchi faktorlardan komorbidlik, erta zamonaviy tashxisot, profilaktika va qiyoslangan tezkor va rejali terapiya pnevmoniyaning rivojlanishini lectron y al qonuniyatlarini inobatga olgan bo'lishi kerak. Shuni nazarda tutish kerakki, pnevmoniya bolalardagi va keksalardagi terapevtik kontiniumlarning eng ko'p sababi bo'lib kelmoqda. Kam xollarda keksalardagi pnevmoniyalar boshqa kasallik tufayli kasalxonaga gospitalizitsiya qilinganda uchraydi. Yuqorida aytib o'tilganidek kasalxonada ichi va kasalxonadan tashqari pnevmoniyalar etiologiyasida keskin xar xillik mavjud. Oxirgi yillardagi lectron y al klinik kuzatishlar natijasiga ko'ra quyidagi muxim xulosani qilishga yordam berdi, ya'ni "pnevmoniya" tashxisidan avvalgi "o'tkir" ta'rifi ortguncha xisoblanadi va bunday shakllantirish amaliyotda ishlatishga tavsiya etilmaydi (birinchidan pnevmoniya o'zi o'tkir infeksiyon kasallik xisoblanadi, ikkinchidan "surunkali pnevmoniya" amaliyotda umuman ishlatilmaydi). Xozirgi vaqtda keng tarqalgan "virusli lectron pnevmoniya" termini xozirgi vaqtda unchalik muvaffaqiyatli emas, chunki lectron pnevmoniya sifati jixatdan o'pkaning virusli interstitsial zararlanishdan farq qiladi, shuning uchun bu ikki klinik xolatning davolashga yo'nalishi turlichadir. Xozirgi vaqtda klinitsistlarning fikrini, etiologiyasi aniqlanmagan o'pkaning boshqa interstitsial kasalliklari jalb qilmoqda. Ularga idiopatik interstitsial pnevmoniyalar kiradi, o'pkaning fibroz jarayoni rivojlanishi bilan kechishi va kasallikning og'irligi bilan farq qiladi. Evropa, Angliya va AQSHning 1999dan 2003yilgacha bergan ma'lumotiga asosan idiopatik interstitsial pnevmoniya (IIP) bilan kasallanish ko'p marta oshdi. O'rtacha turli mamlakatlarda 100 000 axoliga 7 dan 50 tagacha to'g'ri kelmoqda, bu iqtisodiy va ijtimoiy zarar keltirmoqda. Odatdagi interstitsial pnevmoniya idiopatik o'pka fibrozi deb nomlanadi va boshqa pnevmoniyalardan og'ir kechishi va o'chog'li o'pka fibroproliferatsiyasi bilan farqlanadi. IIP guruxiga kiruvchi kasallardan eng ko'p uchraydigan interstitsial o'pka fibrozi bilan assotsirlangan oddiy idiopatik pnevmoniya uchraydi. Idiopatik o'pka fibrozi (IO'F) 100 000 axoliga 16-68 ta ni tashkil etadi bular orasida erkaklar asosiy o'rin tutadi. IO'F ning boshqa shakllari bilan ayollar kasallanadilar, 75% bemorlarda birinchi simptomlari xayotning 5-6 dekadasida uchraydi. 50-70% xollarda o'lim ko'rsatkichi tashxis qo'yilgandan keyin 5yil mobaynida kuzatiladi, o'rtacha 75% bemorlarda IO'F ning birinchi simptomlari xayotning 5-6 dekadasida paydo bo'ladi. Shuni inobatga olish kerakki, pnevmoniyadan kuzatiladigan o'lim xolatning o'sishi, pnevmokokk va boshqa qo'zg'atuvchilarni dori preparatlariga nisbatan rezistentligi ortmoqda. Yil davomidagi pnevmoniya bilan bog'liq iqtisodiy yo'qotishlar Evropa davlatlari uchun 10,1 million 5evro deb baxolanadi. Zamonaviy sharoitda pnevmoniyalarning etiopatogenetik xususiyatlari Pnevmoniya 100 turdagi mikroorganizmlar tomonidan chaqiriladi, ya'ni zamonaviy pnevmoniyalarning murakkabligi shundaki, vaqt o'tgani sari kasallik qo'zg'atuvchilarining ro'yxati kengaymoqda va yangilanmoqda. Zamonaviy sharoitda pnevmoniyalarning etiopatogenetik xususiyatlari bo'lib quyidagi laxzalar rol o'ynaydi. 1. Avvallari pnevmoniyalar Streptococcus pneumonia bilan bog'liq edi, xozirda esa pnevmoniya etiologiyasida bakteriyadan tashqari viruslar xam o'rin tutadi (parranda grippi virusi N1N1,

TORS- assotsirlangan karana virus, metapievmovirus va b), zamburug'lar va atipik qo'zg'atuvchilar- Legionella pneumonia, Chlamidophila pneumonia va boshqalar. 2. Doimiy ravishda lection yal terapiyani o'zgartirish kerak, bu birinchi navbatda respirator patogenlarning antibiotikka chidamli shtamplarini o'sishi va tarqalishi bilan bog'liq. 3. Pnevmoniya qo'zg'atuvchining "xo'jayin"ning yuqumli kasallikka qarshi kurashishidan ustun bo'lgan paytda rivojlanadi. (komorbidlik xolatida lectr javobning etishmasligi, lection buzilishlar, endobronxial obstruksiya, bronxoektaziya) yoki o'tkir rivojlangan lectr distruksiyada (masalan, sepsis yoki o'pkaning o'tkir zararlanishida) yoki medikamentoz (glyukokortikoid) lectr tizimining buzilishiga asoslangan). 4. Ba'zi xollarda pnevmoniya organizmning infeksiyaga qarshi himoya kuchini ko'p miqdordagi mikroblar agressiyasini "yorilishi" dan qon kelib chiqadi (oshqozonning ko'p miqdorda aspiratsiyasi hisobiga kelib chiqadi). 5. Pnevmoniya-immun sistemani faoliyati saqlangan xolda kam rivojlanishi mumkin, bular ayniqsa infeksiyaga qarshi immunitet shakllanmagan xolda virusli mikroorganizmlarni agressiyasidan keyin kelib chiqadi. 6. Pnevmoniya rivojlanishining asosiy mexanizmi bo'lib mikroorganizm tutgan og'iz-halqum sekretining mikroaspiratsiyasi va yuqori nafas yo'llarini himoyasining nevrogen mexanizmini buzilishidan kelib chiqadi (insult, talvasa sindromlari). 7. Pnevmoniyaning og'irlik darajasi lectro o'zgargan lokus bilan assotsirlangan buladi. Normal xolatda, ya'ni sog'lom odamda yo'tal refleksi, mukotsitar klirens, alveolyar makrofaglarning lection yal aktivligi va lection immunoglobulinlar xisobiga, infitsirlangan sekretni pastki nafas yo'llaridan eliminatsiyasi va tozaligi ta'minlanadi. Ushbu mexanizmlarni buzilishi o'zini tozalash, lection va sabab bo'luvchi xavf omillarning bo'lishi bronxlar kipriksimon epiteliysini funksiyasi buzilishi alveolyar makrofaglarning fagotsitar aktivligini pastlashuvi pnevmoniya rivojlanishi uchun yaxshi shart sharoit yaratiladi, ayniqsa kasalxonadan tashqari xolatlarda. Zamonaviy izlanuvchilarning ma'lumotiga asosan kasalxonadan tashqari pnevmoniyaning etiologiyasini yarim xollarda aniqlanadi (mikrobiologik tekshiruvlar qo'llanilganda xam) xozirgacha xamma qo'zg'atuvchilar ma'lum emas. Kasalxonadan tashqari pnevmoniya keng tarqalgan va hayot uchun xavfli kasallik hisoblanadi: AQSHda pnevmoniya o'limga olib keluvchi kasalliklar orasida 6-o'rinda turadi; AQSHda 4 yoshdan kichiq bolalarda kasallik ro'yxatga olingan; Kasalxonadan tashqari pnevmoniya lection populyasiyada yuqumli kasalliklardan bo'lgan har ikkinchi o'lim xolatini tashkil etadi va 60 yoshdan lec insonlarda respirator infeksiyalardan kuzatiladigan letal xolatni 90% tashkil etadi; Pnevmonokokkli pnevmoniyaning har ikkinchi o'lim xolati 18-65 yoshga to'g'ri keladi; AQSHda va boshqa g'arb mamlakatlarda gospitalizatsiya darajasi 45-42% va 80% bemorlar lection y poliklinika sharoitida davolanadilar. Ammo bu sonlar oxirgisi emas, sababi pnevmoniya ro'yxatga olish majbur bo'lgan kasalliklar guruxiga kirmaydi. Pnevmoniya klassifikatsiyasi Amaliyotda keng ishlatilishi uchun quyidagi tasnif tavsiya etilgan: 1. Pnevmoniyaning lection klassifikatsiyasi MKB-10 da qayta ko'rilgan 2. Pnevmoniya klassifikatsiyasi Rossiya respirator jamiyati tomonidan qabul qilingan (2010y.) Izoh: 1. Pnevmoniyalar noinfeksion tabiatni o'pkaning boshqa o'chog'li yallig'lanishi kasalliklaridan ajratiladi. "Pnevmoniya" rubrikasidan ximik faktorlardan kelib chiqqan (masalan, benzinli pnevmoniya); shuningdek lection tabiatli ("eozinofil pnevmoniya") kasalliklar chiqarib tashlandi. 2. "Pnevmoniya" rubrikasidan lection lection yoki virus tabiatli kasalliklar chiqarib yuborilgan va ular aloxida nozologik shakl sifatida ko'riladi (Kuisitma, qorin tifi, qizilcha, gripp va b) 3. Etiotrop terapiyani asoslashga yordam beruvchi lection klassifikatsiya, 50-70% bemorlarda lection tashxisining yo'qligi amaliyotda keng qo'llanishga tarqatilmagan. Bizning tajribalarimiz shuni o'rgatadiki, tez yordam

markazlarida amaliyotda qo'llash uchun RF SSV ning pulmonologik ITI tavsiya etgan klassifikatsiyadan foydalanish maqsadga muvofiqdir. Ushbu klassifikatsiya birinchidan tez yordam strategiyasini individuallashtirish va ikkinchidan, etiotrop, simptomatik va patogenetik terapiyasini xavfini pasaytiradi. Hamma pnevmoniyalar kechishi va klinik belgilariga asosan 4 ta etapga bo'linadi

1. Pnevmoniyaning lection agressiya davri- (kasallik boshida o'tkir isitmatempatura 38S, balg'amli yo'tal, o'pka to'qimasining o'tkir infiltratsiya belgilari- krepitatsiya fokusi va kam mayda pufakli xirillashlar, dag'al bronxial nafas, perkutor tovushning qisqaligi, leykotsitoz $\geq 10 \cdot 10^9/l$ va tayoqcha yadroli siljish $>10\%$). Davolashda ustun bo'lib lection yal terapiya hisoblanadi.
2. Pnevmoniyaning klinik stabilizatsiya bosqichi- (intoksikatsiya yo'q davri; tana xarorati 6%). Antibiotiklar bu etapda ishlatilmaydi.
3. Bronxo-o'pka apparatining lectro tiklanishi- bemorlar reabilitatsiya maqsadida lectro-kurort davolanishiga jo'natiladi, ikkilamchi, uchlamchi shuningdek birlamchi profilaktikani targ'ibot qilgan xolda Bundan tashqari pnevmoniya og'irligi bo'yicha 2 ta darajaga bo'linadi: og'ir pnevmoniya, og'ir bo'lmagan pnevmoniya. Pnevmoniya bo'lishi mumkin: o'chog'li, ya'ni o'pkada kichiq o'chog' bo'lishi (eski termin bo'yicha bronxopnevmoniya- respirator qismlardan+bronxlar); sigmentar – o'pkaning 1 ta yoki bir necha sigmentlariga tarqaladi, bo'lakli o'pkaning bir qismini egallaydi; bo'lakli pnevmoniyaning klassik shakli bo'lib krupoz pnevmoniya hisoblanadi(zamonaviy pnevmoniya shakllanishida bunday tashxis yo'q)- alveola va unga yaqin plevra qismi zararlanadi; yopishqoq- mayda o'choqlarni kattalariga yopishishi; total-butun o'pkaga tarqalishiga aytiladi. Pnevmoniyada tashxisni shakllantirish Tashxis klinik-rentgenologik tasdiqqa yondoshishi kerak, shu bilan bir qatorda sindromlari o'xshash aniq kasalliklarni inobatga olish kerak. Pnevmoniyaning giperdiagnostik xatoligi isitma ko'tarilganligi (gripp, pielonefrit, sepsis, xoletsistit, ovqatdan zaxardanish, toksiko infeksiya, infeksiyon mononukleoz, prostatit va malyariya), o'pkadan nam xirillashlar (yurak etishmasligi va alveolit) va rentgenologik o'zgarishlarga (o'pka raki, tuberkulyoz, o'pkaning lection y zararlanishi) qarab yo'l qo'yiladi. O'pkadan tashqari patologik xatoli tashxislash (pnevmoniyaning gipodiagnostikasi) og'riq sindromi bo'lganda yo'l qo'yiladi (miokard infarkti, teshilgan yara, ichak sanchig'I, xoletsistit, ichak tutilishi) va xushning noaniqligida (insult). Pnevmoniya xar bir vrach tomonidan aniqlanishi mumkin. Klinik ma'lumotlar etarlicha bulganda va o'pkaning infeksiyaga bog'liq lection omili aniqlanganda tashxis qo'yiladi, unda yuqorida aytilgan klassifikatsiyaga asosan kasallikning xarakteri belgilanadi. Xozirgi vaqtda tashxisga quyiladigan talablar

1. To'g'rilik
2. O'z vaqtida bo'lish
3. Asoslangan
4. To'liqlik
5. Logik to'g'ri qo'yilgan
6. Kabul qilingan tasnifga mos kelishi.

Tashxisni shakllantirishga misollar

1. Asosiy kasallik: O'ng tomonlama, kasalxonadan tashqari pnevmoniya, lection agressiv bosqichi, og'ir kechishi. Asosiy kasallikning asorati: O'ng tomonlama parapnevmatik ekssudativ plevrit.
2. Asosiy kasallik: Immun buzilishi fonidagi chap o'pka yuqori bo'lagida joylashgan pnevmoniya, klinik stabilizatsiya bosqichi, og'ir kechishi. Asosiy kasallikning asorati: Yo'tal obmorokli sindrom (bettoplepsiya).
3. Asosiy kasallik: Kasalxonadan tashqari aspiratsion pnevmoniya, og'ir kechishi, lection agressiya bosqichi. Asosiy kasallikning asorati: O'tkir birlamchi chap tomonlama periferik o'pka absessi, o'tkir nafas etishmovchiligi 3-daraja.
4. Asosiy kasallik: Chap o'pkaning pastki bo'lagida joylashgan nazokomial pnevmoniya, o'rta og'ir daraja, lect-o'pka apparatini funksional tiklash etapi. Xamroh: Nefrouretrolitiaz remissiya davri.
5. Asosiy kasallik: Surunkali dializ bilan bog'liq o'ng o'rta pastki bo'lak pnevmoniyasi og'ir kechishi, lection agressiya bosqichi. Asosiy kasallikning asorati: O'pkaning xavf soluvchi interstitsial shishi. Raqobatdosh kasallik: Buyrakning surunkali kasalligi IV bosqich.
6. Asosiy kasallik:

(kombinatsiyalangan) 1) Kasalxonadan tashqari mikrobakterial pnevmoniya o'pkaning 2la bo'lagida joylashgan, og'ir daraja, lectron agressiya bosqichi. 2) O'tkir infeksiyon-toksik miokardit, 3-aktivlik daraja, og'ir kechishi. Xamroh: Surunkali o't-tosh kasalligi, remissiya davri. 7. Asosiy kasallik: (qo'shilgan) 1) virusli total kasalxonadan tashqari pnevmoniya, og'ir daraja, lectron agressiya bosqichi. Pnevmoniyani tashxislashda zamonaviy strategiyasi Xozirgi vaqtda shifokorlarga tashxislashga aloqador savollarga javob bo'ladigan asosiy va avtoritet manbaa bo'lib zamonaviy ma'lumotlarga tayangan etakchi mutaxassislar tomonidan tayyorlangan tavsiyanomalar qo'llaniladi. Ammo bunday qo'llanmalar tez eskiradilar, shuning uchun xar 3-5 yilda qaytadan ko'rib chiqilishi kerak (Sotsialnikov A.G., 2009; Shekkel P.G. et.al., 2001). 2010-yilda chop etilgan rossiya respirator jamiyati tavsiyalari pnevmoniyaning eng oxirgi qo'llanmasi xisoblanadi. Ushbu tavsiyanomada pnevmoniya to'g'risida chuqurlashtirilgan bilimlar, tashxislashning tarqalgan yangi usullari (masalan, infeksiyaning ekspress tashxisotining immunoxromatografik usuli, legionella pneumonia 1 sero gurux va streptococcus pneumonia chaqiruvchi pnevmoniya fonida tizimli yallig'lanish sindromi mezonlarini tashxislash; og'irlikni baxolashga yondashish va xavfni stratifikatsion va b.) va ushbu kategoriyadagi bemorlarni tekshirishni usuli ko'rsatilgan (masalan, lectron y bemorlarda balg'amni mikrobiologik tekshiruv).

SURUNKALI BRONXIT

Bronx shoxlarning davomli kasalligi. U utkir bronxit yoki zotiljamdan sung rivojlanadi. Kasallik kuzgatuvchisi utkir bronxitnikiga uxshash. Ob-xavosi keskin uzgarib turuvchi, nam iklimli, axoli zich yashaydigan shaxarlarda kasallik kuprok kuzatiladi. Kasallik kupincha kasbga xos buladi. Bunga novvoylar, tegirmon ishchilari, tosh silliklovchilar, ip yigirish korxonasi ishchilari, sement fabrikalarida, shaxtada, ruda konlarida ishlovchilar kiradi. Chekish kasallikning rivojlanishida lec axamiyatga ega. Surunkali bronxit bilan kasallanganlarning 80% ini chekuvchilar tashkil kiladi. Kasallikning kelib chiqishiga burundan nafas olishning buzilishi va xar xil yuldosh kasalliklar: yutkinning yalliglanishi (faringit), laringit, sinusntlar yordam beradi. Surunkali bronxitda bronxlar utkazuvchanligining buzilishi natijasida bronxlarning nay vazifasi va upkaning shamollashi buziladi. Patologik anatomiyasi. Uzok davom etgan yalliglanish jarayoni lect shillik kavatlarini atrofik va gipertrofik uzgarishlarga olib keladi. Shillik va togay plastinkalarining atrofiyasi, devorining yupkalanishi esa bronxoektazlar xosil bulishiga olib keladi. Jarayon lect atrofidagi tukimaga utib interstitsial zotiljam rivojlanishiga olib kelishi mumkin. Natijada alveola devorlari asta-sekin yupkalanish atrofiyaga uchraydi va upka emfizemasi rivojlanadi, bu esa upkada kon aylanishi buzilishiga olib keladi, keyin kon aylanish soxasida bosim oshib yurak ung korin chasi gipertrofiyasi va uning etishmovchiligi rivojlanadi. Klinik kurinishi. Kasallarnipg asosiy shikoyati astasekin kuchayib va tezlashib boruvchi yutal xisoblanadi. Yutal vaktida oz mikdorda yopishkok,, yiringli yoki shillikyiringli balgam ajraladi. Kasallik boshida yutal fakat ertal ab buladi, keyinchalik u xam kunduzi, xam kechasi bemorni bezovta kilib uyk,u buzilishiga olib keladi. Kasallik boshlanishida umumiy axvol uzgarmaydi. Kasallik xuruj kilganda kupincha subfebril isitma kutariladi. Kovurgalararo va korin tugri muskullarining uta taranglyashishi natijasida kukrakda, orkada, korin usti soxasida ogrik bulishi mumkin. Asta-sekin xansirash rivojlanadi, dastlab jismoniy xarakat kilganda, keyin tinch x,olatda tez charchash, terlash kuzatiladi. Xansirash ekspirator xususiyatga ega. Kasallik kupincha baxorda va kuzda kaytalanadi. Kuzdan kechirganda uzok vakt uzgarish animanmaydi. Keyinchalik tarkalgan kukarish paydo buladi, u yutal vaktida zurayadi, buyin vena tomirlari burtib chiqadi. Emfizema kushilishi tufayli kukrak kafasi bochkasimon bulib koladi. Asoratsiz

surunkali bronxitda paypaslaganda va tukillatganda uzgarish aniklanmaydi. Emfizema rivojlanganda esa tukillatganda kutisimon tovush eshitiladi. Eshitish. Bunda nafas kattiklashgan, nafas chiqarish davomli buladi, emfizemada esa susaygan vezikulyar nafas eshitiladi, kuruk lectr xirillashlar kuzatilishi mumkin. Laboratoriya ma'lumotlari. Kasallik kaytalaganda konda leykotsitlar kupayadi, ECHT tezlashadi. Balgam shilli k-yiringli, leykotsitlar kup, lectro davrida eritrotsitar flora kupayadi. Rentgenda tekshirganda emfizema va pnevmoskleroz kuzatiladi. Bronxoskopiya va bronxografiya lect shoxlarining shakli buzilganini, shillik kavatning atrofik va gipertrofik uzgarishini aniklaydi, bronxoektazlar kuzatilishi mumkin. Kasallik davomli lectro. Bronxlar toraygan va toraymagan buladi. Birmuncha og'ir va rivojlangan bronxidlarda bronxlar toraygan buladi.

3-mavzu: Bronxial astma.

1.1. Ta'lim berish texnologiyasining modeli.

Mashg'ulot vaqti -2 soat	Talabalar soni : 10-12 gacha
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashgulot
<p>Amaliy mashgulot rejasi</p> <p>Reja:</p> <p>1. Broxospastik sindromlarni taqqoslash Allergik rinit, konyunktivit klinik kechishlarini</p> <p>2. Aspirinli bronxial astmaning klinik kechishi Pollinoz etiopatogenezi, klinikasi, davolash taktikasi</p> <p>3. Jismoniy zurikish astmasi belgilari.</p>	<p>Amaliy mashgulotning kishqacha annotatsiyasi</p> <p>Talabalarga bronxial astma turlari etiopatogenezi davolash usullari stomatolog taktikasini urganish</p>
<p>O'quv mashg'ulotning maqsadi:</p> <p>Talabalarga bronxial astma bo'yicha bilim darajalarini rivojlantirish va urgatish. Bronxospastik sindromni taqqoslash bo'yicha amaliyot bilimlarini rivojlantirish va urgatish. Aspirinli bronxial astmaning uziga xosligi bili darajalarini rivojlantirish va urgatish.</p>	<p>Maqsadi yoritiladi.</p> <p>Talabalarga bronxial astma, bronxospastik sindromni taqqoslash bo'yicha amaliyot bilimlarini rivojlantirish va urgatish. Aspirinli bronxial astmaning uziga xosligi bili darajalarini rivojlantirish va urgatish.</p>
Ta'lim berish usullari	Multimedia, interfaol usullar
Ta'lim berish shakllari	Ommaviy, jamoaviy
Ta'lim berish vositalari	O'quv qo'llanma, lectron darslik, kompyuter, multimediyalar
Ta'lim berish sharoiti	Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash.	Og'zaki nazorat: savol-javob.

1.2. Amaliy mashg'ulotining texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti.	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchilar
Tayyorgarlik	1. Auditoriya tozaligini nazorat qiladi	Talabalar amaliy

bosqichi 5 daqiqa	2.Talabalarni mashg'ulotga tayyorgarligini tekshiradi 3.Davomatni nazorat qiladi	mashgulotga tayyor bulishi kerak, davomat tulik bulishi kerak
1. Mavzuga kirish (5 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	Talabalar tinglaydilar
2 – asosiy bosqich (20 daqiqa)	1. Talabalarni kichiq guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni beradi. “ Sinkveyn “ usuli Har bir talaba va talabalar guruhlarining fikrlash faolligini oshirish, ularda tanqidiy fikrlash qobiliyatini rivojlantiradi. Sinkveyn tuzish murakkab jarayon bo'lib, uni samarali tashkil etish uchun muayyan qoidalarga amal qilish talab etiladi va besh bosqichli harakatlarni tashkil etish orqali amalga oshiriladi. 1-bosqich. Mavzu bir so'z bilan ifodalanadi (odatda ot tanlanadi) 2-bosqich. Mavzu ikkita sifat bilan ifodalanadi (odatda 2 ta sifat tanlanadi) 3-bosqich. Mavzu doirasida tashkil etiladigan xatti-harakat uchta so'z bilan ifodalanadi (3 ta fe'l yoki ravishdosh yoziladi) 4-bosqich . Mavzuga nisbatan munosabatni anglatadigan to'rtta so'zdan iborat fikr yoziladi (4 ta so'zdan iborat jumla yoziladi) 5-bosqich. Mavzu mohiyatini takrorlovchi, ma'nosi unga yaqin bo'lgan bitta gap yoziladi (mavzuga doir sinonimlar asosida gap yoziladi)	Kichiq guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar Qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar
3- klinik mashg'ulot (40 daqiqa)	<i>Pikfloumetriya, spirografiya o'tkazish texnikasi</i>	Talaba mustaqil bajaradi
3-yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. YAkunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi
Jami: 80 daqiqa , 2 soat		

Boshqa fanlar bilan integratsiyasi

SHu mavzuni o'qitishda talabalarning normal fiziologiya, patologik fiziologiya, patologik anatomiya, ichki kasalliklar propedevtikasi, farmakologiya bo'yicha o'zlashtirgan bilimlariga asoslanadi.

Mavzu bayoni

3-mavzu: Bronxial astma.

ASTMA –“Bronxial daraxtning surunkali yallig'lanish jarayoni”- G.I.Sokolskiy 1838 y. deb hisoblashgan. Bronx yo'llari va surunkali o'pka kasalliklar bilan doimiy og'riydigan bemorlar ko'proq kasallanadi. Bronxial astma (BA) – bu nafas yo'llarining surunkali yallig'lanishi bilan

kechadigan , bronxlarning reaktivligi oshishi oqibatida bronxlar shilliq qavatining shishi, gipersekretsiyasi va mushaklarining spazmi natijasida bo'g'ilish xurujlari bilan namoyon bo'ladigan va astmatik status rivojlanishi bilan jiddiy oqibatli kasallik hisoblanadi. Bronxial astma (BA) – bu nafas yullarining surunkali yalliglanish kasalligi bo'lib, semiz xujayralar, eozinofillar, limfotsitlar, allergiya va yalliglanish mediatorlari ishtirokida, moyilligi bulgan kishilarda bronxlarning gireaktivligi va variabel obstruksiyasi bilan kechadi va bunda bo'g'ilish xuruji, xirillashlar, yo'tal va nafas olishi qiyinlashishi bilan kuzatiladi. Kasallikning asosida silliq bronxial muskullarning spazmi va buning oqibatida mayda bronxlarning kuchli torayishi kelib chiqishi yotadi. Bronxlar reaktivligining o'zgarishiga spetsifik va nospetsifik ta'sirlar sababchi bo'lib, bular asosan, organizmga tashqaridan takror kirgan yot oqsillardir Bronxial astma etiologiyasida quyidagilar ahamiyatga ega:

- 1.Noinfeksion allergenlar (chang, dori-darmonlar, hashoratlar va hayvonlar allergenlari).
- 2.Infeksion allergenlar (viruslar, bakteriyalar, zamburuglar, va b.)
- 3.Mexanik va kimyoviy iritantlar (metall, yog'och, g'o'za changlari, mum, kislota, ishqorlar bug'lari).
- 4.Fizik va meteorologik omillar (haroratning, namlikning o'zgarishi, atmosfera bosimining, erning magnit maydonining tebranishlari va boshkalar.)
- 5.Asabiy-ruxiy qo'zgalishlar, stress ta'sirlar.

Bu omillarning barchasi adashgan nervni kitiqlab, unda spazmatik ta'sir paydo qilib, astma xurujini keltirib chiqaradi. Ichki omillar:

- 1.Irsiy moyillik
- 2.Atopiya
- 3.YUqori nafas yo'llarining giperreaktivligi
- 4.Jins
- 5.Irq

Tashqi omillar:

- 1.Kasbiy omillar (sensibilizatsiya holati)
- 2.CHEkish
- 3.Ijtimoiy-iqtisodiy holat
- 4.Parhez va dori-darmonlar
- 5.Semirish

Patomorfologiyasi: Hozirgi zamon qarashlariga binoan bronxial obstruksiyaning 4 ta komponent chaqiradi: bronxlar silliq mushaklari spazmi, bronxlar shilliq qavati shishi, bronxlarning, ayniqsa terminal qismning, shilliq "qopqoqchalar" bilan bekilishi, bronx devorida sklerotik o'zgarishlarning mavjudligi xos.

Astmaning sabablari:

Allergenlar (dori darmonlar, ovqat mahsulotlari, uy buyumlari)

-Kasb

-hunarga aloqa bor kishilar

-Aspirin va boshqa nosteroid yallig'lanishga qarshi preparatlar

-Fizik zo'riqish

-Stress.

-Klimaks va x.k.

Bronxial astma (BA)ning patogenezi: Kasallik faqat etiologik omil o'zining "ta'sir qiluvchi nuqtasini" topgandagina rivojlanishi mumkin. "Ta'sir nuqtasi" – organizmning tug'ma yoki

orttirilgan biologik organlar va sistemalar nuqsonlari: - alveolyar makrofaglar va neytrofillarning fagotsitar faolligining buzilishi va natijada bronxlarda infeksiyon agentlar faolligining oshishi;

- IgA ning sintezini kamayishi va natijada bronxlarda infeksiyon agentlarning faolligining oshishi;

- T-supressor limfotsitlar faolligining sustligi;

- O'zining to'qimalariga nisbatan immunologik tolerantlikning va autoallergik reaksiyalarning buzilishi;

-Semiz xujayralar, makrofaglar, lizosoma neytrofillari membranasini nostabilligi proteolitik fermentlarning va biologik faol moddalarning haddan tashqari ko'p ishlab chiqarilishiga olib keladi. SHunday qilib BA da bronxlardagi yallig'lanish jarayonining rivoji har xil hujayralarning (eozinofillar, T-limfotsitlar, semiz hujayralar) bir biriga ta'siri va natijada biologik faol moddalar ishlab chiqarilishi natijasida paydo bo'ladi. YAllig'lanish bronxlarning gipersezuvchanligiga va giperreaktivligiga olib keladi. Bronxlar o'tkazuvchanligining buzilishi bronxlar reaktivligining o'zgarishi olib keladi. Bular quyidagilar ta'sirida yuzaga keladi, ya'ni, birlamchi- tug'ma, orttirilgan, kimyoviy, fizik, mexanik va infeksiyon omillar ta'siri. Ikkilamchi - asab endokrin tizimining o'zgarishi, auto- va infeksiyon antigenlar ta'siri. Bronxlar reaktivligining ikkilamchi o'zgarishi immun, endokrin, asab tizimlarining o'zgarishi natijasida yuzaga keladi. Immunologik mexanizmlar Bronxial astmali bemorlarning asosiy qismida bronxlar reaktivligining o'zgarishiga immun tizimdagi o'zgarishlar, ya'ni gumoral va xujayraviy immunitetlarning Gell va Kumbs tasnifi bo'yicha I, III va IV tipli sezuvchanlikning yuqori bo'lishi sabab buladi. Immun reaksiyalar nafas yo'llarining shilliq qavatida hosil bo'ladi.Uning o'zgarishi ham bronxlar gipersezuvchanligi va giperreaktivligiga olib keladi. Allergik mexanizmlar tez va sekin rivojlanuvchi reaksiyalar bilan bogliq. Tez rivojlanuvchi reaksiya (reagin turi) shok organning allergen bilan o'zaro ta'sirida paydo bo'ladi, bu esa semiz hujayralar va eozinofillarning, bronxlar shilliq qavatida va uning ichida Tlimfotsitlar miqdorining oshishiga olib keladi. Bu hujayralar biologik aktiv moddalar ishlab chiqaradi va BA patogenezida immunoximik bosqichni (patoximik bosqich) rivojlantiradi: gistamin, serotonin, bradikinin, neytrofillar xemotaksis omili, leykotrienlar, interleykinlar va b. mikrotomirlar o'tkazuvchanligini oshiradi, bu esa ularning massiv ekssudatsiyasiga olib keladi. Bronxlar shishi va ularning ichiga epiteliyning ajralib tushishi rivojlanadi, bu esa shilliq "kopkokchalarining" shakllanishiga olib keladi; bundan tashkari biologik faol moddalar bronxospazm rivojlanishiga olib keladi (patofiziologik boskich). Sekin rivojlanuvchi allergik reaksiya (immunokompleks turi) sirkulyasiya kiluvchi IgG, IgA, IgM turdagi antitelolar va komplement orkali rivojlanadi. Immun komplekslarning semiz hujayralar, eozinofillar va T-limfotsitlar bilan bog'lanishi natijasida yallig'lanish mediatorlari ajralib chiqadi va bronxlar obstruksiyasiga olib keladi. Noimmunologik mexanizmlar Bronxlar reaktivligining o'zgarishiga tug'ma va orttirilgan biologik nuqsonlar sabab bo'ladi. Noimmunologik mexanizmlar effektor hujayralar birlamchi yoki ikkilamchi ta'sir ko'rsatishi natijasida bronxlar silliq mushaklari, qon tomirlari, bronxial bezlar retseptorlari ta'sirlanishi yuzaga keladi.. BA ning shakllanishida organizmdagi gormonal disbalans xam katta rol o'ynaydi: bu glyukokortikosteroid etishmovchilik, giperestrogenemiya, gipoprogeronemiya, gipotireoz.GKS – buyrak usti bezi gormonlaridan biri bulib, juda ko'p biologik faol moddalarning blokatoridir, antitelolar hosil bo'lishini kamaytiradi, betta-2- retseptorlar sezuvchanligini oshirishi hisobiga bronxodilatatorlik ta'siri bor. Bu gormonlarning (kortizolning) etishmovchiligi bronxoobstruksiyaning sababi bulishi mumkin. Ko'p ayollarda menstruatsiya paytida BA kechishi og'irlashishi kuzatiladi. Progesteron betta-2- adrenoretseptorlarni

stimulyasiya qiladi va bronxodilatatsiya chaqiradi, atsetilxolin, prostoglandin-F2-alfa miqdorini oshiradi va bronxospazmni chaqiradi. BA rivojida vegetativ nerv sistemasi ham katta rol o'ynaydi, bu esa adrenergik disbalansda yaqqol ko'rinadi – alfa-adrenoretseptorlar beta-aderoretseptorlardan ustunlik kiladi, bu esa bronxospazmga olib keladi. BA patogenezida “aspirin” astmasi alohida joy olgan. Bu turdagi BA atsetilsalitsil kislotasini va nosteroid yallig'lanishga qarshi preparatlarni ko'tara olmaslik natijasida paydo bo'lgan. Bularning asosida araxidon kislotasining metabolizmi buzilishi yotadi, bu esa leykotrienlar va prostoglandin-F2-alfa ishlab chiqarishini ko'paytiradi va bronxospazmga olib keladi Tasnifi: Bronxial astma tasnifida ikkita yo'nalish bor, ya'ni bittasi etiologik, ikkinchisi esa kasallikning og'irlik darajasi va bronxial obstruksiyaning qay darajadiligiga asoslangan.

Bronxial astma tasnifi (G. B. Fedoseev 1988 yil.)

I. Bronxial astma rivojlanishi etaplari. Amaliy sog'lom kishilarda tug'ma yoki orttirilgan biologik nuqsonlar va o'zgarishlarning mavjudligi, ya'ni:

a) mahalliy va umumiy immunitetning o'zgarishi.

b) «tez javob qaytarish» reaksiyasi (semiz xujayralar, makrofaglar, eozinofillar, trombositlar) mavjudligi.

v) mukotsiliar klirens o'zgarishi.

g) endokrin tizim o'zgarishi

d) o'pka tomirlari endoteliysining metabolik disfunktsiyasi.

j) araxidon kislota metabolizmining buzilishi.

z) shaxsning nerv-psixik holati xususiyati.

i) bronxlar va LOR organlari reaktivligining o'zgarishi. Biologik nuqsonlar klinik jixatdan BA rivojlanishiga turtki bo'lishi mumkin.

2. Astma oldi (predastma) holati. Bu nozologik kasallik bo'lmay, balki, BA ning klinik paydo bo'lish xavfi hisoblanadi. Klinik diagnozda bu holat qo'yiladi, ya'ni ko'rsatiladi. Predastma holati nafas yo'llarining vazomotor buzilishlarini, bronxospazm belgilari bilan, allergiyaning boshqa ko'rinishlari («eshak emi», «Kvinke shishi», qonda eozinofiliya, balg'amda ham, migren, neyrodermit) hisoblanadi.

3. Klinik shakllangan BA – bu birinchi bor astma va astmatik status xurujlaridan keyingi holat.

II. BA ning shakllari: (klinik tashxisda ko'rsatilmaydi).

1. Immunologik shakli.

2. Noimmunologik shakli.

III. BA ning klinik – patogenetik shakllari:

1. Atopik – allergenni ko'rsatish kerak.

2. Infeksiyaga karam – infeksiyon agent va infeksiyon jarayonning borishini ko'rsatish kerak.

3. Autoimmun.

4. Gormonal – endokrin, o'zgargan organi va disgormonal o'zgarishlarni ko'rsatish lozim.

5. Nerv-psixik shakli.

6. Ifodalangan adrenergik disbalans.

7. Bronxlar reaktivligining birlamchi o'zgarganligi, immun, asabendokrin tizimlar ishtirokisiz shakllanib, tugma bo'lishi mumkin, kimyoviy, fizik, mexanik va infeksiyon agentlar ta'sirida rivojlanadi.

8. Xolinergik variant

9. Aspirinli astma

10. Dizovarial shakli

IV.Og'irligiga ko'ra:

1.Engil darajali – yiliga xurujlar soni 2-3 marta takrorlanib, dorilarni qabul qilish tufayli o'tib ketadi, remissiya davrida bronxospazm yo'q.

2.O'rtacha og'irlikda – xurujlar soni yiliga 3-4 marta bo'lib, og'irroq kechadi, xuruj dorilarni in'eksiyalar orqali qabul qilganda o'tadi, xurujlararo davrlarda astmatik xolat birmuncha ifodalangan bo'ladi. Remissiya davrida jismoniy zo'riqishdan so'ng yoki bajarish mobaynida bronxlar spazmining engil klinik belgilari kuzatilishi mumkin.

3.Og'ir darajali – xurujlar soni yiliga 5 va undan ko'p bo'lib, og'ir kechadi, bartaraf kilish kiyinroq bo'lib, astmatik status bilan asoratlanadi. Xurujlararo davrda esa bronxlarning spazmi ifodalangan bo'ladi.

V.Kechishiga ko'ra:

1.Qo'zg'alish davri.

2.Qo'zg'alishning pasayishi.

3.Remissiya.

VI.Asoratlanishiga ko'ra:

1.O'pkaga talluqli: o'pka emfizemasi, nafas etishmovchiligi, atelektaz pnevmotoraks va boshqalar.

2.O'pkadan tashqari – miokard distrofiyasi, o'pka – yuragi, yurak etishmovchiligi va boshqalar. Hozirgi vaqtda BA ning xalqaro tasnifi asosida kasallikning og'irligi nazarda tutiladi, chunki xuddi shu ko'rsatkich bemorlarni davolash taktikasini aniqlab beradi.

Klinikasi: Bronxial astmaning klinikasida 3 ta davr farqlanadi:

1-bosqich .Astma “darakchilari”-xurujdan bir necha minut oldin paydo bo'lib, yo'tal yoki tomoq qirilishi, vazomotor rinit,burunning bitishi, hansirashning kuchayishida, terining qichishishi, asabiylashish, poliuriya, bemor kayfiyatining buzilishi kabi o'zgarishlar paydo bo'ladi. Vrach bemorning shu o'zgarishlarga e'tibor qilishi zarur, chunki bu bosqichda o'z vaqtida qabul qilingan preparat xuruj regressiyasini chakiradi.

2-bosqich.Avj olish davri-ekspirator tipli bo'g'ilish xuruji, ya'ni,qisqa nafas olish, nafas chiqarishning 2-4 marta uzayishi,nafas chiqarishning qiyinligi, masofadan eshitiluvchi xirillashlar xos.Bemor majburiy holatni, ya'ni, ortopnoe holatida, o'tirganda oyoqlariga tiranadi yoki oldinga egilib utiradi va tirsaklari bilan tizzalariga yopishadi yoki qo'llari bilan stol chetiga, krovat chetiga tiranadi, og'iz bilan havo “tutishga” harakat qiladi. Bemor gapira olmaydi, yuzida qo'rqish alomati,. yuzi shishgan, sovuk ter bilan koplangan, diffuz sianoz. Nafas olishda burun qanotlari shishadi. Ko'krak qafasi maksimal nafas yutish holatida. Nafas olish aktida hamma yordamchi mushaklar qatnashadi, o'mrov usti chuquri va qovurg'alar sovuq ter bilan qoplangan, bo'yin venalari bo'rtgan, ko'krak qafasi emfizematoz, perkussiyada timpanik tovush, auskultatsiyada dag'al nafas asosida quruq, hushtaksimom xirillashlar, pulsi tezlashgan, yurakning nisbiy chegaralari o'ngga kengaygan, yurak tonlari bo'g'iq, xuruj “shishasimon”,yopishqoq, kam ajraluvchi balg'am ko'chgach o'tadi. Balg'am tahlilida eozinofillar, ayrim hollarda SHarko-Leyden kristallari, Kurshman spirallari aniqlanadi. EKG: yurak elektr o'qining o'ngga siljishi, chuqur S1 tishchasi, baland R III va aVF da, S-T segmenti inversiyasi III va aVF da., baland o'tkirlashgan R tishcha II va III standart tarmoqlarda va ko'pincha manfiy R tishcha V1 da, Giss tutami o'ng oyoqchasi to'liq qamali. Rentgenologik tekshiruvda o'pkalar shaffoflashishi, diafragmaning past joylashishi va sust tebranishi. Qovurg'alar gorizontal joylashgan va ular orasi kengaygan. O'pka manzarasi kuchaygan.

Bo'g'ilish xuruji astmatik statusga o'tib ketishi mumkin va koma yoki ulim bilan ham tugashi mumkin.

3-bosqich – xurujni orqaga kaytishi Regressiya davri-3-bosqich – xurujning orkaga kaytishi. Bemorda yo'tal ko'paygan, u balg'am ko'chishi bilan birga paydo bo'ladi va bu bemorga ancha o'zini engil his etishiga olib keladi. Patogenezig bog'liq holda xuruj regressiyasi bemorda har xil kechadi. U tez o'tib davolashdan so'ng yuqoridagi belgilarning bartaraf bo'lishi bilan kechishi mumkin, boshqa organlarda o'zgarishsiz, yoki aksincha, bemorni holdan toydirishi mumkin. BA klinik manzarasida bu kasallikning yo'tal varianti borligini ham esda tutish kerak. BA ning bu shaklida tipik bo'g'ilish xuruji klinikasi bo'lmaydi, o'pka auskultatsiyasida esa quruq xirillashlar yoki kam fizikal o'zgarishlar topiladi. Birdan- bir xos belgi- bu bo'g'ilishli yo'tal bo'lib, u ko'pincha kechasi bemorni bezovta kiladi. Yo'tal xuruji paytida bemorda bosh aylanishi, terlash, yuz sianozi bo'lishi mumkin. Yo'tal xuruji tashxisi uchun BA ning nafas chiqarish shiddatini monitoring qilish tavsiya etiladi va bunda kechkurun bronxodilatatorlarni profilaktik kabul kilish musbat natijani berishini inobatga olish kerak.

Tashqi nafas olish funksiyasini instrumental tekshirish.

Spirografiya – nafas olish vaqtida o'pka hajmining grafik ravishda tasvirlanishi. BA ning spirografik belgilari: o'pkaning tezlashtirilgan hayotiy hajmining (O'TXX) va TNCH1 ning sustlashishi. Bunda TNCH1 eng sezuvchan kursatkich bulib, bronxial obstruksiya darajasini ko'rsatadi; Tiffno indeksining pasayishi (TNCH1/O'TXX), asosan 75% dan kamrok Pnevmataxografiya – ikki oordinatali sistemada “oqim-hajm” tizimini aniklash – havo oqimining ekspirator tezligini O'TXX 25-75% li nuqtasida, ya'ni nafas chiqarishning o'rtasida aniqlash. Bu usul yordamida hajm tezligini (PXT), UTXX ning 25%, 50%, 75% li nuqtalarida maksimal hajm tezligini (MXT25, MXT50, MXT75) va o'rtacha hajm tezligini (25-75%) aniqlash mumkin. Pikfloumetriya – havoning maksimal hajm tezligini to'la nafas olgandan so'ng tezlashtirilgan nafas chiqarishda (nafas chiqarish tezligi) o'lchash usuli. Pikfloumetriya kuniga bir necha marta va bronxodilatatorlar qabulidan oldin va keyin o'tkaziladi. PNT ni albatta ertalab, keyin 10-12 soatdan so'ng o'tkazish kerak. Pikfloumetriya dastlab vrach kabulida kilinadi, keyin esa bemorning o'zi o'tkazishi mumkin. BA da PNT quyidagicha o'zgaradi:

- qisqa ta'sir etuvchi betta –2 – stimulyatorning kabulidan 15-20 minutdan so'ng PNT ning 15% ga oshishi.

- bronxolitiklar qabul qiluvchi bemorlarda PNT 20% va undan ko'prokqa sutkada tebranadi, bronxolitiklar qabul qilmaydigan bemorlarda esa – 10% ga.

- PNT ning sutkalik tebranishi quyidagi formula orqali aniqlanadi: PNTning sutkalik tebranishi % = $\frac{PNT_{maksimal} - PNT_{minimal}}{PNT_{o'rtacha}} \times 100\%$ PNT o'rtacha - jismoniy zo'rikishdan yoki boshka triggerlar ta'siridan so'ng PNT ning 15% ga kamayishi. Bronxial astmaning diagnostik mezonlari:

1. Nafas chiqarishning qiyinligi bilan kechuvchi bo'g'ilish xuruji va u o'pkada quruq hushtaksimon xirillashlar (hatto bu xirillashlar masofadan ham eshitaladi) kechadi. 2. Bronxial astmaning xurujiga ekvivalent ravishda tunda xurujsimon yo'tal, u bemorning uyqusini buzadi, nafas chiqarishning qiyinligi yoki ko'krak qafasida siqilish hissi, hansirash va hushtaksimon xirillashlarning yilning ma'lum paytida ma'lum bir antigenlar bilan to'qnashilganda yoki fizik zo'riqishdan so'ng bezovta qilishi;

3. Tashqi nafas funksiyasi ko'rsatkichlari (NCHH, Tiffno indeksi, nafas chiqarish hajmining maksimal nuqtasi va h,) natijalariga ko'ra nafas etishmovchiligining obstruktiv tipini aniqlash;

4. Tashqi nafas funksiyasi ko'rsatkichlarining bronxodilatatorlar qabul qilgandan so'ng oshishi va nafas chiqarishning engillashuvi;

5. Havoda bronxial astmaning biologik markeri- azot oksidi (NO) ning ko'pligi.

“Aspirinli astma” ning diagnostik mezonlari:

1. Bo'g'ilish xurujining aspirin yoki boshqa NYAQP lar qabul qilish bilan saqlovchi moddalar shuningdek, o'zida salitsilatlar va sariq rang beruvchi tartrazin moddasini qabul qilish bilan bog'liqlik.

2. Bo'g'ilish xurujining xususiyatlari: bo'g'ilish xuruji aspirin qabul qilgandan so'ng, bir soat o'tgach boshlanib, tumov, ko'z yoshi ajralish, giperemiya bilan kechadi. Xuruj paytida ko'ngil aynish, qayt qilish, gipersalivatsiya, epigastral sohada og'riq bo'lib, A/B pasayadi. Vaqt o'tish bilan bronxial astma o'ziga xoslikka ega bo'ladi: mavsumiylik yo'qoladi, astma belgilari bemorni doimo bezovta qiladi, xurujlararo davrda ko'krak qafasida “bosib qolish hissi”, bronxodilatatsion terapiya kam samarali, asta-sekinlik bilan BA avj ola boradi.

3. Astmatik triada quyidagilarni o'z ichiga oladi:

1. Aspirinli astma avj olib borish

2. Aspirin va boshqa NYAQP larni ko'tara olmaslik

3. Rinosinusit va retsidivlanuvchi burun polipozi (rentgenda rinosinusopatiya aniqlanadi).

4. Qonda prostaglandinlarning turli guruhlarining indometatsin qabul qilgandan so'ng oshishi (Rg F2) oshadi, PGE1 kamayadi.

5. Atsetil kislotali tezlashtiruvchi sinama musbat, ya'ni, bemorga atsetil kislota quyidagi dozada beriladi: 1-kun 10 mg 2-kun 20 mg 3-kun 40 mg 4-kun 80 mg 5-kun 160 mg 6-kun 320 mg 7-kun 640 mg 30, 60, 120 minutdan so'ng, bemorni ob'ektiv ko'rib, o'pka auskultatsiya o'tkazilib, NCHX aniqlanadi. Sinama quyidagi belgilar paydo bo'lsa, musbat bo'ladi: bo'g'ilish xurujini sezish, burundan nafas olishning qiyinligi, rinoreya, ko'zdan yosh oqishi NCHX ning dastlabkisiga nisbatan 15% ga kamayishi.

Bronxial astmani davolash

Bronxial astmani davolash etiologik omillarni hisobga olgan holda quyidagilarni: 1. BA xuruji davrida davolash; astmatik status holatida jadal davolashni. 2. Qo'zgalish davrida davolashni o'z ichiga oladi.

3. Remissiya davrida davolashni o'z ichiga oladi. BA ni davolash bemorni individual xususiyatlariga qarab olib borilishi lozim va quyidagilarni o'z ichiga oladi:

-eliminatsion muolajalar (allergen yoki potensial allergenlar, nospetsifik qo'zg'atuvchilar bilan kontakti yo'qotish);

-medikamentoz terapiya (patogentik va simptomatik);

-nomedikamentoz terapiya (naturoterapiya). BA davolashda qo'llaniladigan asosiy medikamentoz preparatlar guruhiga quyidagilar kiradi:

YAllig'lanishga qarshi preparatlar: Natriy kromoglikat (intal) Natriya nedokromil (tayled) Ditek Glyukokortikoidlar (asosan maxalliy - ingalyasiya sifatida, hamda ichiga eki parenteral).

Bronxodilatatorlar:

1. Aderenergik retseptorlar stimulyatorlari:

a) alfa- va betta 1,2 - aderenergik retseptorlar stimulyatorlari (adrenalin, noradrenalin)

b) betta-2- va betta-1-aderenergik retseptorlar stimulyatorlari (izadrin, novodrin, euspiran)

v) selektiv betta2-adrenostimulyatorlari :

-qiska ta'sir etuvchi – salbutamol, terbutalin, salmefamol, ipradol

-uzok ta'sir etuvchi – salmeterol, formeterol

2. Antixolenergik preparatlar:

a) ipratropium bromid (atrovent)

b) berodual

v) troventol

Metilksantinlar:

a) eufillin

b) teofillin

Patogenetik terapiya kasallikning kechishi, og'irlik darajasi va klinik-patogenetik shakllarini hisobga olgan holda tavsiya etiladi va o'z ichiga glyukokortikoidlar, membranani barqaror etuvchilar, bronxolitiklarni qo'llashni oladi. Membranani barqaror etuvchilarga natriy kromoglikat-intal, ketotifen va boshqalar kiradi va ular BA ning atopik shaklida va o'rta va og'ir kechishda qo'llaniladi. Glyukokortikoidlar yallig'lanishga qarshi ta'sirga ega bo'lib, ularga: beklometazona dipropionat (beklomet, bekotid, beklorkort, aldetsin), ingakort, fliksotid (prolong ta'sirli ingalyasion GKS) kiradi.

Ingalyasion GKSlarni bronxolitiklar bilan birgalikda qo'llash mumkin.. Bronxolitik preparatlarga qisqa ta'sirli beta 2 adrenomimetiklar: fenoterol, albuterol (salbutamol), terbutalin, klinbuterol, geksaprenalin; uzoq ta'sirli: salmeterol va forioterol; xolinolitiklardan: ipratropium bromid (atrovent) va oksitropium bromid kiradi.

Kombinatsiyalangan preparatlarga: berodual (duovent), ditek, intalplyus, kombipek, bronxolitik preparatlarga teofillinning hosilalari: eufillin (aminofilin), teopek, teobilong, retafil, teotart, teodur kiradi.

Antigistamin preparatlardan 2- avlod preparatlari: terfenadin, astemizol, akrivastin, loratidin, (klaritin), setirizin kirib, ularning sedativ ta'siri yo'q, terapevtik samarasi tezroq, ularni uzoq qo'llaganda ham o'rganib qolish yo'q. Antibiotiklar BA ni davolashda qo'llanilmaydi. Ular faqatgina BAning infeksiyaga qaram turida, bemorlarda o'tkir pnevmoniya, surunkali bronxit qo'zg'alganda, gormonga qaram turda esa yuqori nafas yo'llarining zamburug'li asoratlari yuzaga kelgandagina qo'llaniladi.

Asosan amaliyotda ftorxinolonlar, makrolidlar, linkomitsin, sefalosporinlar qo'llaniladi.

Bronxial astmani pog'onali davolash. . Olib borilgan davolashning samaradorligi klinik belgilar, xurujlar soning kamayganligida, ob'ektiv tekshiruvlarning musbatligida, laborator va funksional tekshiruvlarning natijalarning normallashtirishida namoyon bo'ladi. Pog'onali davolashda stabil ijobiy natijaga erishilganda, kasallikning kechishini nazorat qilish uchun kelgusida preparatlarni kamaytirish imkoniyati yuzaga kelishi bir pog'ona pastga tushish imkoniyatini tug'diradi. Aksincha, kasallikni davolashda medikamentoz davolashni nazorat qilish imkoniyati qiyinlashganda, medikamentoz davoni kuchaytirish yuzaga keladigan bo'lsa, u holda bir pog'ona yuqoriga ko'tariladi. Bronxolitik terapiya BA ning xamma bosqichida qo'llaniladi kuyilagi preparatlarni uz ichiga oladi:

1) metilksantinlar – eufillin (2.4% - 10.0 vena ichiga) eufillin i eufillin v tabletkada, asosan uzaytirilgan.

2) betta-2-adrenorestimulyatorlar va xolinolitiklar.

Kushimcha patogenetik va simptomatik terapiya: - mukolitik preparatlar – ingalyasiya sifatida (atsetilsistein), tabletkada (mukaltin, lazolvan), termopsis, yodli preparatlar va b.; - antibakterial terapiya respirator sistema infeksiyasida; - kalsiy antagonistlari (nifedipin, izoptin)

BA va YUIK birga kelganda;

- antigistamin prepartlari: dimedrol, tavegil, suprastin, klaritin, astemizol va b.; -leykotrien retseptorlari antagonistlari
- zafirulakst;
- fizioterapevtik uslublar
 - ko‘krak qafasi massaji, DF iglorefleksoterapiya;
- immunokorrektorlar
 - ribomunil, timalin, timoptin, immunomodulin.
- ekstrakorporal uslubli terapiya
 - plazmoferez, gemosorbsiya
- psixotrop terapiya
 - ko‘rsatmaga binoan;
- yo‘talga karshi preparatlar
 - tusupreks, libeksin.

4-mavzu: Gipereaktivlikning tezkor tipi chakirgan kasalliklar

1.1. Ta‘lim berish texnologiyasining modeli.

Mashg‘ulot vaqti -2 soat	Talabalar soni : 10-12 gacha
Mashg‘ulot shakli	Amaliy mashg‘ulot
<p style="text-align: center;">Amaliy mashg‘ulot rejasi</p> <p>Reja:</p> <p>1. Gipereaktivlikning tezkor tipi chakirgan kasalliklar</p> <p>2. Anafilaktik shok</p>	<p style="text-align: center;">Amaliy mashg‘ulotning kishqacha annotatsiyasi</p> <p>Talabalarga gipereaktivlikning tezkor tipi chakirgan kasalliklar haqida ma‘lumot berish</p>
<p>O‘quv mashg‘ulotning maqsadi:</p> <p>Talabalarga Gipereaktivlikning tezkor tipi chakirgan kasalliklar bo‘yicha bilim darajalarini rivojlantirish va urgatish.</p>	<p style="text-align: center;">Maqsadi yoritiladi.</p> <p>Talabalarga gipereaktivlikning tezkor tipi chakirgan kasalliklar haqida ma‘lumot berish</p>
Ta‘lim berish usullari	Multimedia, interfaol usullar
Ta‘lim berish shakllari	Ommaviy, jamoaviy
Ta‘lim berish vositalari	O‘quv qo‘llanma, elektron darslik, kompyuter, multimediyalar
Ta‘lim berish sharoiti	Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash.	Og‘zaki nazorat:savol-javob.

1.2. Amaliy mashg‘ulotining texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti.	Ta‘lim beruvchi	Ta‘lim oluvchilar
Tayyorgarlik bosqichi 5 daqiqa	1.Auditoriya tozaligini nazorat qiladi 2.Talabalarni mashg‘ulotga tayyorgarligini tekshiradi 3.Davomatni nazorat qiladi	Talabalar amaliy mashg‘ulotga tayyor bulishi kerak, davomat

		tulik bulishi kerak
1. Mavzuga kirish (5 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	Talabalar tinglaydilar
2 – asosiy bosqich (20 daqiqa)	1. Talabalarni kichiq guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni beradi. "Baliq skeleti" usuli Bir qator muammolarni tasvirlash va uni echish imkonini beradi. Tizimli fikrlash, tuzilmaga keltirish, tahlil qilish ko'nikmalarini rivojlantiradi. CHizmani tuzish qoidasi bilan tanishadilar. Alohida kichiq guruhlarda yuqori "suyagida" kichiq muammoni ifodalaydi, pastda esa, ushbu kichiq muammolar mavjudligini tasdiqlovchi dalillar yoziladi. Kichiq guruhlariga birlashadilar, taqqoslaydilar, o'zlarining chizmlarini to'ldiradilar. Umumiy chizmaga keltiradilar.	Kichiq guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar Qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar
3- klibik mashg'ulot(40 daqiqa)	<i>Provokatsion sinamalar o'tkazish</i>	Talaba mustaqil bajaradi
4-yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. YAkunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi
Jami: 80 daqiqa ,2 soat		

Boshqa fanlar bilan integratsiyasi

SHu mavzuni o'qitishda talabalarning normal fiziologiya, patologik fiziologiya, patologik anatomiya, ichki kasalliklar propedevtikasi, farmakologiya bo'yicha o'zlashtirgan bilimlariga asoslanadi.

Mavzu bayoni

Organizmning har xil allergenlarga nisbatan sezuvchanligining o'zgarishi klinik jihatdan allergik reaksiyalar va kasalliklar sifatida namoyon bo'ladi. Allergiya rivojlanishida immun sistema qaysi hujayralarining ko'proq qatnashishiga ko'ra V-limfotsitlarga bog'liq (gumoral) va T-limfotsitlarga bog'liq (hujayraviy) tipdagi allergik reaksiyalar farqlanadi. V-limfotsitlarga bog'liq reaksiyalar guruhiga mexanizmida V-limfotsitlar tomonidan ishlab chiqariladigan mmunoglobulinlarning har xil sinflariga oid antitanalar etakchi rol o'ynaydigan allergiya shakllari kiradi. Immunoglobulinlarning turi, immun jarayonning boshqa ishtirokchilari uning natijalariga qarab allergiyaning bir necha turi farqlanadi. Bular ichida IgE, IgI, IgM va boshqa gumoral omillar ishtirokida amalga oshuvchi V-limfotsitga bog'liq allergik reaksiyalar yaxshi o'rganilgan. V-limfotsitga bog'liq, immunoglobulinli gipersezuvchanlik reaksiyalarini sensibillashgan organizmning ushbu antitanalarni tutgan zardobi yordamida boshqa organizmga» ko'chirib o'tkazish» mumkin. Allergiyaning bunday hosil qilish uni «passiv ko'chirish» deb nomlanadi.

T-limfotsitga bog'liq guruxga patogenezida T-limfotsitlar va ular ishlab chiqaradigan fiziologik faol moddalar (limfokinlar etakchi rol o'ynaydigan allergik reaksiyalar kiradi. Limfokinlar allergik reaksiyalar mexanizmida vositachilar-mediatorlar rolini bajaradi. Bunday reaksiyalarning sababchilari quyidagilar bo'lishi mumkin: yot to'qimalar oqsili va hujayralari, chunonchi mahalliy qo'llaniladigan dorilar (masalan, antibiotiklar), mikroorganizmlarning antigenlari. Bunday turdagi allergik holat kasaldan sog'lom odamga faqat sensibillangan limfotsitlar yoki bunday hujayralar «ekstrakti» orqali (masalan, qon quyilganda yoki zardob preparatlari yuborilganda) passiv o'tkazilishi mumkin.

Sensibillangan organizmga antigenning qayta ta'siridan so'ng (uni ko'pincha «hal etuvchi» deb nomlaydilar) klinik belgilarning rivojlanishiga ko'ra allergik reaksiyalar shartli ravishda uch turga bo'linadi:

- allergik tezkor reaksiyalar (ATR)
- allergik kechiqkan reaksiyalar (AKR)
- allergik sekinlashgan reaksiyalar (ASR)

ATR tipi klinik jihatdan organizm allergen bilan kontakt qilgach o'sha zahotiy oq yoki bir necha daqiqadan so'ng namoyon bo'ladi (masalan, allergik rinit, kon'yunktivit, anafilaktik shok).

AKR tipi «hal etuvchi» antigen bilan kontaktdan so'ng bir necha soat (odatda 5-6-soatdan kechiqmay) o'tgach aniqlanadi. (Masalan, allergik genezli gemolitik anemiya, zardob kasalligining ayrim shakllari).

ASR tipi sensibillangan organizmga allergenni hal etuvchi ta'siridan bir necha soatlar yoki kunlar o'tgach aniqlanadi (masalan, tuberkulin reaksiyasi, kontaktli dermatit).

Barcha gipersezuvchanlik reaksiyalari rivojlanish mexanizmlarining o'ziga xosligiga ko'ra bir necha turga bo'linadi. Bu masala bo'yicha juda ko'p munozaralar, baxslar, hatto so'nggi vaqtgacha ayrim chalkashliklar va taklif etilgan «nusxalar» bor. Ammo shuni ta'kidlash lozimki, bu masalani ishlab chiqishga R. Djil va R. Kumbs (1963 y.) katta hissa qo'shganlar va ular allergik reaksiyalar tasnifi mezonlarini ishlab chiqqanlar. SHunga ko'ra bu ko'pincha ularning nomi bilan ataladi. Ular avvalo allergiyaning 4 turini farqlaganlar, keyinchalik 5-turi qo'shildi. 1,2,3 va 4 tur reaksiyalar antigenning sensibillashgan organizm gumoral antitanalari bilan reaksiyaga kirishishi natijasida rivojlanadi (bu turlarga tezkor, kechiqkan, sekinlashgan allergik reaksiyalar kiradi). Gipersezuvchanlikning 4-tur reaksiyasi asosan sensibillashgan hujayralar - T-limfotsitlar, shuningdek makrofaglar ishtirokida amalga oshadi. (Bu turga ASR tipi kiradi)

1-tur allergik reaksiyalar. Bu turni anafilaktik, atopik yoki reagenli deb ataydilar. Bu tur asosan IgE (reaginlar) ishtirokida amalga oshadi. Undan tashqari, 1-tur allergik reaksiya rivojlanishida IgS 1-4 (odamda 1&O 4 bo'lsa kerak) subpopulyasiyalari ishtirok etishi mumkin, ammo ularning «patogenetik hissasi» IgE nikiga nisbatan uncha katta ahamiyatli emas.

Allergenning (ko'pincha bu o'simliklar, o'tlarning komponentlari SKS ning hujayralari bilan) birinchi kontakti antitanalar ishlab chiqarish bilan kuzatiladi. Ular esa sitoplazmasi eng ko'p IgE retseptorlariga ega bo'lgan to'qimalarning to'q («semiz») hujayralari va bazofillarining yuzasiga o'rnashadi. Bunday retseptorlarning ma'lum bir mikdori trombositlar, makrofaglar, silliq mushaklar to'qimasi hujayralarining yuzasi - sathida ham bor deb hisoblaydilar.

O'sha allergenning organizmga qayta ta'siri bazofillar, semiz va boshqa to'qimalarning hujayra membranalarida joylashib olgan antitanalar bilan o'zaro reaksiyaga kirishishi kuzatiladi.

Bu hujayralarni faollashtiradi va ular ilgari sintezlagan hamda yangi xosil bo'ladigan yuqori faol birikmalar - allergiya mediatorlari (gistamin, serotonin, kinin, leykoprotein, geparin, prostaglandin, proteazalar, xemotoksin omillar va q.k.) sekretsiyasining kuchayishini shartlaydi. Hujayralarning bevosita shikastlanishi va ular ajratgan mediatorlar ta'sirining oqibati qo'shni hamda qon tomir devori hujayralarining membranalari o'tkazuvchanligining ortishi, to'qimalarning shishishi, tomir devori, to'qima hamda organlarining silliq mushak hujayralari qisqarishini, bezlarning gipersekretsiyasini, nerv retseptorlari qo'zg'alishini shartlaydi. Bu va boshqa natijalarning u yoki bu ko'rinishda birga kelishi allergiya ayrim shakllarining, klinik ko'rinishlarini belgilaydi. Bunday mexanizm ko'pincha bronxial astmaning allergik shakllari, kon'yunktivit, toshma, dermatit, anafilaktik shok va atopik reaksiyalar tarzidagi rivojlanish asosida yotadi.

Atopiyalarning (bir tur allergiyani shakllaridan biri) sabablari va rivojlanish mexanizmlari tahlil qilinganda, qonuniy ravishda allergiyaga nisbatan nasliy moyillik belgilari aniqlangan. Bu birinchi tur allergiyaning boshqa ko'rinishi-anafilaktik reaksiyalar uchun bunchalik darajada xos emas.

TT-tur allergik reaksiyalar. Bu tur sitotoksik yoki sitolitik deb nom olgan. U asosan S 1,2,3 (qisman IgM) sifatidagi antitanalar ishtirokida amalga oshadi.

Sitotoksik allergiya rivojlanishini chaqiruvchi antigenlar odatda 3 toifaga bo'linadi:

1. Hujayra membranasi komponentlari (ko'pincha qon hujayralari, spermatozoidlar va ayrim organlar - buyraklar, jigar, yurak, miya, ko'z, qalqonsimon bez, taloq hujayralari dir);
2. Organizm hujayralari yuzasiga ikkilamchi o'rnashgan hujayraga bog'liq bo'lmagan antigenlar (ba'zi bir dori vositalari, mikroorganizmlarning bo'lakchalari, metabolitlar);
3. To'qimalarning nohujayraviy tuzilmalari (masalan, buyrak ko'ptokchalari kollagen mielin bazal membranasi antigenlari).

Hujayraga taalluqli bo'lmagan tuzilmalarning allergik reaksiyalarga jalb etilishi ko'pincha yaqinda joylashgan to'qima hujayralarining lizisi bilan kuzatiladi.

Antigen bilan kontaktda hosil bo'ladigan antitanalar sitolemmaga o'rnashadi, ularni shikastlaydi va emirilishini chaqiradi.

Ana shunday mexanizm bo'yicha gemolitik anemiyaning, trombositopeniyalar, leykopeniya hamda azospermiyaning (spermatozoidlarning emirilishi va ularning spermada bo'lmasligi) allergik shakllari rivojlanadi.

Organizmnining shikastlanmagan hujayralarida yot begona antigen va gaptenlar (ko'pincha dori vositalari, masalan, oltin preparatlari, antibiotiklar, sulfanilamid preparatlari, viruslar, bakteriyalar, parazitlarning komponentlari yoki metabolitlari) o'rnashib qolgan hollarda ularga nisbatan hujayrada «o'tirib» qolgan antigen bilan kompleks hosil qiluvchi antitanalar ishlab chiqariladi. Bunda faqat begona antigen «neytrallanibgina» qolmay, balki organ va to'qimaning normal hujayrasi ham lizisga uchraydi. Ana shunday mexanizm bo'yicha rivojlanuvchi ikkinchi tur allergiyaga miokardit, endokardit, ensefalit, tireoidit va gepatitning allergik shakllarini kiritish mumkin. Hujayrasiz tuzilmalarda, masalan buyrak ko'ptokchalari, ularning kanalchalari bazal membranalarida, nerv o'zanlarining hamda tomirlarining «pardalarida» antigenlar paydo bo'lganda hosil bo'luvchi antitanalar ushbu antigenlar bilan o'zaro reaksiyaga kirishishi ham membrananing o'zini hamda unda joylashgan hujayralarni shikastlaydi.

Anafilaktik shok

Klinikasi

Anafilaktik shokning klinik ko'rinishi turli odamlar uchun farq qiladi va keng tarqalishi mumkin. Anafilaktik shok engil shaklda yuzaga keladi va engil umumiy simptomlar sifatida namoyon bo'ladi (kichkina, bronxospazm, nafas qisilishi).

Ko'pincha shokning ko'rinishi ko'proq xavfli ko'rinadi va yordam vaqtida ko'rsatilmagan bo'lsa, bemorning o'limiga olib kelishi mumkin.

Anafilaktik shokning dastlabki daqiqalarida qon bosimi keskin ko'tariladi, keyin pasayadi va nihoyat nolga tushadi. Ehtimol, keyinchalik kichkina bo'g'imlar bilan qattiq og'rishi, yuz va yuqori oyoqlarning shishishi. Qorin bo'shlig'ida, ko'ngil aynishi, qusish, ich ketishida paroxismal og'riqlar mavjud. Bemorning ongi chalkashadi, konvulsionlar mavjud, tana haroratining keskin ortishi, ichak tutilishining istaksizligi va siyish jarayoni sodir bo'lishi mumkin.

Shoshilinch tibbiy yordam bo'lmasa, o'lim nafas olish va yurakning buzilishidan kelib chiqadi.

Asosiy belgilari

Anafilaktik shok quyidagi asosiy belgilari bilan xarakterlanadi: (ba'zan bir necha soniyadan keyin) alerjene sabr, rangi o'chgan, tashvishli bo'ladi ta'sir zonklama bosh og'rig'i, bosh aylanishi, quloq shang'illashi shikoyat o'tmay. Uning tanasi sovuq ter bilan qoplangan, u boshdan kechiradi qo'rquv o'lim.

Anafilaktik shok birinchi shoshilinch yordam

Dorivor moddalarni kiritish to'xtatiladi.

Adrenalin 0.15-0.75 ml 0.1% eritma bilan 2-3 ml izotonik natriy xlorid eritmasi bilan qarshi maydonini tugating.

Landshaft holat, oyoq isitgichlari, bosh tomonga, pastki jag'i itarish uchun, tilni tuzatish uchun, iloji bo'lsa, kislorod yetkazib berishni boshlang.

Darhol tanitish:

Adrenalin 0,1% - 5 ml tomir ichiga purkagich;

Prednisolon 1 kg vazniga 0,5-1 ml, 40-60 ml gidrokortizon yoki 2,5 ml deksometazon (kortikosteroidlar antigen-antikor reaksiyasini bloklaydi);

Cordiamine 2,5% - 2 ml;

Kofein 10% - 2,0 (in'ektsiya Epinefrin va kofein, qon bosimini oshirish uchun har 10 daqiqada takrorlab.);

tachiqardiya bilan 0,05% eritma Strofantina yoki 0,06% eritma Korglucon;

antihistaminiklar: Suprastin 2% - 20 ml, Dimedrol 1% dan 5,0 ml gacha, Pipolphen 2.5% 2.0 ml. 20 daqiqadan so'ng, inyeksiyani takrorlang.

Bronxospazm va ishemik og'riq uchun - 2,0% - 10,0 ml Eulillinum, 10-20 ml 40% glyukoza yoki mushak ichiga 2,4% - 3 ml;

qon bosimi sezilarli darajada pasayadi, sekin - Mesaton 1% - 1,0 ml;

iM 0,5% - o'pka shishi va CLO belgilari bilan 10 ml ml sho'r 2,4-10,0 ml glyukoza 40% yoki 10 bilan 0,5 ml strofantina, vena ichiga Lasix 1% amal qilishi mumkin - 4,8 ampulalar;

yurak-tomirlar etishmovchiligi mavjud bo'lmagan holda, shish bilan birga tez ta'sir qiluvchi diuretiklar qo'llaniladi: 1 kg vazniga 0,03-0,05 ml tomir ichiga 2 tomchi Furasemid eritmasi;

konvulsion va kuchli ta'sirlanish bilan: Droperidol 2% - 2,0 ml yoki 0,5 ml dan 0,5 ml Seduxen;

nafas olish anormal bo'lsa - tomir ichiga Lobelin 1% - 0,5-1 ml;

kardiyak tutish intrakordagi bo'lsa, Adrenalin 0,1% - 1,0 ml yoki kaltsiy xlorid 10% dan 1,0 ml gacha buyuriladi. Yurakning yopiq massajini va sun'iy nafasni o'tkazing.

Davolash bronxial astma bolalar majburiy bo'lishi kerak. Bemorning birinchi mashg'ulotida bronxial patologiya tiklanishi kerak.

5-mavzu: Stomatolog amaliyotida shoshilinch holatlarda tezkor yordam (hushni yo'qotish, kollaps, koma).

1.1 Ta'lim berish texnologiyasining modeli.

Mashg'ulot vaqti -2 soat	Talabalar soni : 10-12 gacha
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashg'ulot
Amaliy mashgulot rejasi Reja: 1 Stomatolog amaliyotida shoshilinch holatlarda tezkor yordam (hushni yo'qotish, kollaps, koma)	Amaliy mashgulotning ksqacha annotatsiyasi Talabalarga stomatolog amaliyotida shoshilinch holatlarda tezkor yordam (hushni yo'qotish, kollaps, koma xakida tulik tushuncha berish.
O'quv mashg'ulotning maqsadi: 1.Stomatolog amaliyotida shoshilinch holatlarda tezkor yordam (hushni yo'qotish, kollaps, koma)	Maqsadi yoritiladi. 1. Stomatolog amaliyotida shoshilinch holatlarda tezkor yordam (hushni yo'qotish, kollaps, koma)ni urgatish
Ta'lim berish usullari	Multimedia, interfaol usullar
Ta'lim berish shakllari	Ommaviy, jamoaviy
Ta'lim berish vositalari	O'quv qo'llanma, elektron darslik, kompyuter, multimediyalar
Ta'lim berish sharoiti	Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash.	Og'zaki nazorat:savol-javob.

1.2. Amaliy mashg'ulotining texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti.	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchilar
Tayyorgarlik bosqichi 5 daqiqa	1.Auditoriya tozaligini nazorat qiladi 2.Talabalarni mashg'ulotga tayyorgarligini tekshiradi 3.Davomatni nazorat qiladi	Talabalar amaliy mashgulotga tayyor bulishi kerak, davomat tulik bulishi kerak
1. Mavzuga kirish (5 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	Talabalar tinglaydilar
2 – asosiy bosqich (60 daqiqa)	1. Talabalarni kichiq guruhlarga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni beradi. "Akademik polemika" usuli	Kichiq guruhlarga bo'linadilar Tomosha qiladilar

		Qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar
3-yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. YAkunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi
Jami: 80 daqiqa , 2 soat		

Boshqa fanlar bilan integratsiyasi

SHu mavzuni o'qitishda talabalarning normal fiziologiya, patologik fiziologiya, patologik anatomiya, ichki kasalliklar propedevtikasi, farmakologiya bo'yicha o'zlashtirgan bilimlariga asoslanadi.

Mavzu bayoni

5-mavzu: Stomatolog amaliyotida shoshilinch holatlarda tezkor yordam (hushni yo'qotish, kollaps, koma).

O'tkir tomir etishmovchiligi – obmorok yoki kollaps ko'rinishida paydo bo'ladi. Obmorok (hushdan ketish, hushsizlik) – qisqa vaqt davom etuvchi hushini yo'qotish bo'lib, vaqtincha bosh miyaning qon bilan ta'minlanmay qolishidan kelib chiqadi. Kollaps – o'tkir tomir etishmovchiligi bo'lib, tomirlar tonusining birdan pasayib ketishi va aylanayotgan qon hajmining nisbiy kamayishiga aytiladi.

YUIK ning quyidagi formalari mavjud:

- stenokardiya; miokard infarkti;
- o'tkir koronar etishmovchiligi (buning tipik belgilaridan biri koronar aterosklerozi bo'la turib, to'satdan o'lib qolishdir);
- og'riqsiz formasi, bu forma qon aylanishining etishmovchiligi yoki yurak ritmining izdan chiqishi bilan namoyon bo'ladi.

Turli xil shikastlanish, jarohatlanish, baxtsiz hodisa va og'ir kasalliklarda o'lim darhol sodir bo'lmaydi. Haqiqiy yoki biologik o'lim davriga o'tish, malum bir davr bilan xarakterlanadi. Bunda yurak faoliyati va nafas olish yo'qoladi, lekin shu vaqt ichida bosh miya po'stloqlari to'qimlarida qaytmas jarohatlanishlar yuz bermagunga qadar, shu vaqt ichida organizmni tiriltirib olsa bo'ladi. Ushbu davrni klinik o'lim davri deb atashadi. Klinik o'lim davrida organizm tashqi ko'rinishdan hayot belgilari yo'qligi, yurak urmasligi, nafas olish, muskul tonusi yo'qligi, ko'z qorachig'i yorug'likni sezmasligi, teri qoplaminig oqarib yoki ko'karib ketishi kuzatiladi. Jarohatlangan hayotini saqlab qolish uchun 4-6 daqiqadan kechiqmagan vaqtda jonlantirishni boshlashga ulgurish kerak. Har bir talaba quyidagi asosiy reanimatsion (organizmni tiriltirishga qaratilgan) chora-tadbirlarni o'tkazishni bilishi shartdir; o'pka sun'iy ventilyasiyasi (sun'iy nafas berish) va yurak yopiq massajini o'tkazish. Bular nafas olish va qon aylanishini tiklashga yordam beradi. Stomatologiya anesteziyasidan keyingi holatlarda shifokorning harakatlari.

SHok o'tkir yurak tomir etishmovchiligining ko'rinishi bo'lib, kuchli ekzogen va endogen ta'sirlar natijasida organizmning himoya va javob reaksiyasi hisoblanadi. SHok tasnifi bo'yicha bo'linadi:

- gipovolimik shok (qon hajmini kamayishi natijasida);

- ogʻriqli shok; - kardiogen shok (yurak-tomir kasalliklarda asoslangan);
- septik shok (bakterimiya va yuqumli kasalliklarda asoslangan); - anafilaktik shok (alergenlar taʼsirida);
- diabetik shok (diabetik giperglikemiya va gipoglekemiya); - neyrogen shok (asab sistemasini shikastlanishi);
- elektrik shok;
- toksik shok sindromi.

Anafilaktik shok - bu tezkor tipdagi anafilaktik reaksiyaning eng ogʻir va eng mudhish asoratlaridan biri hisoblanadi. U organizmga har xil yoʻllar bilan oqsil va nooqsil tabiatli antigenlarning tushishi orqali roʻy beradi. Anafilaktik reaksiya organizmga dori preparatlari, jumladan, antibiotiklar, diagnostika preparatlari kiritilganda, hasharotlar chaqishi oqibatida, kam hollarda esa oziq-ovqat mahsulotlaridan soʻng ham rivojlanishi mumkin.

Tibbiy punktga shoshilinch yordam tamoyillari.

1. Organizmga allergen tushishini toʻxtatish.
2. Bemorni tekis joyga yotqizish, toza havo kelishini taʼminlash, kislorod berish, tilning orqaga ketishini, aspiratsiyaning oldini olish.
3. YUqori nafas yoʻllari oʻtkazuvchanligini taʼminlash.
4. Adrenalin 0,1%-0,5 yoki 1,0 ml yuborish. Teri orasiga, vena ichiga va ingalyasiya yoʻli bilan yuborish mumkin. Adrenalin qachonki shok diagnozi tasdiqlangandagina yuboriladi.
5. Glyukokortikosteroidlarni qoʻllash - tomir oʻtkazuvchanligini pasaytirish, membrana stabillovchi, antigistamin, simpatomimetik taʼsirlari tufayli qoʻllash maqsadga muvofiq hisoblanadi.

Koma holatlari.

Koma holatlarida birinchi tibbiy yordam koʻrsatish(2 soat) Koma (yunonchadan koma-qattiq uyqu) - bu oʻtkir serebral etishmovchilik boʻlib, hushning, hayotiy muhim aʼzolar faoliyati boshqarilishining buzilishi,nevrologik va vegetativ buzilishlar, tashqi atrof muhit taʼsirini sezmaslik bilan kechadigan patologik holat. Hushning miqdoriy buzilishlariga tasnifi boʻyicha quyidagi oʻzgarishlar kiradi:

Koma I (yuzaki)-hushning yoʻqligi, bemorni umuman uygʻotib boʻlmaydi. Ogʻriqli taʼsirotlarga xaotik, koordinatsiyalashmagan, oyoq qoʻllarni bukish yoki yozish bilan javob qaytaruvchi distonik harakatlar. Koʻz reflekslari: siliar, korneal, qorachiq reflekslarining saqlanganligi, oral avtomatizm va patologik tavon reflekslarining paydo boʻlishi, chanoq aʼzolari nazoratining yoʻqligi, nafas va yurak - qon tomir tizimi tomonidan engil buzilishlar boʻlishi mumkin.

Koma II (chuqur)-hushning yoʻqligi, himoya reaksiyalarining boʻlmasligi, mushak tonuslarining buzilishi (gormetoniya bilan toʻliq diffuz gipotoniya), pay reflekslarining pasayishi, koʻz reflekslari sust yoki umuman chaqirilmaydi, chuqur nafas olish buzilishlari, baʼzan spontan nafas saqlangan, yurak-qon-tomir tizimi dekompensatsiyasi.

Koma III (terminal) - agonal holat, toʻliq atoniya, arefleksiya, ikki tomonlama midriaz, vital funksiyalar sunʼiy boshqariladi. Koma tabiati aniqlanganda patogenetik davolash qilinadi. Koma xolatining barcha bosqichlarida reanimatsion chora-tadbirlar qoʻllaniladi. Zudlik bilan nafas yoʻllari oʻtkazuvchanligi, nafas va qon aylanishi tekshiriladi. Bir vaqtning oʻzida intubatsiya va suʼniy ventilatsiya zaruriyati haqida qaror qabul qilinadi.

Oʻtkir tomir etishmovchiligi – obmorok yoki kollaps koʻrinishida paydo boʻladi. Obmorok (hushdan ketish, hushsizlik) – qisqa vaqt davom etuvchi hushini yoʻqotish boʻlib, vaqtincha bosh miyaning qon bilan taʼminlanmay qolishidan kelib chiqadi. Obmorokda toʻsatdan bosh aylanish,

darmonsizlik, o'zini yomon his qilishi, ko'z oldi qorong'lashuvi, quloqlarida shang'illash eshutilishi, ko'ngil aynishi kuzatiladi. Bemor tanasining rangi obmorok boshlanishidan oldin oqaradi so'ng ko'zi mayus holda bir nuqtaga tikiladi, to'satdan o'zini bilmagan holda yiqiladi. Obmorok bir necha soniyadan 2-3 daqiqagacha davom etadi. Uzoq davom etuvchi obmorok hayot uchun xavfli. Obmorok boshlanganda albatta shifokorni chaqirish zarur, shifokor kelguncha kasalning boshi pastroq oyog'i baland qilib yotqizish kerak. YAxshi nafas olishi uchun belidagi kamari echilishi, toza havo kelishini taminlash uchun bo'yin tugmasi echilishi, xona ichida bo'lsa deraza oynalari ochilishi zarur. Oyoq tagiga iliq rezinali (grelka) qo'yiladi. Bemorni obmorokdan olib chiqish uchun yuziga sovuq suv sepish yoki navshadir spirti hidlatish zarur.

Kollaps – o'tkir tomir etishmovchiligi bo'lib, tomirlar tonusining birdan pasayib ketishi va aylanayotgan qon hajmining nisbiy kamayishiga aytiladi. Kollapsda bemorning umumiy ahvoli yomonlashib kamdarmon, qaltirash, ko'z oldi qorong'lashishi, quloqlarida shang'illash eshutiladi, boshi aylanadi, tanasi sovuq ter bilan qoplanadi, lekin oyoq-qo'llari issiq bo'ladi, sababi qon periferiyaga taqsimlanadi. Teri qoplamasining oqarishi sekinlik bilan ko'karadi, puls tez uradi. Ba'zan noto'g'ri urib, nafas yuzaki va tez, ko'z qorachig'i kengaygan, tana harorati +35°S ga tushib ketadi. Kollaps holati rivojlanganda, bemorni jismoniy va ruhiy tinchlantirish uchun sharoit yaratilishi lozim, u isitiladi, oyog'ini ko'targan holatda yotqizib qo'yiladi hamda qon tomirlarni harakatga keltirib markazga ta'sir qiluvchi dorilar (kamfora, kofein, kordiamin va boshqalar) teri ostiga yuboriladi. Bemorni gospitalga yotqizish kerak. Bemorni zambilga yotqizgan holda, shifokor yoki feldsher nazorati ostida, sanitariya mashinasida gospitalga olib boriladi. Olib borish vaqtida bemorning hol-ahvoliga qarab davolash chora-tadbirlari o'tkaziladi.

O'TKIR NAFAS ETISHMOVCHILIGI

Sabablari:

- a) Nafas yullari yalliglanishi (bronxit, laringit, traxeit, faringit, rinit,atelektaz).
- b) Nafas yullariga yot jismlar, usmalar tikilishi.
- v) Nafas yullarining kon, suv, kusus moddalari bilan berkilib kolishi
- g) Pnevmoniya, plevrit, pnevmotoraks, diafragma kasalliklari.
- d) Markaziy nerv sistemasi jaroxdtlari, kasalliklari.
- e) Nafas sistemasi jaroxatlari, kasalliklari.
- j) YUrak-kon tsmir sistemasi kasalliklari.
- z) Moddalar almashinuvining buzilishi.

Belgilari:

I daraja - utkir nafas etishmovchiligi: lab ozgina kukargan teri okargan, beyuvalik, nafas tezlashgan, yuzaki 25-29 tagacha, pul tezlashgan 80-91 tapcha, kon bosimi 160/120 mm.sim.ust.gacha kutarilgag

II daraja - utkgr nafas etishmovchiligi: x,ansirash, kukarish aniq engil terlash, bezoztalik, nafas tezlashgan, yuzaki 20-23 martagach; puls 84-96 martagacha, kon bosimi 160/120 mm.sim.ust.dan baland.

III daraja - o'tkir nafas etishmovchiligi: kuchli hansiran akrotsionoz, sovuq, terlash, qul-oyoqlar sovuq, nafasda yordamchi muskullar faol qatnashadi. Bezovtalanish, sungra karaxtlik. Nafas yuzaki, tezlashgan 25-27 martacha, puls 90-100 martagacha, kon bosim 160/120 mm.sim.usg.gacha.

IV daraja - ukir nafas etishmovchiligi: gipoksik koma xolat. Bemor balikdek havo yutadi, ogzi ochiq, talvasa bulishi mumkin, majburiy holat. Kuchli akrotsionoz kuzga tashlanadi. Xushi

noaniq: nafas olishda kukrak kafasi kutarilib tushadi, puls 85-95 tagacha. Kon bosimi 170/125 mm.sim.ust.gacha kutarilgan

6-mavzu: Stomatolog amaliyotida shoshilinch holatlarda tezkor yordam (anafilaktik shok).

1.1 Ta'lim berish texnologiyasining modeli.

Mashg'ulot vaqti -2 soat	Talabalar soni : 10-12 gacha
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashgulot
Amaliy mashgulot rejasi Reja: 1.Anafilaktik shok. Klinik variantlari, kechishi tashxislash, davolash usullari 2.Zardob kasalligi etiopatogenzi, klinikasi, tashxislash va davo choralari.	Amaliy mashgulotning ksqacha annotatsiyasi Talabalarga anafilaktik shokning klinik kurinishi, klinik variantlari, qon aylanish doirasida buladigan uzgarishlar, xamda anfilaktik shokda odam a'zolarida sodir buladigan xaddan tashkari murakkab jarayonlar rivojlanishi, uning boskichlari xakida tulik tushuncha berish. Zardob kasalligi klinik kurinishi, tomirlarda va biriktiruvchi tukimalardagi uzgarishlar xakida tulik tushuncha berish
O'quv mashg'ulotning maqsadi: 1. Zardob kasalligi mavzusi bo'yicha amaliyot bilimlarini rivojlantirish 2. Anafilaktik shok mavzusi bo'yicha bilim darajalarini rivojlantirish	Maqsadi yoritiladi. 1.Anafilaktik shok. Klinik variantlari, kechishi tashxislash, davolash usullarini urgatish 2.Zardob kasalligi etiopatogenzi, klinikasi, tashxislash va davo choralari chukur urgatish
Ta'lim berish usullari	Multimedia, interfaol usullar
Ta'lim berish shakllari	Ommaviy, jamoaviy
Ta'lim berish vositalari	O'quv qo'llanma, elektron darslik, kompyuter, multimediyalar
Ta'lim berish sharoiti	Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash.	Og'zaki nazorat:savol-javob.

1.2. Amaliy mashg'ulotining texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti.	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchilar
Tayyorgarlik bosqichi 5 daqiqa	1.Auditoriya tozaligini nazorat qiladi 2.Talabalarni mashg'ulotga tayyorgarligini tekshiradi 3.Davomatni nazorat qiladi	Talabalar amaliy mashgulotga tayyor bulishi kerak, davomat tulik bulishi kerak
1. Mavzuga kirish (5 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	Talabalar tinglaydilar

2 – asosiy bosqich (60 daqiqa)	1. Talabalarni kichiq guruhlariga bo‘lib, mavzu bo‘yicha savollarni beradi. "Venn diagrammasi" usuli Venn diagrammasi - 2 va 3 jihatlarni hamda umumiy tomonlarini solishtirish yoki taqqoslash yoki qarama-qarshi qo‘yish uchun qo‘llaniladi. Tizimli fikrlash, solishtirish, taqqoslash, tahlil qilish ko‘nikmalarini rivojlantiradi. Venn diagrammasi tuzish qoidasi bilan tanishadilar. Alohida kichiq guruhlarda diagramma Vennani tuzadilar va kesishmaydigan joylarni to‘ldiradilar. Juftliklarga birlashadilar, o‘zlarining diagrammalarini taqqoslaydilar va to‘ldiradilar. Doiralarni kesishuvchi joyida, ikki/uch doiralar uchun umumiy bo‘lgan, ma’lumotlar ro‘yxatini tuzadi.	Kichiq guruhlariga bo‘linadilar Tomosha qiladilar Qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar
3-yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi
Jami: 80 daqiqa , 2 soat		

Boshqa fanlar bilan integratsiyasi

SHu mavzuni o‘qitishda talabalarning normal fiziologiya, patologik fiziologiya, patologik anatomiya, ichki kasalliklar propedevtikasi, farmakologiya bo‘yicha o‘zlashtirgan bilimlariga asoslanadi.

Mavzu bayoni

6-mavzu: Stomatolog amaliyotida shoshilinch holatlarda tezkor yordam (anafilaktik shok)

Anafilaksiya grek suzidan olingan bulib, ana – yana, aphyllaxis – ximoyasiz, ya’ni ximoya kila olmaydigan degan ma’noni bildiradi

Anafilaktik shok yurak qon aylanish doiralarning o‘tkir buzilishi okibatida kuyidagi belgilar bilan namoen buladi:

teri rangining okish kukimtir eki marmarsimon rangga kirishi, sovuq ter bosishi.

tirnok osti satxida qon okishining xaddan tashkari sekinlashuvi,

xalovatsizlik, es xushning xiralashuvi – dispnoe,

siydik mikdorining kamayishi, yaxni kam siyish- oliguriya.

Tomir urishining tezlashuvi – taxikardiya,

Qon bosimining pasayib ketishi kabi xolatlar ana shular jumlasidandir

Anafilaktik shokning kelib chiqish sabablariga karab, dori-darmonlarni kullash okibatida kelib chiqadigan anafilaktik shok, zardob xamda vaksinalarni kullash natijasida yuzaga keladigan shok, allergik ovqat lar, xasharotlarning chakishidan vujudga keladigan shoklar fark kilinadi.

H, P.Schuster H ,Schonborn .R,Ianer(1975) anafilaktik shok sabablarini 2 turkumga buladilar :

1 Tashxis (diagnostika) va davolash maksadida ishlatiladigan vositalar :

-dori-darmonlar.immun zardoblar:

-uzida yod saklagan rentgen kontrast moddalar va boshka turli testlar uchun

-teri orqali allergik kasalliklarni davolash va aniqlash maksadida ishlatiladigan allergenlar kolloid xolatdagi qon urnini bosuvchilar qon qo'yish xamda shu qo'yish jaraenida yul kuyilishi mumkin bulgan xatoliklar

2. Xayvonlar zaxari:

asalari,oddiy beli ingichka ari,kovokari va boshkalar chakkanda.

Yuqorida qayd qilingan sabablar orasida dori-darmonlarni ishlatish natijasida kelib chiqadigan allergik xolatlardan anafilaktik shok birinchi urinda turadi.YU.P.Borodin (1973) ma'lumotlariga qaraganda,dori-darmon bilan davolash oqibatida kelib chiqqan anafilaktik shok xotlari 10dan 30 foizgacha ulim bilan tugagan.

Dori-darmonlar ishlatishdan kelib chiqadigan anafilaktik shokni ularning tutgan urniga qarab quyidagilarga bulish mumkin:

tabiiy (penitsillin,bitsillin) va yarim sintetik penitsillinlar (oksatsillin,ampitsillin va boshqalar) guruxi;

tetratsiklin guruxiga kiruvchi dori-darmonlar (tetratsiklin,randomitsin, metatsiklin, morfotsiklin, glikotsiklin va boshqalar) guruxi.

Fenotiazin va ba'zi bir xil gistaminlar qarshi ishlatiluvchi dorilar (aminazin va uning analoglari, pipolfen, diprazin),

Streptomitsin va aminoglikozidlar (neomitsin, kanamitsin, gentamin va boshqalar) guruxi.

O'z tarkibida yod saqlaydigan barcha dori- darmonlar (lyugol eritmasi, sayodin kontrast dorilar), Vitamin V 1 (tiamin bromid) va kokarboksilaza,

Barbituratlar (fenobarbital va boshkalar) guruxiga kiruvchi dorilar,

Pirazonon turkumiga kiruvchi dorilar (analgin, antipirin, amidopirin, butadion), atsetilsalitsilat kislotasi va fenilpropionatlar (brufen va boshqalar),

Novokain, sulfanilamid va uning turkumiga kiruvchi dorilar,

Etilendiamin(suprastin va boshqalar) guruxi bilan eufillin guruxi,

Sefalosporin guruxi.

Kasallikning rivojlanishi.

Ma'lumki, anafilaktik shok tez o'tadigan ximergik ko'rinishdagi allergik jarayon turiga kiradi.

A.A. Polner (1973) fikricha, ximergik ko'rinishdagi hamma allergik reaksiyalarga, shu jumladan, odam tanasida sodir bo'ladigan anafilaktik shokka ikkita asosiy xususiyat sodir etgan :

1. qonda aloxida ko'rinishdagi antitanalar (reaginlar yoki IgE ga bog'liq antitanalar) ning aylanib yurishi,

2. allergik kasalliklarga irsiy moyillik (konstitutsiya yoki A.D.Ado bo'yicha allergik konstitutsiya) bo'lgan kishilarda allergik reaksiyaning rivojlanishi.

Odam organizmining turli allergenlarga nisbatan sezgirligining oshib ketishi turli muolajalar qilish, ogiz orqali, nafas yo'llari ga dori-darmonlar purkash yo'llari bilan davo qilinadi.

Anafilaktik shokda odam a'zolarida sodir bo'ladigan haddan tashqari murakkab jarayonlar rivojlanishini

3 bosqichga bo'lish mumkin:

1) immunologik bosqich,

2) biokimeviy bosqich,

3) anafilaktik shok belgilari keng yuzaga chiqqan kasallik fiziologiyasi bosqichi.

Keyingi vaqtda doriga bo'lgan allergik reaksiyalar tobora ko'payib bormokda

G.V.Grebnevning boshqa mualliflar bilan keltirgan ma'lumotlariga ko'ra (1991), keyingi 2 yil ichida allergik kasallikka uchragan 617 bemordan 171 ta bolada dori va zardoblarga nisbatan sezgirlik oshib ketganligi aniqlanadi.

Har xil kasalliklarni davolashda ishlatiladigan antibiotiklar ichida penitsillindan kelib chiqadigan anafilaktik shok yuqori foizni tashkil qiladi. Hozirgi kunda bu 0,6 dan 16 foizgachadir.

Dori-darmonlar ishlatishdan kelib chiqadigan anafilaktik shokni ularning tutgan o'rniga qarab quyidagilarga bo'lish mumkin:

1) tabiiy (penitsillin, bitsillin) va yarim sintetik penitsillinlar (oksatsillin, ampitsillin va boshqalar) guruxi;

2) tetratsiklin guruxiga kiruvchi dori-darmonlar (tetratsiklin, rondonitsin, metatsiklin, morfotsiklin, glikotsiklin va boshqalar) guruxi.

3) Fenotiazin va ba'zi bir xil gistaminlar qarshi ishlatiluvchi dorilar (aminazin va uning analoglari, pipolfen, diprazin),

4) Streptomitsin va aminoglikozidlar (neomitsin, kanamitsin, gentamin va boshqalar) guruxi.

5) O'z tarkibida yod saklaydigan barcha dori-darmonlar (lyugol eritmasi, sayodin kontrast dorilar),

7) Barbituratlar (fenobarbital va boshqalar) guruxiga kiruvchi dorilar,

8) Pirazon turkumiga kiruvchi dorilar (analgin, antipirin, alidopirin, butadion), atsetilsalitsilat kislota va fenilpropionatlar (Srufen va boshqalar),

9) Novokain, sulfanilamid va uning turkumiga kiruvchi dorilar,

10) Etilendiamin (suprastin va boshqalar) guruxi bilan eufillin guruxi

11) Sefalosporin guruxi.

Adabiyotda anafilaktik shokning ogir ko'rinishi dori-darmonlarni juda oz miqdorda ko'llaganda ham yuzaga kelganligi haqida ma'lumotlar bor.

-Penitsillin antibiotigini ishlatish maqsadida qo'llanilgan shprits, terilizator xam anafilaktik shok xastaligini boshidan kechirgan bemorlar uchun o'ta xavflidir. Odatda anafilaktik shok konstitutsiyasida anomaliyasi bo'lgan xam; i allergik kasalliklarga moyilligi bor bolalarda yoki katta yoshdagi kishilarda sodir bo'ladi.

Xasharotlar chaqishi oqibatida tana sezgirligining oshib ketishi E.Rayk (1966) ma'lumoti bo'yicha 5%ni tashkil qilgan bo'lsa, xozir bu ko'rsatkich Birmuncha Ko'paygan.

AKSH da 1956 - 1959 yillardayoq xasharotlar chaqishi oqibatida 220 ta odatda o'lim yuz bergan. Keyingi vaqtda bizning tibbiyot jurnallarimiz saxifalarida ham xasharotlar chaqishidan kelib chiqadigan anafilaktik shok xaqida ko'plab ma'lumotlar e'lon qilinmoqda.

Respublika bolalar allergik kasalliklari oqibatida yuz bergan xar xil ko'rinishdagi allergik reaksiyalarning 2 tasida anafilaktik shok xolati uchraydi.

Xasharotlar chaqishidan kelib chiqadigan javob jarayoni allergik reaksiyalardan iboratligi xammaga ravshan. Xasharotlar chaqishi oqibatida kelib chiqadigan anafilaktik shok dori liergiyasi oqibatida yuzaga keladigan belgilardan fark qilmaydi, lekin xasharotlar zaxarining o'ziga xos xususiyatlari xam bor.

Xasharotlar zaxari ichida asalari zaxarigina o'rganilgan, xolos. Asalari zaxari (apitoksin) - asalarining maxsus bezlari (apis) ning maxsulidir. Apitoksinning ta'sir qismi oqsil modsa bo'lmish mellitin va 18 ta murakkab aminokislotalardan iborat. Asalari zaxaridan 2 fosfolipaza A fermenti va gialuronidaza xamda atsetilxolin, gistamin va juda oz miqdorda boshqa kimyoviy elementlar ajratilgan. Ko'pchilik holalarda xasharotlar chaqishidan kelib chiqadigan allergik

jaraen asta -sekin boshlanadi. Avvaliga xasharot chakkan soxada makalliy jarayon shish ko'rinishida, eshakem, Kvinke shishi, nafas kisish xuruji sifatida namoyon bulib, so'ngra xar xil ogirlikdagi anafilaktik shok xodisalari yuz berishi tajribada kurilgan. Anafilaktik shokning kelib chiqishida ovqat allergiyasining urni qanday?

Allergenli ovqatlar xisoblanmish sigir suti, yongoq, tuxum, pista, pistabodom, pishloq, baliq, shokolad, moshli (moshxurda, moshkichiri) taomlar, kofe, kakao, tomatlar, qo'ziqorinlar, sitrusli mevalar (limon, apelsin, mandarin, xurmo) asal, tovuk gushti, pepsi-kola, koka-kola, tarxun kabi ichimliklarni iste'mol qilish natijasida kelib chiqqan anafilaktik shok jumhuriyat bolalar allergik kasalliklari yillik tajribasida uchramadi.

Tibbiy adabiyotda kasallikni aniqlash maqsadida ishlatiladigan ovqat allergenlariga nisbatan bitta-ikkita misollar bor xolos.

1963 yilgacha bo'lgan tibbiy adabiyotlarda ko'krak yoshidagi bolalardan 40 tasida sigir sutiga nisbatan, to'grirogi V-laktoglobulinga nisbatan anafilaktik shok yuz berganligi qayd qilingan.

Sovuq havoga nisbatan allergik sezgirlik bor bolalarda tananing katta qismiga sovuq ta'sir qilganda (daryo yoki dengizda cho'milish vaqtida) anafilaktik shok yuz berishi mumkinligini A.D.Ado va YU.A. Poroshina (1976) qayd qilib o'tganlar.

Allergik kasalliklarni davolash jarayonida maxsus sezgirlikni pasaytirish usuli (spetsifik giposensibilizatsiya) 1911 yildan, ya'ni Noon va Freeman bu usul taklif qilganlaridan buyon 20 marta o'lim bilan tutagan anafilaktik shok sodir bo'lgan.

Respublika bolalar allergik kasalliklari markazida 20 yil mobaynida maxsus giposensibilizatsiya olgan 700 nafar bemordan atigi bittasida anafilaktik shok xolati sodir bo'lgan.

Davolash

Anafilaktik shokni davolash oson ish emas. Bunda xar bir daqiqa kimmatli bulib, uni kuldand boy bermaslik darkor. SHifokor saviyasining pastligi xamda anafilaktik shokka qarshi kurashni tashkil qila olmaslik va uning bemor tepasida esankirab qolishi davoning muvaffakkiyatsiz chiqishiga olib kelishi muqarrar. Anafilaktik shokda bemorga quyidagicha yordam ko'rsatilishi kerak.

1. Bemorga yordam ko'rsatish uchun ikkita shifokor va tajribali xamshira kerak. Bir shifokor kasalning qon bosimini ulchash bilan band bo'lsa, ikkinchi shifokor bemorga dori darmonlar buyurib, uni xamshira yordamida amalga oshirish bilan shugullanadi.

2. Bemorning qoniga shokka sababchi allergenning tushishini albatta tuxtatish darkor. Buning uchun dori yuborilgan yoki xasharot chaqqan joydan yuqorida jgut boglanadi.

3. Anafilaktik shok xolatida dori-darmonlar ichida yordam berib, ulimdan olib koladigan adrenalini va uning guruxidagi preparatlar xisoblanadi. SHuning uchun xam shifokor anafilaktik shokda bemor ogir xavfli xolatdan chiqib, qon bosimi ko'tarilgunga kqdar adrenalini qo'llanilishi kerakligini unutmasligi lozim. Avvalo xasharotlar chaqqan joy atrofiga teri ostiga, mushak orasiga 0,1% 0,3-0,5 ml adrenalini eritmasi yuboriladi. Xasharot chaqqan joydan uning nishtarini olib tashlash kerak. U joyni uqalash man etiladi, chunki xar bir uqalash xarakati qon tomirlariga allergenlarning so'rilishini tezlashtiradi.

Kasallikning rivojlanishi.

Ma'lumki, anafilaktik shok tez o'tadigan ximergik kurinishdagi allergik jarayon turiga kiradi. A.A. Polner (1973) fikricha, ximergik kurinishdagi xamma allergik reaksiyalarga, shu jumladan, odam tanasida sodir bo'ladigan anafilaktik shokka ikkita asosiy xususiyat sodir buladi.

1) qonda aloxida ko'rinishdagi antitanalar (reaginlar yoki IgEga bog'liq antitanalar) ning aylanib yurishi,

2) allergik kasalliklarga irsiy moyillik (konstitutsiya eki A.D.Ado bo'yicha allergik konstitutsiya) bo'lgan kishilarda allergik reaksiyaning rivojlanishi.

Odam organizmining turli allergenlarga nisbatan sezgirligining oshib ketashi turli muolajalar qilish, og'iz orqali, nafas yo'llari ga dori-darmonlar purkash yo'llari bilan davolash qilinadi., Anafilaktik shok sezgirligi oshgan odam tanasiga kerakli miqdorda allergenning kaytadan tushishi okibatida sodir buladi.

Ko'pincha anafilaktik shok turli dori - darmonlarni teri ostiga, mushak orasiga eki venaga yuborganda sodir buladi.

SHuni qayd qilib o'tmok kerakki, sezgirligi yuqori darajada oshib ketgan organizmga juda kam miqdorda allergenlar tushgan takdirda xam anafilaktik shok kelib chiqishi mumkin.

Anafilaktik shokda odam a'zolarida sodir buladigan xaddan tashkari murakkab jaraenlar rivojlanishini 3 boskichga bulish mumkin:

1) immunologik boskich, 2) biokimeviy boskich, 3) anafilaktik shok belgilari keng yuzaga chiqkan kasallik fiziologiyasi boskichi. Anafilaktik shokda muxim axamiyat kasb etuvchi davr - odam tanasining sezgirligi oshib, immunologik jixatidan kayta tiklanish jarayonidir. Bunda teri sezgirligini oshiruvchi antitanalarning paydo bulishi kasallikning rivojlanishida muxim axamiyatga ega. Sezgirligi oshgan tana tukimalari ma'lum allergenning Ko'p miqdorini uziga singdira olish xususiyatiga egadir.

Anafilaktik shokning immunologik boskichida sezgirligi oshib ketgan az'zoning tukima va xujayralariga birikkan antitanalar bilan tashki muxitdan tushgan allergenning tuknashuvi okibatida buladigan reaksiya jaraeni sodir buladi.

Anafilaktik shok rivojlanishida bazofil leykotsitlarda, mayda qon tomirlar atrofidagi shillik kavatda joylashgan govak biriktiruvchi tukimaning tuyingan xujayralarida (allergen- antitana urtasida sodir buladigan jaraen muxim axamiyat kasb etadi.

Anafilaktik shok tukimalari teri (eshakem. Kvinke shishi), sillik mushak a'zolari bulishi mumkin.

Allergen- antitana birikmasi oldin qonda sodir bulib, so'ngra shokli a'zolar tukimalarini emirib, birikishi xam mumkin. Anafilaktik shokda allergen- antitana urtasida sodir buladigan jaraenda fakat reaginlar emas, balki pretsipitat antitanalarining xam ishtirok etishi isbotlangan, lekin shunga karamasdan, bu jaraenda antitana IgE (Ishisaka, 1971) sinfiga tegishli reaginlar aloxida urin egallaydi.

SHuni xam qayd qilib utish kerakki, dori allergiyasida dori allergenlari odam a'zosida gapten sifatida bulib, oksil bilan birikkanidan keyingi xakikiy antigenlarga aylanadi.

Allergen antitana tukimalarida morfologik va fiziologik ish k (bilyatini ko'potadigan uzgarishlar keltirib chiqaradi. Natijada tuyingan tukimalar xakida qonning bazofilotsitlari degranulyasiyaga uchrab, biologik jixatdan faol moddalari Ko'plab ishlab chiqara boshlaydi, shuning okibatida tez boshlanadigan allergik reaksiyaning ikkinchi, ya'ni ximergik - patokimeviy boskichi boshlanadi. Immun birikma bulmish allergen-antitana tukima va qon zardobi tarkibida fermentlarning aktivligini pasaytirib yuboradi. Allergen- antitananing bushashuvi natijasida proteolitik va lipolitik fermentlarning aktivligi oshib natijada tukimalarda gistamin, atsetilxolin, geparin, sekin reaksiya beruvchi substansiyalar (anafilaksii SRS - A), vazoaktiv kininlar(bradikinin, kallidin) ajralib chiqadi.

Odamda sodir buladigan anafilaktik shokda yuqorida nomi qayd kilingan fermentlar aktivligi oshishi tufayli yashin tezligida tukimalardan juda katta miqdorida gistamin ajraladi.

Anafilaktik shokning rivojlanish jaraenida Ko'plab gistamin ajralishi bilan bir katorda allergen markaziy nerv xosilalari (miyaning pustlok kismi va pustlok ostidagi kismini va b.),vegetativ nerv sistemasi funksiyasini kattik pasaytiradi.

Xozirgi vaqtda anafilaktik shokda kelib chiqadigan jaraenlarni fakat gistamin Ko'plab ishlab chiqishi, ya'ni gistaminorezis xamda gistaminergiya bilangina izoxlash noto'gri bulur edi.

Immun kompleks allergen - antitana birikishi okibatida tukimalardan fakat gistamingina emas, balki atsetilxolin, geparin, serotoninlar xam ajraladi.

Tekshirishlar shuni kursatadiki, anafilaktik shokda atsetilxolin eng avvalo miya suko'pligi - likvorda paydo buladi Anafilaktik reaksiyada atsetilxolin ta'sirida ikkilamchi gistamin ajralishi sodir buladi.

A.D.Adoning (1970) fikricha, biologik aktiv modda - serotoninning anafilaktik shokda deyarli ishtiroki ko'p.

Anafilaktik xolatda allergen - antitana kompleksi turli kinazalar, plaminogen-plazmin, kallikreinogen-kallikrein va boshkalarining funksiyasini oshirib yuboradi.

Keyingi vaqtlarda anafilaktik shokning rivojlanishida kininlarning axamiyati urganib chiqildi. Kininlarning ok qon tanachalari diapenezini, qon okimi tezligini kapillyar qon tomirlar uzgaruvchanligini oshirib yuborishi, shuningdek qon tomirini pasaytirishda,qon tomirlar bushligini kengaytirishda ishtirok etishi aniqlangan.

SHunday qilib , anafilaktik shokda gistamin va boshka biologik moddalarning ta'siri natijasida qon tomirlar uz tarangligini (tonusini) ko'potadi okibatda periferik qon tomirlar qarshiligining keskin pasayishi tufayli qon bosimi pasayib ketadi.Qon tomirlar tonusining pasayishi periferik qon tomirlarga xamda vena qon aylanish doirasiga ta'luklidir. Kapillyarlarda va vena qon aylanish doirasida qonning dimlanishi, qon aylanish doiralarida qon mikdorini keskin kamayib ketishiga olib keladi.

YUrakning zarb xajmi xam kamayadi.Keyingi yillarda o'tkaziladigan tekshirishlar yurak mushaklari qisqarish kobiliyatining to'gridan - to'gri buzilishi , yurakda ortib boraetgan qon xajmining kamayishiga olib kelishini isbotlab berdi. SHuning uchun xam yurak ish unumdorligining pasayishi qon bosimining yanada. tushib ketishiga sabab buladi.

Kasallikning belgilari.

Anafilaktik shok yurak qon aylanish doiralarining o'tkir buzilishi okibatida kuyidagi belgilar bilan namoen buladi:

- teri rangining okish kukimtir eki marmarsimon rangga Kirishi, sovuq ter bosishi.
- tirnok osti satxida qon okishining xaddan tashkari sekinlashuvi,
- xalovatsizlik, es xushning xiralashuvi - dispnoe,
- sindik mikdorining kamayishi, ya'ni kam siyish- oliguriya.
- Tomir urishining tezlashuvi - taxikardiya,
- Qon bosimining pasayib ketishi kabi xolatlar ana shular jumlasidandir. SHokning (belgilari mayda (kapilyar) qon tomirlarga qon kelishining kamayishidan boshlanadi. SHuning uchun xam teri sovuq , nam va kukimtir okish tusga ega buladi: bosh miyaga qon kelishining kamayishi avvaliga bemorda bezovtalik belgilarini keltirib chiqarsa, keyinchalik es xushning xiralashib, ko'polishiga olib keladi. -Nafas a'zosi bulmish o'pka ga qon kelishining kamayishi uz navbatida nafas kisishiga olib kelsa, ajralib chiqaetgan siydik mikdorining kamayishi - buyrak doirasida qon aylanishining kamayishi okibatidir.

Anafilaktik shok - shifokorlar fikricha, allergik xolatning eng kurkinligi kurinishi xisoblanadi.

Kasallikning ikki xil kurinishi bulib, ularni belgilari jixatidan juda tez utadigan xamda sekinrok rivojlanadigan turlarga bulish mumkin.

Tez, yashin tezligida utadigan anafilaktik shokda kasallikning belgilari xaddan tashkari tez boshlanib, rivojlanadi va bir necha daqiqa davomida ulim b t n tugaydi. Bemorga oldiniga xolsizlik, tush orkasida ogrik, kungil aynishi, ulim talvasasi paydo bulib, tezda xushini ko'potadi. Bularning xammasi shunchalik tez sodir bulishi, bemor Qanday qilib xushini ko'potganligini aytib ulguradi, xolos. Bu xolda bemorlardan sovuq ter chiqadi, rangi buzari ketadi, ayniksa yuz kurinishi aloxida tusga kirib, bir necha daqiqa ichida uzgarib ketadi. Tomir urishi ipsimon, kuchsiz va yuzaki yoki bilinar-bilinmas buladi.

Kuchsiz eki yuzaki urishi shark tibbietida «vey» deb ataladi, tomirni kattikrok bosib kurish bilan aniqlanadi. Bunday puls - vey - odam tanasining kuvati nixoyatda pasayganda sodir bulib, kattik kungil aynishi, terlash alomatlari bilan kechadi va kasallikning nixoyat darajada xavfliligidan darak beradi. Agar anafilaktik shok xalkum shishi bilan sodir bo'lsa, stridor tusiga kiradi. Bunda bemorning oz terisi kukargan bulib, buyin venalari burtib chiqadi va yakkol kuzga tashlanadi. Ko'pincha bemorda klonik tortishuv alomatlari sodir bulib, u siydigini va ichini tutolmaydi. Ayrim xollarda tabiiy a'zolarining teshiklaridan (ogiz, kulok, anus, jinsiy a'zolaridan) qon ketish alomati xam kuzatiladi. Anafilaktik shokning sekinrok utadigan turida kasallikning shiddatli boshlanishi kuzatilmaydi: bemor tanasida issiklik belgisi, kulok shangillashi, xolsizlik, tomokda kichishish alomatlari, kuz shillik pardasida yalliglanish, esh okishi, kuruk kattik chiyillash alomati bilan yutal butun organizm buylab kichishish sezgisi, Qorinda tutib-tutib buladigan kattik ogrik, ich kelishi Xozirgi zamon davolash usullari xam bunday shokda yordam bera olmaydi. Ba'zi bir xollarda ulim Xikildoqda paydo buladigan shishdan buladi. Ko'pchilik xollarda shokka qarshi qo'llaniladigan dori-darmonlar uz vakgida ishlatilganda bemor asta-sekin uz xoliga kela boshlaydi, qon bosimi kutarilada va tomir urishi joyiga tusha boshlaydi.

SHuni xak eslatib utish kerakki, bemorda birorta antibiotikka sezgirlik oshib ketgan bo'lsa usha antibiotik ishlatilgan soxada uning xidiga xam shok belgilari yuzaga kelib, xatto kasallik yana takrorlanishi mumkin. Tibbiy adabiyotlarda bir bemorda anafilaktik shokning bir necha marta takrorlanganligi xakida dalillar bor. Anafilaktik shokda yurak toj qon tomirlarida etishmovchilik belgilari paydo bulib, bu xol yurak mushaklarining xam zararlanishiga (anafilaktik shokdan kelib chiqadigan miokardit) olib kelishi mumkin.

Dori-darmonlarga anafilaktik shok paydo bulgan bemorlarga xar Qanday dorini kabul qilishda extiyot Qorlik takozo kilinadi.

Anafilaktik shokning bir necha klinik turlari mavjud.

Gemodinamik turi - bunda yurak qon - tomir tizimidagi buzilishlar boshkalardan ustunlik kiladi: yurak soxasida og'riqlar, qon bosiminin pasayishi, terida mikrotsirkulyasiyaning buzilishi (bemor rangi okarib eki kizar b ketishi), aritmiya kuzatiladi. U ko'pincha ishemik kasalliklari eki miokard infarkti bilan kushilib kelishi mumkin.

Serebral turi - Bu xollarda MNS buzilishi bilan bog'liq uzgarishlar kuzatiladi. Bemorlarda ulimdan kurkish xissi, talvasa, nafas olish va qisqarishdagi buzilishlar miya shishi belgilari qayd etiladi. SHokning keyinchalik rivojlanishi okibatida nafas va yurak faoliyati tuxtab kolishi, meningial belgilar va xushini ko'potish xolatlari yuz berishi mumkin.

Asfiktik (bugilish turi) - Bemorlarda xikkildok, o'pka shishi va ronxospazm paydo buladi.

Abdominal turi - bunda kungil aynishi, qayd qilish, Oshqozon soxada og'riqlar bulib, ko'pincha o'tkir Qorin belgilari elgondan namoen bulishi mumkin, ba'zan ichak titilishi, axlat

bilan qon kelishi xam kuzatiladi. Aellarda tuxumdon va bachadon soxalarida ogrik bulishi mumkin.

Anafilaktik shok kechishiga kura yashin tezlikda kechadigan, kaytalanadigan va abortiv (xamma belgilarsiz, tez tugaydigan).

YAshin tezlikda kechadigan turlarida xaet uchun muxim azolarning zararlanishi bilan bog'liq bulgan ulim xollari odatda shokning birinchi daqiqa larida va soatlarida yuz beradi.

Abortiv shokning klinik belgilarida birdaniga tuzatish buladi va klinik sogayish yuzaga keladi Kaytalanuvchi kechishda esa klinik sogayishdan 1 necha soatdan keyin shok YAna ogir kechishda kaytalanishi mumkin.

Anafilaktik shokning kechish ogirligiga karab 3 boskichga bulinadi

1. engil boskich - 2 minutdan 2 soatgacha davom etadi. Bunda teri kizarishi, tomok kurishi, burun okishi, bosh aylanishi, bosh ogrigi, qon bosimi kutarilishi, taxikardiya, xolsizlik kuzatiladi.

2. xolsizlik, kurishning buzilishi, kuzgalish xolati, ulimdan kurkish, terining okarishi, sovuq ter chiqishi, eshitish pasayishi, kulok shangillashi, Oshqozon -ichak, nafas, buyraklar tomondan buzilishlar bilan namoen buladi.

3. ogir boskichi. - kollaps (rang okarib ketishi), sianoz, ipsimon puls qon bosimi pasayishi, xushdan ketish, koma xolati, Qorachiqlar kengayishi, yurak va nafas faoliyatlarining tuxtashi bilan namoen bulishi mumkin.

Anafilaktik shok tashxisini qo'yishda kuyidagilarga e'tibor berish kerak:

1. Allergoanamnez
2. Allergik sinamalar (tomchi, skarifikatsiya, applikatsiya, teri orasiga prik-test, provakatsion v.x.k.)
3. Laborator usullar (SHelli testi, tuyingan xujayralar degeneratsiya testi, leykotsitlar tuplanish reaksiyasi, RAST va x.k.)

Anafilaktik shokdagi favqulodda vaziyatlarning algoritmlari — Istochnik:

<https://derived.ru/uz/signs-of-anaphylactic-shock-and-relief-rules-for-the-care-of-anaphylactic-shock/> © derived.ru Anafilaktik zarba odatda rivojlanadi:

bunday penitsillin, sulfanilamid, sarum, vaksinalar, protein tayyorgarlik, va boshqa radyopak moddalar sifatida dori va parenteral javoban;

gulchanglar bilan kamroq oziq-ovqat allergiyalari bilan provokatsion testlarni o'tkazishda; hasharot chaqishi bilan anafilaktik shok paydo bo'lishi mumkin.

Shok anafilaksi belgilari

Anafilaktik shokning klinik ko'rinishi tez rivojlanadi. Rivojlanish vaqti: allergiya bilan aloqa qilgandan keyin bir necha soniya yoki daqiqa:

ongni zulm qilish,

qon bosimining pasayishi,

kramplar bor,

majburiy siyish.

Anafilaktik shokning chaqmoq chaqqonligi o'limga olib keladi. bemorlarning ko'pchiligi kasallik teri bir yonish hissi paydo, qizarishi, o'lim, qo'zg'alishi yoki aksincha, ruhiy tushkunlik, bosh og'rig'i qo'rqib, ko'krak og'rig'i, cho'kish bilan boshlanadi. qichima, toshma ürtikeri, rinore, quruq yo'tal Hack paydo stridor bilan anjiyoödem turiga ko'ra paychalarining Ba'zan shish. Arterial qon bosimi keskin pasayadi, zarba ipga aylanadi, ehtimol hemorajik sindromga ega. O'lim o'tkir nafas

olish etishmovchiligidan bronxospazma va o'pka shishi tufayli, gipovolemiya yoki miya shishi rivojlanishi bilan o'tkir yurak-qon tomir qobiliyatidan kelib chiqishi mumkin.

Birinchi yordam algoritmi va opamizning dastlabki bosqichlari!

- 1) allergiyaga dori-darmon vositasi yoki boshqa allergenlarni qo'llashni to'xtatish, allergiyaga buyuriladigan joyga yaqin turniketni qo'llash;
- 2) joylarda yordam ko'rsatilishi kerak: bu maqsadda bemorni joylashtirish va og'izning oldini olish uchun tilni aniqlash;
- 3) 0,5 ml 0,1% eritma qo'shing epinefrin teri ostiga allerjenni in'ektsiya qilish joyida (yoki ısırığın joyida) va tomir ichiga 1 ml 0.1% epinefrin eritmasi tomiziladi. Qon bosimi pastligicha qolsa, 10-15 daqiqadan so'ng adrenalin eritmasini in'ektsiya qilish kerak;
- 4) kortikosteroidlar anafilaktik shokdan bemorlarni olib tashlash uchun katta ahamiyatga ega. Prednisolon 75-150 mg yoki undan ortiq dozada venada kiritilishi kerak; deksametazon 4-20 mg; gidrokortizon 150-300 mg; agar tomir ichiga kortikosteroidlarni yuborish mumkin bo'lmasa, ular mushak ichiga kiritilishi mumkin;
- 5) antigistaminlarni boshqaradi: pipofen - Teri ostidan 2-4 ml 2,5% eritma, suprastin - 2-4 ml 2% eritma yoki difenhidramin - 5 ml 1% eritma;
- 6) asfiksiyon va titrlash bilan 10-20 ml 2,4% eritma kiradi eufillin tomir ichiga, alupent - 1-2 ml 0,05% eritma, isadrin - teri ostiga 0,5 ml eritma 2 ml;
- 7) yurak etishmovchiligi belgilari paydo bo'lsa, kiring korglikon - izotonik eritmada 0,06 eritmaning 1 ml natriy xlorid, lasix (furosemid) izotonik eritmasida 40-60 mg'lik tomir orqali tezkor ravishda qat'iylashadi natriy xlorid;
- 8) agar allergik reaksiya administratsiyaga olib kelgan bo'lsa penitsillin, 1000000 dona kiring penisilinaz 2 ml izotonik eritmasida natriy xlorid;
- 9) kirish natriy bikarbonat - 200 ml 4% eritma va zarbaga qarshi suyuqlik.

Zarur bo'lganda, reanimatsiya o'tkaziladi, shu jumladan yopiq yurak massaji, sun'iy nafas olish, bronxlar intubatsiyasi. Gurzilarning shishishi - trakeostomiya bilan.

Bemorni anafilaktik shokdan chiqarib tashlaganingizdan so'ng, kortikosteroidlarni sezuvchanlik bilan davolashni davom ettirish kerak. 7-10 kun davomida dezintoksikatsiya, dehidrasyon agentlari.

Anafilaktik zarba uchun algoritm va shoshilinch tibbiy yordam standarti

Tibbiy ma'lumotizsiz va maxsus dori-darmonlar mavjud bo'lmaganda oddiy odam to'liq yordam bera olmaydi. Buning sababi shoshilinch yordamni amalga oshirishning aniq algoritmini va ma'lum dori vositalarini kiritishning aniq ketma-ketligini talab qiladi. Ushbu harakatlarning to'liq algoritmi faqat reanimatolog yoki tez yordam guruhi tomonidan amalga oshirilishi mumkin.

Birinchi yordam

Tegishli tayyorgarlikka ega bo'lmagan shaxs tomonidan amalga oshirilishi mumkin bo'lgan birinchi yordam, malakali yordam ko'rsatish uchun shifokorning chaqiruvidan boshlanishi kerak. Anafilaktik shok holatlarida, nafas yo'llarining aniqligini tekshirish va A (havo yo'li) va B (nafas olish) toza havo qabul qilishni ta'minlashga qaratilgan birinchi yordam choralarining oddiy majmuasi ham amalga oshirilishi kerak. Misol uchun, siz uning yonida bir odamni qo'yib, boshingizni yon tomonga aylantirib, qusish va tildan qochish uchun protezlarni olib tashlang. Toqish holatlarida siz boshingizni ushlab, tilga shikast etkazishingiz kerak. Tibbiy ma'lumotizsiz

qolgan bosqichlar (S - tiraj va qonash, D - nogironlik, E - Expose / atrof-muhit) ni o'tkazish qiyin.

Tibbiy yordam algoritmi

Amallar algoritmi ma'lum dori vositalarini emas, balki ularning qattiq ketma-ketligini nazarda tutadi. Har qanday tanqidiy holatida o'zboshimchalik bilan, o'z vaqtida yoki noto'g'ri dori-darmonlarni qo'llash insonning ahvolini yomonlashtirishi mumkin. Avvalo, nafas olish, qon bosimi va yurak urishi kabi muhim tana vazifalarini tiklaydigan dori vositalardan foydalanish kerak. Anafilaktik shok bilan intravenöz preparatlarni qo'llash, so'ngra mushak ichiga, keyin esa og'iz orqali. Preparatni intravenous davolash tez natijaga olib keladi.

Epinefrinni kiritish

Shoshilinch tibbiy yordamni adrenalin eritmasiga mushak ichiga yuborish kerak. Shuni esda tutish kerakki, kichiq hajmdagi adrenalinni tezroq ta'sir qilish uchun qo'llash maqsadga muvofiqdir turli saytlar tanasi. Kuchli vazokonstriktor ta'siriga ega bo'lgan ushbu preparat uning in'ektsiyasi yurak va nafas olish faoliyatini yanada yomonlashishiga to'sqinlik qiladi. Adrenalin qo'llanilgandan so'ng qon bosimi normallasadi, nafas olish va yurak urishi yaxshilanadi. Kofein yoki kordiyamin eritmasini buyurish orqali qo'shimcha rag'batlantiruvchi ta'sirga erishish mumkin.

Euphllinumni kiritish

Havo yo'llarining aniqligini tiklash va spazmni yo'qotish uchun eufillin eritmasi ishlatiladi. Ushbu preparat bronxial daraxtning silliq mushaklarining spazmini tezda yo'q qiladi. Havo yo'llarining parenximasi tiklanganida, odam o'zini yaxshilaydi.

Ukol gormonlarini kiritish

Anafilaktik shok holatida zaruriy komponent - steroid gormonlar (prednisolon, dexametason) kiritilishi. Ushbu dorilar to'qimalarning shishib, o'pka sekretsiyasi sonini, shuningdek to'qima gipoksiya butun organizm alomatlarini kamaytiradi. Bundan tashqari, steroid gormonlari allergik moddalar, shu jumladan, immun reaksiyalarini inhibe qilish qobiliyatiga ega. Antiallergik ta'sir kuchini kuchaytirish uchun antihistamin eritmalar (tavegil, suprastin, tavegil) qo'llaniladi.

Allergenni yo'q qilish

Bosim va nafasni normallashtirishdan keyin favqulodda yordamning navbatdagi bosqichi allergiya ta'sirini bartaraf etishdir. oziq-ovqat mahsulot, dori har qanday modda, hasharotlar chaqishi yoki ma'muriyatining inhaler aerosol bo'lishi mumkin anafilaktik shok taqdirda. anafilaktik shok yanada rivojlantirish to'xtatish uchun vaziyat aerosole tomonidan sabab bo'lsa, allergen bir oziq-ovqat mahsuloti bilan birga bor bo'lsa, teri, oshqozon yuvish chiqib hasharot afsus olib tashlash bir kislorod niqobi foydalanish zarur.

Kasalxonada yordam

Anafilaktik shok uchun dastlabki shoshilinch chora-tadbirlardan so'ng yordamni to'xtatish kerak. Keyingi davolanish uchun shifoxonada davolanishni davom ettirish uchun shifoxonaga yotqizish kerak.

Kasalxonada davolanish mumkin:

kristalloidli va kolloid eritmalar bilan massiv infuzion terapiya;
yurak va nafas olish faoliyatini barqarorlashtiruvchi preparatlar;
shuningdek tabletkali antiallergik dori (fexofenadin, desloratadine) kursi.

Shoshilinch tibbiy yordam nafaqat yurak va nafas olish tizimining faoliyati tiklangan taqdirda tugaydi. Keyingi davolash algoritmi kelajakda anafilaktik shokni qayta tiklanishiga yo'l qo'ymaslik uchun favqulodda vaziyatning rivojlanishiga sabab bo'lgan sababni (aniq alerjenni) aniq tushuntirib beradi.

1.3. Mustaqil ish mavzulari

1. Stomatolog amaliyotida uchraydigan gemorragik diatezlar. Gemorragik diatez bilan og'riqan bemorlarda stomatolog yordami xususiyatlari.
2. Koma. Prekoma
3. Kollaps, xushdan ketish, shokda stomatolog taktikasi.
4. Anafilaktik shok profilaktikasi
5. Anafilaktik shokda birinchi yordam

2. Glossariy

Allergiya-yunoncha-begona ta'sir

Anafilaksiya-ximoya

Bazofillar –granulotsitlarning bir turi

V-limfotsit -gumoral immunitetga javobgar limfotsit

Vazomotor rinit- noallergik, noinfeksion, eozinofillar Ko'payishsiz va gormonga bog'liq bo'lmagan rinit

Dimedrol- antigistamin dori vosita

Gistamin –allergik reaksiyaning patoximik davrida katnashadigan biologik modda xisoblanadi

Gapten- Dori va kimeviy elementlardan tashkil topgan allergen

Degranulyasiya – sitoplazmatik granulalarning ko'plishi (eozinofillar, bazofillar, bulutsimon xujayralar.)

Immunoterapiya- Bemor organizmiga sezuvchanligini pasaytirish maqsadida allergenlar yuborish

Idiosinkraziya- Odam organizmining ba'zi ovqat va dori moddalalarga nisbatdan irsiy ortiqcha sezuvchanlik

Immunorestavratorlar-immunoglobulinlar, interferon, timalin

Ig E - Tez rivojlanuvchi allergiyani keltirib chiqaradigan immunoglobulin

Intal- Membranani stabillashtiruvchi dori-darmonlar

Insekt allergiya- xasharotlar zaxridan kelib chiqadigan allergiya

Isteriya-xaddan tashqari ruxiy qo'zgalishlar natijasida yuzaga keladigan xolat

Qavarchiq- birlamchi element bo'lib terining so'rgich qavatida joylashgan

Migratsiya- Ko'chish

Maxsus tashxis usuli- allergeoanamnez yigish, teridagi allergik sinamalar, provokatsion usullar, immunologik testlar yordamida tekshirish

Noinfeksion ekzoallergenlar-Uy ro'zgor allergenlari

Provokatsiya- suzi ma'nosi «ko'z gash»

Paraallergiya-organizmning antigen tabiatiga ega bo'lmagan allergenga javob reaksiyasi

Rinit- burun bo'shligining shillik kavatining yalliglanishi

Kon'yunktivit- ko'z shiliq qavatining yalliglanishi

MNS- markaziy nerv sistemasi

Trombotsitopenik indeks - trombositlar sonining allergenni tanaga kiritguncha va tanaga kiritgandan keyingi farqidir

Skarifikator- sterillangan maxsus igna

Sekin kechuvchi allergiya- T-limfotsitlar keltirib chiqaradigan allergiya

Fab- fragment antitelo antigenni birlashtirishdan immun birikma

Fagotsitoz- immunitetning boshlangich oldingi davri xisoblanadi

sAMF-siklik adenozinmonofosfat

sGMF-siklik guanozinmonofosfat

SHokli a'zo- kasallikning klinikasini yuzaga chiqaradigan a'zo yoki tuqima

Ekzoallegenlar- allergen insonning o'rab turgan muxitda yashaydi

YAlliglanish sitokinlar- makrofag va monotsitlar ishlab chiqaradigan sitokinlar

3. Povalar

3.1. Fan dasturi

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ

Рўйхатга олинди:

Олий ва ўрта махсус таълим вазирлиги

№ БД – 5510400 - 3.07

201__йил “__” _____

201__йил “__” _____

**ИЧКИ КАСАЛЛИКЛАР, АЛЛЕРГОЛОГИЯ, КЛИНИК ИММУНОЛОГИЯ,
ФТИЗИАТРИЯ
ФАН ДАСТУРИ**

Билим соҳаси: 500 000 – Соғлиқни сақлаш ва ижтимоий таъминот

Таълим соҳаси: 510 000 – Соғлиқни сақлаш

Таълим йўналиши: 5510400 – Стоматология

Тошкент – 201__

Ўзбекистон Республикаси Олий ва ўрта махсус таълим вазирлигининг 201__ йил “___” _____ даги “___” – сонли буйруғининг ___-илоvasи билан фан дастури рўйхати тасдиқланган.

Фан дастури Олий ва ўрта махсус, касб-хунар таълими йўналишлари бўйича Ўқув-услубий бирлашмалар фаолиятини Мувофиқлаштирувчи Кенгашининг 201__ йил “___” _____ даги “___” – сонли баённомаси билан маъқулланган.

Фан дастури Тошкент давлат стоматология институтида ишлаб чиқилди.

Тузувчилар:

- Собиров М.О. – ТДСИ 2 сонли терапевтик йўналишдаги фанлар кафедраси мудир, т.ф.н., доцент
- Даминова К.М. – ТДСИ 2 сонли терапевтик йўналишдаги фанлар кафедраси асситенти

Такризчилар:

- Каримов М.Ш. – ТТА ички касалликлар пропедевтикаси, касб касалликлари, гематология ва ХДТ кафедраси мудир, т.ф.д., профессор.
- Азизов Б.С. – ТДСИ 1-сон терапевтик йўналишдаги фанлар кафедраси мудитри, т.ф.д., доцент

Фан дастури Тошкент Давлат стоматология институти Кенгашида кўриб чиқилган ва тавсия қилинган 201__ йил “___” _____ даги ___ -сонли баённома).

I. Ўқув фанининг долзарблиги ва олий касбий таълимдаги ўрни

Ушбу фан дастури Ўзбекистон Республикаси Давлат таълим стандарти ва умумий амалиёт шифокорини тайёрлаш дастурига асосланган ҳолда тузилган. Ушбу дастур асосида замонавий педагогик технологияларни ўқитиш жараёнига тадбиқ этиб талабани назарий маълумотидан бошланғич амалий кўникмаларни фантомларда бажаришга ўргатиб ва орттирилган кўникмаларни замонавий тиббий технологиялар орқали клиник амалиёт билан уйғунлаштирган ҳолда мустақил равишда беморларни ташхислаш ва қабул қилишга замин яратиб беради. Дастурнинг мақсад ва вазифаларини ечими якунида талаба горизонтал ва вертикал интеграция жараёнларида олган билим ва амалий кўникмаларни клиник уйғунлаштириб, етук, рақобатдош, мустақил клиник фикрлаш қобилиятига эга бўлган умумий амалиёт стоматологига бўлиб шаклланади.

II. Ўқув фанининг мақсади ва вазифалари

Фаннинг ўқитишдан мақсад - талабаларни терапиянинг асосий курсига олиб кириш, шифокорлик текшириш усуллари, турли текшириш усуллари қўллаш натижасида аниқланадиган симптом ва синдромлар, кузатиш натижалари асосида диагностик хулоса қилиш, ички касалликларни нозологик формалари, уларни классик, типик вариантларда кечиши, ички касалликларни даволаш ҳақида билим, кўникма ва малакани шакллантиришдир.

Фаннинг вазифаси - организм ички аъзолари касалликларининг турли клиник шакллари аниқлашни, уларнинг келиб чиқиш сабабларини, патогенезини, профилактика чоралари ва даволаш усуллари ўргатишдан иборатдир.

Ички касалликлар, аллергология, клиник иммунология, фтизиатрия ўқув фанини ўзлаштириш жараёнида амалга ошириладиган масалалар доирасида бакалавр:

– ички касалликларнинг этиологияси, патогенези, таснифи, клиник кўринишлари, асоратлари, кечиши, оқибати, даволаш ва профилактикаси бўйича билимлар **ҳақида тасаввурга эга бўлиши;**

– беморлардан анамнез йиғиш, турли системалар бўйича, клиник текширишни;

– касалликларнинг асосий диагностик мезонларини аниқлай олишни;

– тахминий, клиник диагноزلарни асослашни;

– қиёсий таққослаш ва якуний диагнозни асослашни;

– ички касалликларнинг турлича вариантлари бўйича кечишида даволашни тавсия эта олиш ва шошилиш ҳолатларда тезкор ёрдам беришни;

– гиперактивликнинг тезкор типни чақирган касалликлар тавсифини, этиологияси, патогенези, патофизиологияси, клиника, қиёсий ташхиси, даволашни;

– гиперактивликнинг тезкор типни чақирган касалликларни оғиз бўшлиғи ва юз-жағ тизими аъзоларида намоён бўлиши, ички аъзо касалликларининг симптом ва синдромларини ташхислашда лаборатор ва инструментал текширувлар натижаларини интерпретация қилишни;

– бирламчи иммун танқислик ҳолатлари ва ОИТС тавсифини, этиологияси, патогенези, патофизиологияси, клиника, қиёсий ташхиси, даволаш, профилактика чора тадбирларини;

– бирламчи иммун танқислик ҳолатлари ва ОИТС ни оғиз бўшлиғи ва юз-жағ тизими аъзоларида намоён бўлиши, ички аъзо касалликларининг симптом ва синдромларини ташхислашда лаборатор ва инструментал текширувлар натижаларини интерпретация қилишни;

– силни аниқлашга, нафас аъзолари сили, юз-жағ соҳаси сили, оғиз бўшлиғи ва периферик лимфа тугунлари силини диагностика усуллари ҳамда профилактикасини;

– ўпка ва бошқа аъзо силини текшириш усулларида шошилиш ҳолатларда тез тиббий ёрдам кўрсатишни, асосий тиббий хужжатларни тўлдиришни **билиши ва уларни ажрата олиши;**

– беморларни текшириш режасини тузиш, шифокор тактикаси ва даволаш;

– ўпканинг обструктив касалликларида пикфлоуметрияни ўтказиш;

– нозологияларда ЭКГни тушириш;

– лаборатор ва инструментал текширувлар натижаларини интерпретация қилиш **кўникмаларига эга бўлиши керак.**

– беморни сўраб суриштириш, шикоятларини ва анамнез йиғиш, системалар бўйича текшириш, касалликларнинг асосий диагностик мезонларини ажрата олиш;

– парҳез ва комплекс даволаш ва қўллаш режасини тузиш;

– клиник, лаборатор текширувлар натижаларини интерпретация қилиш;

– нафас аъзолари сили, юз-жағ соҳаси сили, оғиз бўшлиғи ва периферик лимфа тугунлари силига шубҳа туғилганда беморни текшириш;

– натижалари ҳамда тери ичи Манту синамаси натижаларини баҳолай олиш;

– нафас аъзолари сили, юз-жағ соҳаси сили, оғиз бўшлиғи ва периферик лимфа тугунлари силига хос ўзгаришларни рентгенограмма ва флюорограммаларда аниқлаш, ташхислай олиш *малакаларига эга бўлиши керак.*

II. Асосий назарий қисм (маъруза машғулоти)

1-мавзу: Ички касалликлар фани ва унинг вазифалари. Ўткир ўчоқли ва крупоз пневмония.

Ички касалликлар фани тушунчаси, турлари, вазифалари. Ички касалликлар фани келиб чиқиш сабаблари. Зотилжам тушунчаси, турлари, этиологияси ва патогенези. Таснифи, клиникаси, даволаш усуллари ва профилактикаси.

2-мавзу. Ўткир ва сурункали бронхитлар

Бронхитлар тушунчаси, турлари, этиологияси ва патогенези. Таснифи, клиникаси, даволаш усуллари ва профилактикаси. Сурункали бронхит. Кичик ва ўрта бронхлар шиллик қаватини яллиғловчи сурункали кечадиган йўтал ва нафас етишмовчилиги ва нафас фаолияти бузилиши билан характерланадиган касалликлар.

3-мавзу. Бронхиал астма

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

4-мавзу. Гипертония касаллиги. Артериал гипертензия синдроми

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

5-мавзу. Ревматик иситма. Орттирилган юрак нуқсонлари

Ревматизм тушунчаси, турлари, этиологияси ва патогенези. Таснифи, клиникаси, даволаш усуллари ва профилактикаси.

6-мавзу. ЮИК. Миокард инфаркти

Миокард инфарктининг тушунчаси, турлари, этиологияси ва патогенези. Таснифи, клиникаси, даволаш усуллари ва профилактикаси.

7-мавзу. Сурункали гепатитлар. Жигар циррози

Гепатит ва жигар циррози келиб чиқиш сабаблари, таснифи, клиникаси, диагностикаси, даволаш усуллари ва профилактикасини талабаларга етказиш. Жигар циррози.

8-мавзу. Ошқозон ва 12 бармоқ ичак яра касаллиги

Гастритлар ва яра касаллиги келиб чиқиш сабаблари, таснифи, клиникаси, диагностикаси, даволаш усуллари ва профилактикасини талабаларга етказиш.

9-мавзу. Ўткир ва сурункали пиелонефрит ва гломерулонефритлар

Гломерулонефрит ва пиелонефрит сабаблари, таснифи, клиникаси, диагностикаси, даволаш усуллари ва профилактикасини талабаларга етказиш.

10-мавзу. Қандли диабет. Қалқонсимон без касалликлари

Қандли диабет келиб чиқиш сабаблари, таснифи, клиникаси, диагностикаси, даволаш усуллари ва профилактикасини талабаларга етказиш. Диффуз токсик буқоқ. Гипотиреоз.

11-мавзу. Ички касалликларнинг шошилич ҳолатларида стоматолог тактикаси

Ички касалликлар клиникасида шошилич ҳолатлар. Кома. Дибетик кетоацедоз (ДКА). Гиперосмоляр (гипергликемик) кома. Инсулин ва сульфанил мочевина воситалар қабул қилгандаги гипогликемик ҳолатлар. Қвинке шиши, эшак еми.

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

Сил касаллигини ривожланиш тарихи. Сил эпидемиологияси. Сил этиологияси, патогенези, диагностикаси, таснифи. Ўпка ва ўпкадан ташқари аъзолар силни ўз вақтида аниқлаш. Силни даволаш ва профилактикаси.

Ш. Амалий машғулотлар бўйича кўрсатма ва тавсиялар

Амалий машғулотлар учун қуйидаги мавзулар тавсия этилади:

- Ички касалликлар фанига кириш
- Нафас функцияси ва ташхис. Қўшимча текширув усуллари.
- Пневмония. Сурункали бронхит.
- Бронхиал астма.
- Юрак функционал текширув усуллари. Қўшимча текширув усуллари.
- Гипертония касаллиги.
- Симптоматик артериал гипертензия.
- Юрак ишемик касаллиги.
- Ўткир миокард инфаркти
- Ревматик иситма. Орттирилган юрак нуқсонлари.
- Аритмия ва блокадалар.
- Овқат ҳазм қилиш тизимини аъзоларини функционал текширув усуллари.
- Гастритлар. Яра касаллиги.
- Гепатитлар. Цирроз.
- Сийдик айириш тизимини функционал текширув усуллари. Қўшимча текширув усуллари.
- Пиелонефритлар
- Гломерулонефритлар
- СБЕ
- Эритроцитлар ва лейкоцитлар патологиялари
- Қон кетиш ва тромбоз
- Қалқонсимон без касалликлари
- Қандли диабет
- Гиперактивликнинг тезкор типи чакирган касалликлар

- Бирламчи иммун танқислик ҳолатлари. ОИТС
- Бириктирувчи тўқиманинг тизимли касалликлари. ТКТ. РА. ТСД ва бириктирувчи тўқиманинг бошқа касалликлари
- Стоматолог амалиётида шошилиш ҳолатларда тезкор ёрдам (шок, ҳушни йўқотиш, коллапс, кома).
- Сил қўзғатувчиси. Силнинг патоморфологияси, патогенези, сил гранулемасининг тузилиши, силнинг клиник семиотикаси.
- Оғиз бўшлиғи ва периферик лимфа тугунлари сили: патогенези, клиникаси, кечиш хусусиятлари. Ташхислаш ва таққослама ташхислаш усуллари

Амалий машғулотлар мультимедиа қурилмалари билан жиҳозланган аудиторияда бир академик гуруҳга бир ўқитувчи томонидан ўтказилиши лозим. Машғулотлар фаол ва интерактив усуллар ёрдамида ўтилиши, мос равишда муносиб педагогик ва ахборот технологияларини қўллаш мақсадга мувофиқдир.

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 касалликларнинг *барча клиник турларида касаллик тарихини ёзиш ва ҳимоя қилиш.*

Лаборатория ишларини ташкил этиш бўйича кўрсатмалар

Фан бўйича лаборатория ишлари намунавий ўқув режада кўзда тутилмаган.

Курс ишини ташкил этиш бўйича услубий кўрсатмалар

Фан бўйича курс иши намунавий ўқув режасида кўзда тутилмаган.

V. Мустақил таълим ва мустақил ишлар

Мустақил таълим учун тавсия этилган мавзулар:

- Пархез столларининг турлари ва характеристикаси.
- Плевритлар (қуруқ плеврит).
- Плевритлар (экссудатив плеврит).
- Бронхоэктатик касаллик: этиология, патогенез, патоморфология, характерли симптомлар, классификация, бронхлар обтурациясини характери ва босқичи лаборатор ва инструментал диагностика, қиёсий ташхиси, оғиз бўшлиғида ўзига хос ўзгаришлар пархез ва медикаментоз даволаш.
- Ўпка абсцесси: этиология, патогенез, патоморфология, характерли симптомлар, лаборатор ва инструментал диагностика, қиёсий ташхиси, оғиз бўшлиғида ўзига хос ўзгаришлар, пархез ва медикаментоз даволаш.
- Ўпка гангренази: этиология, патогенез, патоморфология, характерли симптомлар, лаборатор ва инструментал диагностика, қиёсий ташхиси, оғиз бўшлиғида ўзига хос ўзгаришлар, пархез ва медикаментоз даволаш.
- Ўпка эмфиземаси: этиология, патогенез, патоморфология, характерли симптомлар, лаборатор ва инструментал диагностика, қиёсий ташхиси, оғиз бўшлиғида ўзига хос ўзгаришлар, пархез ва медикаментоз даволаш.
- Эзофагит: этиология, патогенез, патоморфология, характерли симптомлар, лаборатор

ва инструментал диагностика, қиёсий ташхиси, оғиз бұшлиғида ўзига хос ўзгаришлар, пархез ва медикаментоз даволаш.

- Қизилунгач яраси: этиология, патогенез, патоморфология, характерли симптомлар, лаборатор ва инструментал диагностика, қиёсий ташхиси, оғиз бұшлиғида ўзига хос ўзгаришлар, пархез ва медикаментоз даволаш.
- Ичаклар таъсилраниш синдроми: этиология, патогенез, патоморфология, характерли симптомлар, лаборатор ва инструментал диагностика, қиёсий ташхиси, оғиз бұшлиғида ўзига хос ўзгаришлар, пархез ва медикаментоз даволаш.
- Ичаклар дисбактериози: этиология, патогенез, патоморфология, характерли симптомлар, лаборатор ва инструментал диагностика, қиёсий ташхиси, оғиз бұшлиғида ўзига хос ўзгаришлар, пархез ва медикаментоз даволаш.
- Сурункали энтерит: этиология, патогенез, патоморфология, характерли симптомлар, лаборатор ва инструментал диагностика, қиёсий ташхиси, оғиз бұшлиғида ўзига хос ўзгаришлар, пархез ва медикаментоз даволаш.
- Сурункали носпецифик ярали колит: этиология, патогенез, патоморфология, характерли симптомлар, лаборатор ва инструментал диагностика, қиёсий ташхиси, оғиз бұшлиғида ўзига хос ўзгаришлар, пархез ва медикаментоз даволаш.
- Сурункали холецистит ва панкреатит: этиология, патогенез, патоморфология, характерли симптомлар, лаборатор ва инструментал диагностика, қиёсий ташхис, оғиз бұшлиғида ўзига хос ўзгаришлар, пархез ва медикаментоз даволаш.
- Сийдик чиқариш аъзолари касалликларида пархез столларининг хусусиятлари. Буйрак тош касаллиғида-оксалат тошларда, урат тошларда, сийдик кислотаси чиққанда, сийдик нордон диатезида, ўткир ва сурункали пиелонефритда, ўткир ва сурункали гломерулонефритда.
- Сийдик ҳосил бўлиш механизми: сийдик айирув тизимининг тузилиши, нефронлар характеристикаси, сийдик ҳосил бўлишидаги асосий жараён – коптокчалар фильтрацияси, каналчалар реобсорбцияси, каналчалар секрецияси, бирламчи ва иккиламчи сийдик.
- Буйраклар функционал хусусиятлари-буйраклар бажарадиган асосий функциялар, буйраклар функционал хусусиятларини ёшга боғлиқлиги – болалар, катталар, қарияларда.
- Ўткир буйрак етишмовчилиғида оғиз бұшлиғидаги ўзгаришлар, асосий касаллик билан боғлиқ хусусиятлари, СБЕнинг компенсатор интермиттирловчи ва терминал босқичларида, буйраклар поликистозида, буйраклар амилоидозиди, буйраклар силида.
- Юрак қон-томир тизими физиологияси: юрак қон-томир тизимининг анатомик хусусиятлари, юракнинг асосий функциялари, кичик ва катта қон айланиш доираси юрак қисқарувчанлиги, оғиз бұшлиғи ва бош мияни озиклантирувчи томирларни характеристикаси.
- Юракнинг электорофизиологик хусусиятлари, юрак ўтказувчи тизимининг характеристикаси, юрак автоматизми, юрак ўтказувчи тизимининг тузилиши, ритм тикланиши, кардиомиоцитларни фазалар бўйича қисқариш характеристикаси, атипик кардиомиоцитлар потенциал фаза механизмлари, юрак кўзгалувчанлиги ва рефрактерлиги.
- Юрак қон-томир тизими анатомияси. Юрак ва асосий аъзоларни озиклантирувчи қон-томир устунлари, қон айланиш аъзоларининг функционал хусусиятлари, юрак қон-томир тизими касалликларида асосий шикоятлар, перкуссия, аускультация, пархезни ўзига хослиги, олдини олиш ва даволаш. Томир тизими анатомияси. Асосий томирлар тутами, юрак ва асосий аъзоларни озикланиши, қон айланиш тизимининг ўзига хослиги бўйича кўрик, перкуссия, аускультация, пархез, даволаш ва профилактикаси.
- Миокардни нокоронароген касалликлари: ўнг бўлмача гипертрофик кардиомиопатияси, рестриктив кардиомиопатияси, аритмоген кардиомиопатияси,

миокардиодистрофия, миокардни алкоголь натижасида шикастланиши, этиологияси, патогенези, клиник белгилари.

- Нормада юрак ичи гемодинамикаси. Юрак циклининг физиологик тахлили, юрак циклининг фазалари, бўлмачалар систола ва диастоласи, юрак ўнг ва чап бўлимларининг асинхроник фаолияти, юрак фаолиятида қоринчалар сифимининг ўзгариши.
- Патологик юрак ичи гемодинамикаси, унинг ўзига хослиги, характеристикаси, юракдан отилиб чиққан қон хажми, реография, кўкрак реографияси, функционал синамалар, қон айланишининг дақиқалик хажми.
- Юрак онтогенези, асосий характеристикаси, онтогенез босқичлари, бирламчи бўлмачалар тўсиғи, иккиламчи бўлмачалар тўсиғи, қоринчалар аро тўсиқ хосил бўлиши, асосий қон-томир устунининг хосил бўлиши, аорта ўпка тўсиғининг хосил бўлиши.
- Юрак тонларининг характеристикаси: I чи тон, II чи тон, III чи тон ва IV чи тон, юрак тонлари ва шовқинларининг хосил бўлиш механизмлари, оғиз бўшлиғи касалликларида юрак тонларининг ўзгариши, функционал шовқинлар.
- Системали касалликларда юракни шикастланиши: тизимли қизил тошма, тизимли склеродермияда юракни шикастланиши, этиологияси, патогенези, патоморфологияси, хос белгилар, лаборатор ва инструментал диагностикаси, қиёсий ташхис, оғиз бўшлиғида ўзига хос ўзгаришлар, парҳез ва медикаментоз даволаш.
- Дислипидемиялар: гиперлипидемия, гиполлипидемия, паст зичликдаги липопротеидлар, жуда паст зичликдаги липопротеидлар, юқори зичликдаги липопротеидлар, триглицеридлар, дислипидемия билан кечадиган касалликлар, дислипидемияда оғиз бўшлиғидаги ўзига хос ўзгаришлар
- Юрак ишемик касаллигида парҳез тамойиллари: зуриқиш стенокардиясида, тинч ҳолатдаги стенокардияда, миокард инфарктида, юрак касалликлари билан гастрит бирга келганда килинадиган парҳез, юрак ишемик касаллигида афтоз стоматит булганда буюриладиган парҳез.
- Юракнинг ўтказувчи тизими, тузилиши, ритм тикланиши, кардиомиоцитларни фазалар бўйича қисқариш характеристикаси, атипик кардиомиоцитлар потенциал фаза механизмлари, юрак кўзгалувчанлиги ва рефрактерлиги.
- Кардиостимуляция учун кўрсатма: атриовентрикуляр қамалнинг тўлиқ, нотўлиқ шакллари, атриовентрикуляр қамалнинг 2,3 босқичлари, ритм бузилиши, кўндаланг қамал, кардиостимуляциянинг асосий характеристикаси, бажариш.
- Юрак ишемик касаллигини хирургик даволаш усуллари: ангиопластика, коронар томирларни стентлаш, жаррохлик усули билан даволаш учун асосий кўрсатма, операция турлари, жаррохлик усули билан даволаш техникаси ва унга тайёрлаш, операциядан кейинги ҳолат.
- Гипертония касаллиги I, II, III, IV босқичларида буюриладиган парҳез, оғиз бўшлиғи касалликлари билан бирга келганда парҳез. Симптоматик гипертонияларда парҳезни ўзига хослиги: марказий асаб тизими шикастланишида юзага келадиган гипертониялар, магистрал қон-томирлар шикастланиши натижасида юзага келадиган гипертониялар, гемодинамика ўзгариши натижасидаги гипертензиялар, эндокрин касалликлар натижасида ривожланадиган артериал гипертониялар, дори воситаларни узоқ вақт қабул қилиш натижасида ва оғир метал тузлари билан захарланишда юзага келадиган артериал гипертониялар.
- Артериал гипертензия ривожланишидаги патогенетик омиллар, гемодинамика ўзгариши натижасида юзага келадиган гипертензияларда буюриладиган парҳез, артериал гипертониялар, дори воситаларни узоқ вақт қабул қилиш натижасида ва оғир метал тузлари билан захарланишда юзага келадиган артериал гипертониялар.
- Сурункали юрак етишмовчилигида парҳез принциплари, парҳезнинг асосий компонентлари, касалликнинг этиологияси ва патогенезига, лаборатор таҳлиллар ва

асбобий текширув натижалари билан боғлиқ ҳолда фарқланиши. Ўткир юрак етишмовчилигидаги парҳез.

- Туғма гемолитик анемия. Туғма гемолитик анемияда оғиз бўшлиғида бўладиган ўзгаришлар. Гемолитик анемияда тишларда бўладиган ўзгаришлар.
- Гипо-апластик анемиялар. Апластик анемияда оғиз бўшлиғида бўладиган ўзгаришлар. Апластик анемияда тишларда бўладиган ўзгаришлар. Сарикликни қиёсий ташхислаш.
- Стоматолог амалиётида учрайдиган геморрагик диатезлар. Геморрагик диатез билан оғриган беморларда стоматолог ёрдами хусусиятлари. Қон тўхтатувчи воситалар. Қон кетишда кўрсатиладиган шошилич ёрдам. Системали васкулитларда оғиз бўшлиғидаги ўзгаришлар. Системали васкулит билан оғриган беморларда стоматологик беморларни олиб бориш тактикаси.
- Қон шаклли элементларини ҳосил бўлиш физиологияси. Стернал пункция. Гемобластоз билан оғриган беморларда стоматологик беморларни олиб бориш тактикаси. Суяк кўмигини кўчириб ўтказишга кўрсатма. Лейкоз билан оғриган беморларда оғиз бўшлиғининг ҳолати.
- Эндемик буқоқ. Феохромоцитома. Кон касаллиги. Қандли диабетни 1 ва 2 типиди ва қандсиз диабетда парҳез таом столи. Қандли диабетли беморларда оғиз бўшлиғини ҳолати. Диабет билан оғриган беморларда стоматологик беморларни олиб бориш тактикаси.
- Аутоиммун касалликларни ривожланиш механизмлари. Тизимли склеродермия, тизимли қизил тошма, дерматомиозитли беморларда оғиз бўшлиғининг ҳолати ва стоматолог ёрдами. Бириктирувчи тўқима диффуз касалликларида иммунсупрессив даво. Бетта-хужайрали даво, кўрсатма, қарши кўрсатма.
- Кома. Прекома. Коллапс, хушдан кетиш, шокда стоматолог тактикаси. Анафилактик шок профилактикаси. Анафилактик шокда биринчи ёрдам.
- Системали мастоцитоз турлари. Патофизиологияси ва клиник намоён бўлиши. Диагностика даволаш.
- Иммун танқисликнинг аралаш синдромлари: тери ва шиллиқ қаватлар кандидози, X-боғланган лимфопрлифератив синдром, тимома билан боғлиқ иммунодефицит, Вискотт-Олдрич синдроми, гипериммуноглобулин E синдроми, иммунодефицит билан боғлиқ бўлган метаболик ўзгаришлар. ОИТС профилактикаси.
- Силнинг патоморфологияси, патогенези. Силнинг клиник семиотикаси. Сил беморларини текшириш усуллари. Силнинг клиник таснифи.
- Туберкулинодиагностика. Силга қарши вакцина билан эмлаш ва қайта эмлаш. Силнинг кимёвий профилактикаси. Оғиз бўшлиғи тугунлари сили. Периферик лимфа тугунлари сили.

VI. Асосий ва қўшимча ўқув адабиётлар ҳамда ахборот манбалари

Асосий адабиётлар:

1. Ички касалликлар пропедевтикаси. Гадаев А.Г., Тошкент, 2012.
2. Внутренние болезни, том 1, Мухин Н.А., 2009, Москва
3. Внутренние болезни, том 2, Мухин Н.А., 2009, Москва

Қўшимча адабиётлар:

1. Клиническая иммунология и аллергология с основами общей иммунологии. Л.В. Ковальчук, Л.В. Гонковская, Р.Я. Мешкова. Москва, 2011.

2. Электрокардиография. Мурашко В.В., М., 1991.
3. Убайдуллаев А.М. «Сил касаллиги», Тошкент, 2008.
4. Ибрагимов М.А., Турсунов Ф.И., Содиков А.С. «Сил» (дарслик) Тошкент, 1999.
5. Ганиев К.Г. «Сил касаллиги». Тошкент 1995.
6. Principles of Internal Medicin. Harrison T.P., Volumes 1 and 219th edition.
7. Пропедевтика внутренних болезней. Василенко В.Х., М. Медицина, 1989.
8. Внутренние болезни. В.Б. Комаров, Москва 1990.
9. Ички касалликлар. Н.М. Камолов, Тошкент, 1991.
10. Ички касалликлар Ф.Г. Шарапов, Тошкент 2006.
11. Ички касалликлар С.Н. Бобажонов, Тошкент, 2008.
12. Диагностика внутренних болезней в 10-ти томах. Окорочков А. Н. М.: Мед. лит., 2000-2007.
13. Textbook of Internal Medicine. Editor-in-Chief William N. Kelley. 1997
14. Ички касалликлар бўйича масалалар тўплами. М.О.Собиров, О.В.Скосырева, Тошкент, 2015.
15. Хоменко А.Г. «Туберкулез органов дыхания», М., 1981.
16. Джон Крофтон, Норманн Хорн, Фред Миллер «Сил касалликлари» Тошкент, 1999.

Интернет сайтлари:

1. www.zionet.uz
2. www.tdsi.uz
3. www.medlincs.ru
4. www.medbook.ru

3.2. Ishchi o'quv dasturi

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY VA O'RTA MAXSUS TA'LIM VAZIRLIGI,
SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
BUXORO DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI

Xalq tabobati, ftiziatriya, sport tibbiyoti kafedrası

O'quv bo'limi tomonidan
ro'xatga olindi № _____
« _____ » _____ 2018y.

«TASDIQLAYMAN»
O'quv va tarbiyaviy ishlari prorektori
_____ G.J.Jarilkasinoва
« _____ » _____ 2018 y.

Allergologiya fani bo'yicha

Ishchi o'quv dasturi

Stomatologiya fakultetining 3-kurs talabalari uchun

Bilim sohasi:	500 000 –	Sog'liqni saqlash va ijtimoiy ta'minot
Ta'lim sohasi:	510 000 –	Cog'liqni saqlash
Ta'lim yo'nalishi:	5510400 –	Stomatologiya

Kurs - 3
Soat hajmi – 40 soat
SHu jumladan:
Ma’ruza – 6 soat
Amaliy mashg’ulot – 8 soat
Klinik mashg’ulot - 14 soat
Mustaqil ish – 12 soat

Buxoro – 2018

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

Tuzuvchi:

Qodirova SH.S - Xalq tabobati, ftiziatriya, sport tibbiyoti kafedrası assistenti

Taqrizchilar:

Nasirova M.SH -“Fakultet va gospital terapiyasi” kafedrası dotsenti

Babadjanova Z.X.- Ichki kasalliklar propedevtikasi, klinik farmakologiya va oliy hamshiralik ishi kafedrası mudiri t.f.n.

Ushbu ishchi dastur o‘quv dasturi va o‘quv reja asosida 5520400 – stomatologiya ishi yo‘nalish bo‘yicha tuzilgan va kafedra yig‘ilishida muhokama qilingan va tasdiqlangan.

Bayonnoma № _____ « _____ » _____ 2018 y.

Kafedra mudiri: **Qayumov X.N.**

(imzo)

FUK rahbari:

(imzo)

Ushbu ishchi dastur o‘quv dasturi va o‘quv reja asosida 5520400 – stomatologiya ishi yo‘nalish bo‘yicha tuzilgan va Buxoro davlat tibbiyot instituti markaziy uslubiy kengashida muhokama qilingan va tasdiqlangan.

Bayonnoma № _____ « _____ » _____ 2018 y.

O‘quv fanining dolzarbligi va oliy kasbiy ta’limdagi o‘rni

Ushbu fan dasturi O‘zbekiston Respublikasi Davlat ta’lim standarti va umumiy amaliyot shifokorini tayyorlash dasturiga asoslangan xolda tuzilgan. Ushbu dastur asosida zamonaviy pedagogik texnologiyalarni o‘qitish jarayoniga tadbiiq etib talabani nazariy ma’lumotidan boshlang‘ich amaliy ko‘nikmalarni fantomlarda bajarishga o‘rgatib va orttirilgan ko‘nikmalarni zamonaviy tibbiy texnologiyalar orqali klinik amaliyot bilan uyg‘unlashtirgan holda mustaqil ravishda bemorlarni tashxislash va qabul qilishga zamin yaratib beradi. Dasturning maqsad va vazifalarini echimi yakunida talaba gorizonta va vertikal integratsiya jarayonlarida olgan bilim va amaliy ko‘nikmalarni klinik uyg‘unlashtirib, etuk, raqobatdosh, mustaqil klinik fikrlash qobiliyatiga ega bo‘lgan umumiy amaliyot stomatologi bo‘lib shakllanadi.

II. O‘quv fanining maqsadi va vazifalari

Fanning o‘qitishdan maqsad - talabalarni terapiyaning asosiy kursiga olib kirish, shifokorlik tekshirish usullari, turli tekshirish usullarini qo‘llash natijasida aniqlanadigan simptom va sindromlar, kuzatish natijalari asosida diagnostik xulosa qilish, ichki kasalliklarni nozologik formalari, ularni klassik, tipik variantlarda kechishi, ichki kasalliklarni davolash haqida bilim, ko‘nikma va malakani shakllantirishdir.

Fanning vazifasi - organizm ichki a‘zolari kasalliklarining turli klinik shakllarini aniqlashni, ularning kelib chiqish sabablarini, patogenezini, profilaktika choralari va davolash usullarini o‘rgatishdan iboratdir.

Ichki kasalliklar, allergologiya, klinik immunologiya, ftiziatriya o‘quv fanini o‘zlashtirish jarayonida amalga oshiriladigan masalalar doirasida bakalavr:

- ichki kasalliklarning etiologiyasi, patogenezi, tasnifi, klinik ko‘rinishlari, asoratlari, kechishi, oqibati, davolash va profilaktikasi bo‘yicha bilimlar **haqida tasavvurga ega bo‘lishi**;
- bemorlardan anamnez yig‘ish, turli sistemalar bo‘yicha, klinik tekshirishni;
- kasalliklarning asosiy diagnostik mezonlarini aniqlay olishni;
- taxminiy, klinik diagnozlarni asoslashni;
- qiyosiy taqqoslash va yakuniy diagnozni asoslashni;
- ichki kasalliklarning turlicha variantlari bo‘yicha kechishida davolashni tavsiya eta olish va shoshilinch holatlarda tezkor yordam berishni;
- giperaktivlikning tezkor tipi chakirgan kasalliklar tavsifini, etiologiyasi, patogenezi, patofiziologiyasi, klinika, qiyosiy tashxisi, davolashni;
- giperaktivlikning tezkor tipi chaqirgan kasalliklarni og‘iz bo‘shlig‘i va yuz-jag‘ tizimi a‘zolarida namoyon bo‘lishi, ichki a‘zo kasalliklarining simptom va sindromlarini tashxislashda laborator va instrumental tekshiruvlar natijalarini interpretatsiya qilishni;
- birlamchi immun tanqislik holatlari va OITS tavsifini, etiologiyasi, patogenezi, patofiziologiyasi, klinika, qiyosiy tashxisi, davolash, profilaktika chora tadbirlarini;

- birlamchi immun tanqislik holatlari va OITS ni og‘iz bo‘shlig‘i va yuz-jag‘ tizimi a‘zolarida namoyon bo‘lishi, ichki a‘zo kasalliklarining simptom va sindromlarini tashxislashda laborator va instrumental tekshiruvlar natijalarini interpretatsiya qilishni;
- silni aniqlashga, nafas a‘zolari sili, yuz-jag‘ sohasi sili, og‘iz bo‘shlig‘i va periferik limfa tugunlari silini diagnostika usullari hamda profilaktikasini;
- o‘pka va boshqa a‘zo silini tekshirish usullarida shoshilinch holatlarda tez tibbiy yordam ko‘rsatishni, asosiy tibbiy xujjatlarni to‘ldirishni ***bilishi va ularni ajrata olishi***;
- bemorlarni tekshirish rejasini tuzish, shifokor taktikasi va davolash;
- o‘pkaning obstruktiv kasalliklarida pikfloumetriyani o‘tkazish;
- nozologiyalarda EKGni tushirish;
- laborator va instrumental tekshiruvlar natijalarini interpretatsiya qilish ***ko‘nikmalariga ega bo‘lishi kerak***.
- bemorni so‘rab surishtirish, shikoyatlarini va anamnez yig‘ish, sistemalar bo‘yicha tekshirish, kasalliklarning asosiy diagnostik mezonlarini ajrata olish;
- parhez va kompleks davolash va qo‘llash rejasini tuzish;
- klinik, laborator tekshiruvlar natijalarni interpretatsiya qilish;
- nafas a‘zolari sili, yuz-jag‘ soxasi sili, og‘iz bo‘shlig‘i va periferik limfa tugunlari siliga shubha tug‘ilganda bemorni tekshirish;
- natijalari hamda teri ichi Mantu sinamasi natijalarini baholay olish;
- nafas a‘zolari sili, yuz-jag‘ sohasi sili, og‘iz bo‘shlig‘i va periferik limfa tugunlari siliga xos o‘zgarishlarni rentgenogramma va flyurogrammalarda aniqlash, tashxislay olish ***malakalariga ega bo‘lishi kerak***.

Fanni o‘qitishda zamonaviy axborot va pedagogik texnologiyalar

Mazkur fanni o‘qitish jarayonida ta’limning zamonaviy ilg‘or interfaol usullaridan, pedagogik va axborot-kommunikatsiya texnologiyalarining prezentatsiya (taqdimot), multimedia va elektron-didaktik texnologiyalardan foydalaniladi.

“SWOT-tahlil” usuli

Muammoning asosiy to‘rt jihatni yoritishga xizmat qiladi. Talabalar mavzuning mazmuniga mos muammolarni atroflicha o‘rganish orqali mohiyatini yoritadi, ularni keltirib chiqaruvchi omillarni izlab, xal qilish imkoniyatlarini topadi. U yordamida muammoning quyidagi jixati taxlil qilinadi:

S- kuchli (ustun) jihatlari (hal etilayotgan muammoning afzalliklarini yoritish)

W- kuchsiz (zaif) jihatlari (maqsadga erishish yo‘lida tashkil etilayotgan harakatlarga ichki omillarining ta’sirini o‘rganish)

O- imkoniyatlarni chamalash (belgilangan vazifalarni hal etishning eng maqbul yo‘llarini izlash)

T- tahdidnu o‘rganish (maqsadga erishish yo‘lida tashkil etilayotgan harakatlarga tashqi omillarining ta’siri aniqlash)

"Klaster" usuli

Puxta o‘ylangan strategiya bo‘lib, uni talabalar bilan yakka tartibda, guruh asosida tashkil etiladigan mashulotlarda qo‘llash mumkin. Klasterlar ilgari surilgan g‘oyalarni umumlashtirish, ular o‘rtasidagi aloqalarni topish imkoniyatini yaratadi.

" Sinkveyn " usuli

Har bir talaba va talabalar guruhlarining fikrlash faolligini oshirish, ularda tanqidiy fikrlash qobiliyatini rivojlantiradi. Sinkveyn tuzish murakkab jarayon bo‘lib, uni samarali tashkil etish uchun muayyan qoidalarga amal qilish talab etiladi va besh bosqichli harakatlarni tashkil etish orqali amalga oshiriladi.

1-bosqich. Mavzu bir so‘z bilan ifodalanadi (odatda ot tanlanadi)

2-bosqich. Mavzu ikkita sifat bilan ifodalanadi (odatda 2 ta sifat tanlanadi)

3-bosqich. Mavzu doirasida tashkil etiladigan xatti-harakat uchta so‘z bilan ifodalanadi (3 ta fe‘l yoki ravishdosh yoziladi)

4-bosqich . Mavzuga nisbatan munosabatni anglatadigan to‘rtta so‘zdan iborat fikr yoziladi (4 ta so‘zdan iborat jumla yoziladi)

5-bosqich. Mavzu mohiyatini takrorlovchi, ma‘nosi unga yaqin bo‘lgan bitta gap yoziladi (mavzuga doir sinonimlar asosida gap yoziladi)

"Baliq skeleti" usuli

Bir qator muammolarni tasvirlash va uni echish imkonini beradi. Tizimli fikrlash, tuzilmaga keltirish, tahlil qilish ko‘nikmalarini rivojlantiradi. CHizmani tuzish qoidasi bilan tanishadilar. Alohida kichiq guruhlarda yuqori “suyagida” kichiq muammoni ifodalaydi, pastda esa, ushbu kichiq muammolar mavjudligini tasdiqlovchi dalillar yoziladi. Kichiq guruhlarga birlashadilar, taqqoslaydilar, o‘zlarining chizmlarini to‘ldiradilar. Umumiy chizmaga keltiradilar.

3. O‘quv soatlari miqdori

Soat hajmi	O‘quv yuklama miqdorining auditoriya mashulotlari bo‘yicha taqsimlanishi (soat)				Mustaqil ish 12
	Jami	Ma‘ruza	Amaliy mashulot	Klinik mashg‘ulot	
	48	6	12	18	

4. Ma‘ruzalar

Ma‘ruza mashulotlarining tematik rejasi

№	Ma‘ruza mavzulari	Soat
1	Allergologiya fani va uning vazifalari. O‘tkir va surunkali bronxitlar.	2 soat
2	Bronxial astma.	2 soat
3	Ichki kasalliklarning shoshilinch holatlarida stomatolog taktikasi.	2 soat
Jami		6 soat

4.2. Ma‘ruza materiallarining mazmuni

Mavzu № 1. Allergologiya fani va uning vazifalari. O‘tkir va surunkali bronxitlar.

Allergologiya faniga kirish. Bronxitlar tushunchasi, turlari, etiologiyasi va patogenezi. Tasnifi, klinikasi, davolash usullari va profilaktikasi. Surunkali bronxit. Kichiq va o‘rta bronxlar shilliq qavatini yallig‘lovchi surunkali kechadigan yo‘tal va nafas etishmovchiligi va nafas faoliyati buzilishi bilan xarakterlanadigan kasalliklar

Adabiyotlar:**2.Q (qo‘shimcha adabiyotlar)-1****CHop etilgan o‘quv va o‘quv – uslubiy qo‘llanmalar:**

Allergologiyada tekshirish usullari: allergologik anamnez, provokatsion sinamalar, teri sinamalari. Klinik va instrumental tekshirishlar.Rajabova G.X.,Qodirova SH.S. 2011 y.

Mavzu № 2. Bronxial astma.

Bronxial astma tushunchasi, turlari, etiologiyasi va patogenezi. Tasnifi, klinikasi, davolash usullari va profilaktikasi.

Adabiyotlar:**1 1.A (asosiy adabiyotlar)-1,2,3.****2.Q (qo‘shimcha adabiyotlar)-1****CHop etilgan o‘quv va o‘quv – uslubiy qo‘llanmalar:**

Allergologiyada tekshirish usullari: allergologik anamnez, provokatsion sinamalar, teri sinamalari. Klinik va instrumental tekshirishlar.Rajabova G.X.,Qodirova SH.S. 2011 y.

Mavzu№ 3 Ichki kasalliklarning shoshilinch holatlarida stomatolog taktikasi.

Kvinke shishi va eshakemi tasnifi, etiologiyasi, pategenezi, birinchi yordam ko‘rsatish.

Adabiyotlar:**1 1.A (asosiy adabiyotlar)-1,2,3.****2.Q (qo‘shimcha adabiyotlar)-1****CHop etilgan o‘quv va o‘quv – uslubiy qo‘llanmalar:**

Allergologiyada tekshirish usullari: allergologik anamnez, provokatsion sinamalar, teri sinamalari. Klinik va instrumental tekshirishlar.Rajabova G.X.,Qodirova SH.S. 2011 y.

5. Amaliy mashulotlar**Amaliy va klinik mashulotlarning tematik rejalarini**

t/r	Mavzular mazmuni	Amaliy mashg‘ulot	Klinik mashg‘ulot	Hammasi
1	Nafas funksiyasi va tashxis. Qo‘shimcha tekshiruv usullari. <i>Allergologiyada tekshirish usullarini bajarish texnikasi</i>	1	1	2
2	Pnevmoniya. Surunkali bronxit. <i>Allergologik anamnez yig‘sh</i>	1	1	2
3	Bronxial astma. <i>Pikfloumetriya, spirografiya o‘tkazish texnikasi</i>	1	1	2
4	Gipereaktivlikning tezkor tipi chakirgan kasalliklar <i>Provokatsoin sinamakar o‘rkazish</i>	1	1	2
5	Stomatolog amaliyotida shoshilinch holatlarda tezkor yordam (hushni yo‘qotish, kollaps, koma)	2		2
6	<i>Dori allergiyasi bor bemorlarni kuratsiya qilish</i>		2	2
7	Stomatolog amaliyotida shoshilinch holatlarda tezkor yordam (anafilaktik shok).	2		2

8	<i>Stomatolog amaliyotida shoshilinch holatlarda tezkor yordam ko'rsatish algoritmini o'rganish</i>		2	2
9	<i>Bemorning allergologik pasporti</i>		2	2
10	<i>Teri sinamalarini o'tkazish</i>		2	2
11	<i>Eliminatsion sinama o'tkazish texnikasini o'rganish</i>		2	2
	Jami	8	14	22

5.1. Amaliy mashulotlar mavzulari mazmuni

№	Amaliy mashg'ulotlar nomlari va ularning yangi pedagogik texnologiyalarni qo'llagan holda qisqacha mazmuni	Adabiyotlar
1	Nafas funksiyasi va tashxis. Qo'shimcha tekshiruv usullari Interaktiv usul: "SWOT tahlili" usuli	A (asosiy adabiyotlar)-1,2,3. Q (qo'shimcha adabiyotlar)-1 Internet saytlari: 5. www.zionet.uz 6. www.bsmi.uz 7. www.medlincs.ru 8. www.medbook.ru
2	Pnevmoniya. Surunkali bronxit. Interaktiv usul: "Klaster" usuli	A (asosiy adabiyotlar)-1,2,3. Q (qo'shimcha adabiyotlar)-1 Internet saytlari: 1. www.zionet.uz 2. www.bsmi.uz 3. www.medlincs.ru 4. www.medbook.ru
3	Bronxial astma. Interaktiv usul: "Sinkveyn" usuli	A (asosiy adabiyotlar)-1,2,3. Q (qo'shimcha adabiyotlar)-1 Internet saytlari: 1. www.zionet.uz 2. www.bsmi.uz 3. www.medlincs.ru 4. www.medbook.ru
4	Gipereaktivlikning tezkor tipi chakirgan kasalliklar Interaktiv usul: "Baliq skeleti" usuli	A (asosiy adabiyotlar)-1,2,3. Q (qo'shimcha adabiyotlar)-1 Internet saytlari: 1. www.zionet.uz 2. www.bsmi.uz 3. www.medlincs.ru 4. www.medbook.ru

5	Stomatolog amaliyotida shoshilinch holatlarda tezkor yordam (hushni yo‘qotish, kollaps, koma). Interaktiv usul: "Akademik polemika" usuli	A (asosiy adabiyotlar)-1,2,3. Q (qo‘shimcha adabiyotlar)-1 Internet saytlari: 1. www.zionet.uz 2. www.bsmi.uz 3. www.medlincs.ru 4. www.medbook.ru
6	Stomatolog amaliyotida shoshilinch holatlarda tezkor yordam (anafilaktik shok). Interaktiv usul: "Venn diagrammasi" usuli	A (asosiy adabiyotlar)-1,2,3. Q (qo‘shimcha adabiyotlar)-1 Internet saytlari: 1. www.zionet.uz 2. www.bsmi.uz 3. www.medlincs.ru 4. www.medbook.ru

5.2. O‘quv klinik amaliyoti

Mavzuviy reja bo‘yicha Viloyat ko‘p tarmoqli klinik markazning allergologiya bo‘limida o‘tkaziladi.

Klinik mashg‘ulotlar mavzulari mazmuni

№	Klinik mashg‘ulotlar nomlari va ularning qisqacha mazmuni
1.	<i>Allergologiyada tekshirish usullarini bajarish texnikasi</i>
2.	<i>Allergologik anamnez yig‘ish</i>
3.	<i>Pikfloumetriya, spirografiya texnikasini o‘tkazish</i>
4.	<i>Provokatsion sinamalar o‘tkazish.</i>
5.	<i>Bemorning allergologik pasporti.</i>
6.	<i>Dori allergiyasi bor bemorlarni kuratsiya qilish</i>

6. Laboratoriya ishlarini tashkil etish bo‘yicha ko‘rsatmalar

Laboratoriya ishlari Klinik allergologiya fanidan tayyorlangan dasturi bo‘yicha rejalashtirilmagan.

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 mustaqil tarzda puxta o‘zlashtirish va ko‘nikmalarga ega bo‘lish.
- kerakli ma‘lumotlarni izlab topish qo‘lay usullari va vositalarini aniqlash.
- axborot manbalari va manzillaridan samarali foydalanish.
- an‘anaviy o‘quv va ilmiy adabiyotlar, me‘yoriy xujjatlar bilan ishlash
- elektron o‘quv adabiyotlar va ma‘lumotlar banki bilan ishlash.
- internet tarmog‘idan maqsadli foydalanish.

- berilgan topshiriqning ratsional echimini belgilash.
- ma'lumotlar bazasini taxlil etish.
- ish natijalarini ekspertizaga tayyorlash va ekspert xulosasi asosida qayta ishlash.
- topshiriqlarni bajarishda tizimli va ijodiy yondashish, ishlab chiqilgan echim, loyixa yoki g'oyani asoslash, mutaxassislar jamoasida himoya qilish.

Talaba mustaqil ishini tashkil etishda Allergologiya 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.

7.1. Talabalar mustaqil ishlarining tematik rejasi

№	TM I mavzulari	Soat
1	Stomatolog amaliyotida uchraydigan gemorragik diatezlar. Gemorragik diatez bilan og'riqan bemorlarda stomatolog yordami xususiyatlari.	3 s
2	Koma. Prekoma	3 s
3	Kollaps, xushdan ketish, shokda stomatolog taktikasi.	2 s
4.	Anafilaktik shok profilaktikasi.	2 s
5.	Anafilaktik shokda birinchi yordam	2 s
Jami		12 s

8. Fan bo'yicha bilimlar, malaka va ko'nikmalarning reyting nazorati va baholash mezonlari.

Talabalarining bilim saviyasi, ko'nikma va malakalarini nazorat qilishning reyting tizimi asosida talabaning har bir fan bo'yicha o'zlashtirish darajasi ballar orqali ifodalanadi.

Davolash va tibbiy pedagogika fakul'tetining 6 kurs talabalari uchun Allergologiya fani bo'yicha

joriy nazorat- 45 ball;
 mustaqil ish- 5 ball;
 yakuniy nazorat - 50 ball
 Jami - 100 ball

Allergologiya fanidan nazorat ishlarini baholash mezonlari

joriy nazorat- 45 ball;
 mustaqil ish- 5 ball;
 yakuniy nazorat - 50 ball
 Jami - 100 ball

9. Amaliy ko'nikmalar ro'yxati

1. Bemordan allergoanamnez yig'ish
2. Teri sinamalarni qo'yish texnikasini ko'rsating
3. Bemorning tomoq shilliq pardalaridan surtma olish
4. Provokatsion sinamalar o'tkazish texnikasini ko'rsating
5. Bronxial astma kasalligida pikfloumetriya o'tkazish texnikasini ko'rsating
6. Skarifikatsion sinama texnikasini tushuntiring

7. Applikatsion sinama texnikasini tushuntirib bering
8. Ingalyasion sinama texnikasini ko'rsating
9. Balg'am olish texnikasini tushuntirib bering
10. Bemordan burun shilliq pardalaridan surtma olishni ko'rsating

10. Asosiy va qo'shimcha o'quv adabiyotlar hamda axborot manbalari

Asosiy adabiyotlar:

4. Ichki kasalliklar propedeutikasi. Gadaev A.G., Toshkent, 2012.
5. Vnutrennie bolezni, tom 1, Muxin N.A., 2009, Moskva
6. Vnutrennie bolezni, tom 2, Muxin N.A., 2009, Moskva

Qo'shimcha adabiyotlar:

17. Klinicheskaya immunologiya i allergologiya s osnovami obshchey immunologii. L.V. Kovalchuk, L.V. Gonkovskaya, R.YA. Meshkova. Moskva, 2011.
18. Klinicheskaya immunologiya i allergologiya s osnovami obshchey immunologii. L.V. Kovalchuk, L.V. Gonkovskaya, R.YA. Meshkova. Moskva, 2011.

Internet saytlari:

9. www.zionet.uz
10. www.bsmi.uz
11. www.medlincs.ru
12. www.medbook.ru

3.3. Tarqatma materiallar

VAZIYATLI MASALALAR

Vaziyatli masala №1

Bemor 45 yoshda tez tibbiy yordam markazining reanimatsiya bo'limiga yotqizildi. SHikoyati: nafas chikarishning qiyinlashishi, qiyin ajratiladigan balgam. Anamnezida bir necha yildan beri bronxial astma tashxisi bilan bilan "D" nazoratda turadi

Ob`ektiv kurganda umumiy axvoli ogir, tomir urishi 110 ta, AD -160\100, o'pka perkussiyasida kuttichasimon tovush, auskul'tatsiyada xar xil kalibrli quruq -jarangdor xirillashlar eshitiladi. Yurakni auskul'tatsiya kilganda yurak chukkkisida sistolik shovkin, aortada 2 ton aktsenti eshitiladi. Bemorni tekshiring va tashxis kuying. Birinchi yordam ko'rsating.

Tashxis:

Ob`ektiv tekshiruv

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____

Fizikal tekshirish

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____

Birinchi tez tibbiy yordam ko'rsatish tartibi

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____

I.Tashxis: Status astmatikus II daraja

Anamnez yigish

- 1.Bemor nimadan shikoyat qilishini surash
- 2.Oilada allergik kasalligi borligini aniqlash
- 3.Kasallik tufayli qaerga murojat kilgan (QVP, poliklinika)
- 4.Qaysi dorilarga allergiyasi borligini aniqlash
- 5.Qaysi oziq-ovqat maxsulotlariga allergiyasi borligini aniqlash
- 6.Oilaviy xayoti, xomiladorligi, tugruk soni, abort kilinganligi
- 7.Oilasida va avlod ajdodida allergik kasalliklar bilan kasallanganlar bormi
- 8.Ish joyi (ishlaydi, ukiydi). Ish joyining ekologiyasi

Fizikal tekshirishlar

- 1.Bemor teri rangiga, teridagi toshmalarga e`tibor beriladi.
- 2.Teridagi toshmalar xarakteriga e`tibor beriladi: papullyoz, papulovezikulyar, gemorragik
- 3.Kon bosimi ikkala kulda ulchab kuriladi.
- 4.Tomir urishi sanaladi
- 5.Yurak soxasi auskul'tativ eshitib kuriladi
- 6.Ikkala o`pka auskul'tativ eshitib, bir xil nafas olib chikarish aytiladi
- 7.Umumiy kon taxlildagi qaysi kursatkichlarga e`tibor beriladi
- 8.Instrumental tekshirishlar usullarining qaysi biridan foydalaniladi

VI. Davolash

- 1.Əufillin 2.4 % 10 ml v\v
- 2.Prednizolon 60 ml v\v
- 3.Adrenalin 0.3-0.5 ml teri ostiga
- 4.Oksigenoterapiya
- 5.Natriy bikarbonat 200 ml v\v
- 6.Murakkab aralashma (eufillin+gidrokortizon+geparin)
- 7.Əfedrin
- 8.Paratraxeal novokain blokada Vishnevskiy buyicha

Vaziyatli masala№2

Bemor uchastka vrachiga tana xarorati 39-40 gradusga kutarilganligiga, ukol kilingan joydan boshlab badanga xar xil toshmalar toshishiga, limfa tugunlarining kattalashishiga, bo'g'implarda og'riq bo'lishiga shikoyat qiladi. Anamnezida 7-10 kun oldin emlash kilingan. Bemordan anamnez yigib tekshiring va birinchi yordam ko'rsating.

Tashxis:

Ob`ektiv tekshiruv:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____

Fizikal tekshirish

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____

Birinchi tez tibbiy yordam ko'rsatish tartibi

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____

Diagnoz: Zardob kasalligi

Anamnez yigish

1. Bemor nimadan shikoyat qilishini surash
2. Oilada allergik kasalligi borligini aniqlash
3. Kasallik tufayli qaerga murojat kilgan (QVP, poliklinika)
4. Qaysi dorilarga allergiyasi borligini aniqlash
5. Qaysi oziq-ovqat maxsulotlariga allergiyasi borligini aniqlash
6. Oilaviy xayoti, xomiladorligi, tugruk soni, abort kilinganligi
7. Oilasida va avlod ajdodida allergik kasalliklar bilan kasallanganlar bormi
8. Ish joyi (ishlaydi, ukiydi). Ish joyining ekologiyasi

Fizikal tekshirishlar

1. Bemor teri rangiga, teridagi toshmalarga e`tibor beriladi.
2. Teridagi toshmalar xarakteriga e`tibor beriladi: papullyoz, papulovezikulyar, gemorragik
3. Kon bosimi ikkala kulda ulchab kuriladi.
4. Tomir urishi sanaladi
5. Yurak soxasi auskul'tativ eshitib kuriladi
6. Ikkala o`pka auskul'tativ eshitib, bir xil nafas olib chikarish aytiladi
7. Umumiy kon taxlildagi qaysi kursatkichlarga e`tibor beriladi
8. Instrumental tekshirishlar usullarining qaysi biridan foydalaniladi

Birinchitez tibbiy yordam ko'rsatish tartibi

- 1.Kal'tsiy xlor 10% 10 ml v\v
- 2.Tiosul'fat natriy 30 % 10 ml v\v
- 3.Geparin 500 ED kindik atrofiga
- 4.Mentol spirti 5% li
- 5.Diklofenak 3 ml v\m
- 6.Prednizolon 30 mg v\m
- 7.Delagil 1 tab 2 maxal
- 8.Furosemid 2 ml v\m

Vaziyatli masala№3

30 yoshli ayol bemorni tusatdan ari chakib olgandan 20-30 minut keyin axvoli yomonlashib koldi. SHikoyati: kuz oldi korongilashishiga, bosh aylanishiga, kon bosimini tushib ketishiga, pul'sning ipsimon bo'lishiga, sovuk ter bosishiga, kungil aynib kayt qilishga shikoyat qiladi. Bemorda birinchi marta bu xolat kuzatilmokda. Ilgari bu xolat kuzatilmagan, bemorga tashxis kuying va birinchi yordam ko'rsating.

Tashxis:

Ob`ektiv tekshiruv:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____

Fizikal tekshirish

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____

Birinchi tez tibbiy yordam ko'rsatish tartibi

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____

Diagnoz:yashin tezligida ketadigan anafilaktik shok gemodinamik varianti

Anamnez

- 1.Bemor nimadan shikoyat qilishini surash
- 2.Oilada allergik kasalligi borligini aniqlash
- 3.Kasallik tufayli qaerga murojat kilgan (QVP, poliklinika)
- 4.Qaysi dorilarga allergiyasi borligini aniqlash

5. Qaysi oziq-ovqat maxsulotlariga allergiyasi borligini aniqlash
6. Oilaviy xayoti, xomiladorligi, tugruk soni, abort kilinganligi
7. Oilasida va avlod ajdodida allergik kasalliklar bilan kasallanganlar bormi
8. Ish joyi (ishlaydi, ukiydi). Ish joyining ekologiyasi

Fizikal tekshirishlar

1. Bemor teri rangiga, teridagi toshmalarga e`tibor beriladi.
2. Teridagi toshmalar xarakteriga e`tibor beriladi: papullyoz, papulovezikulyar, gemorragik
3. Kon bosimi ikkala kulda ulchab kuriladi.
4. Tomir urishi sanaladi
5. Yurak soxasi auskul'tativ eshitib kuriladi
6. Ikkala o`pka auskul'tativ eshitib, bir xil nafas olib chikarish aytiladi
7. Umumiy kon taxlildagi qaysi kursatkichlarga e`tibor beriladi
8. Instrumental tekshirishlar usullarining qaysi biridan foydalaniladi

Birinchiez tibbiy yordam ko`rsatish tartibi

1. Kal'tsiy xlor 10% 10 ml v\v
2. Tiosul'fat natriy 30 % 10 ml v\v
3. Dimedrol 1% li 1 ml v\m
4. Eufillin 2.4 % 10 ml
5. Prednizolon 30 mg v\m
6. Furosemid 2 ml v\m
7. Tozalovchi klizma
8. Dietoterapiya

Vaziyatli masala №4

Bemor 35 yoshli ayol. Poliklinika shifokoriga burundan suv okishi, kuzi kizarib kichishi, yosh kelishi, nafas yullarining kichishib, nafas yetishmovchiligi belgilari, yo'tal kabilarga shikoyat qiladi. Bemor uzini 3 yildan beri kasal deb xisoblaydi. Anamnezida avgust-sentyabr' oylarida kuzgalishini aytadi. Bemordan anamnez yigib tekshiring va davolash tartibini sanab o`ting

Tashxis:

Ob`ektiv tekshiruv:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____

Fizikal tekshirish

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____

Birinchi tez tibbiy yordam ko`rsatish tartibi

1. _____
2. _____

3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____

Diagnoz:Pollinoz, rinokon'yuktival formasi

Anamnez

- 1.Bemor nimadan shikoyat qilishini surash
- 2.SHikoyatlari qachon boshlanishi, qaysi usimliklar bilan boglikligi, qancha vakt davom etishi
- 3.Kasallik tufayli qaerga murojat kilgan (QVP, poliklinika, xech qaer)
- 4.Kasalligi tufayli kanday davolash usullaridan foydalangan
- 5.Oilaviy anamnez
- 6.Nechta tugruk, abort soni, xoimladorlik kanday kechganligi, xoimladorlik toksikozlari, ovqatlanish rejimi
- 7.Oilasida va avlod ajdodida allergik kasalliklar bilan kasallanganlar bormi
- 8.Ish joyi (ishlaydi, ishlamaydi). Ish joyining ekologiyasi

Fizikal tekshirishlar

- 1.Bemor teri rangiga, umumiy axvoliga e`tibor beriladi.
- 2.Burun shilliq qavati rinoskop yordamida tekshiriladi
- 3.Kuz shilliq qavatini tekshirish
- 4.Nafas olish soni sanaladi
- 5.Ikkala o`pka auskul'tativ ekspirator va inspirator nafas eshitib kuruladi
- 6.Umumiy kon taxlilidagi qaysi parametrlarga e`tibor beriladi
- 7.Ikkala kulda AB ulchanadi
- 8.O`pka ni spirografiya usulida tekshirish

Davolash tartibi

- 1.Allergen bilan kontakt bo`lishini oldini olish
- 2.Antigistamin preparatlarini ishlatish
- 3.Tomir toraytiruvchi preparatlarni kullash
- 4.Nospetsifik giposensibilizatsiya
- 5.Glyukokortikoidlar
- 6.Spetsifik giposensibilizatsiya
- 7.Immunostimulyatorlar kullash
- 8.Autogemoterapiya

Vaziyatli masala№5

Bemor 25 yoshda vrach qabuliga kelganda qorin soxasida bir-biriga kushiluvchi qavarchiqlarning toshishi, teri kichishining kuchliligi, shuningdek kul-oyoklari bukiluvchi yuzalarida qavarchiqlarning toshishiga shikoyat qiladi. Bemor 10-15 kundan buyon kasal deb xisoblaydi. Kasalligi tufayli gastroenterologga murojat kilgan va davolangan. Bemordan anamnez yigib tashxis kuying va davolash tartibini sanab o`ting

Tashxis:

Ob`ektiv tekshiruv:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

5. _____
6. _____
7. _____
8. _____

Fizikal tekshirish

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____

Birinchi tez tibbiy yordam ko'rsatish tartibi

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____

Diagnoz:

O'tkir eshakem (Oziq-ovqat maxsulotiga)

Anamnez

1. Bemor nimadan shikoyat qilishini surash
2. SHikoyatlari qachon boshlanishi, nimalar bilan bog'liligi
3. Toshmalar qachon toshishi nima bilan bog'likligini aniqlash
4. Yo'talning xarakterini, ko'zish vaktini aniqlash
5. Kasallik tufayli qaerga murojat qilgan (QVP, poliklinika, xech qaer)
6. Kasalligi tufayli kanday davolash usullaridan foydalangan
7. Oilaviy anamnez
8. Ish joyi (ishlaydi, ishlamaydi). Ish joyining ekologiyasi

Fizikal tekshirishlar

1. Bemorning umumiy axvoli, teri rangiga, limfa tugunlari xolatiga e'tibor beriladi.
2. Bemorning teridagi toshmalar xarakteriga e'tibor beriladi
3. O'pkani pal'patsiya usulida tekshirish
4. O'pkani auskul'tativ eshitish, ekspirator va inspirator nafasni eshitish
5. Qorin soxasida pal'patsiya o'tkazish (qorin simptomlari diagnostikasini o'tkazish)
6. Umumiy qon taxlilini o'tkazish
7. Trombotsitopenik va leykopenik testni o'tkazish
8. Umumiy axlat taxlilini tekshirish

Davolash tartibi

1. Bemorni davolashda gumon kilinayotgan maxsulotni 7-10 kunga iste'moldan chikarib tashlash
2. Asosiy parxezdan eng kuchli allergenlik xususiyatiga ega bo'lgan maxsulotlarni chikarish
3. Spetsifik giposensibilizatsiya
4. Antigistamin preparatlar
5. Nospetsifik giposensibilizatsiya
6. Tomir toraytiruvchi preparatlar
7. Glyukokortikoidlar

8. Tozalovchi klizma

Vaziyatli masala №6

Bemor 35 yoshda. Vol'taren tabletkasini qabul qilgandan keyin nafas olishi qiyinlashganiga shikoyat qiladi. Anamnezida bir necha marta LOR bo'limida burundagi polliplarni yukotish uchun davolangan, yil buyi rinosinusit xam bezovta qiladi. Bemordan anamnez yigib tashxis kuying va davolash tartibini sanab o'ting

Tashxis:

Ob`ektiv tekshiruv:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____

Fizikal tekshirish

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____

Birinchi tez tibbiy yordam ko'rsatish tartibi

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Javob:

1. dastlabki diagnoz: aspirinli astma

Anamnez

1. Bemor nimadan shikoyat qilishini surash
2. SHikoyatlari qachon boshlanishi, nimalar bilan bog'liligi
3. Toshmalar qachon toshishi nima bilan bog'likligini aniqlash
4. Yo'talning xarakterini, ko'zish vaktini aniqlash
5. Kasallik tufayli qaerga murojat qilgan (QVP, poliklinika, xech qaer)
6. Kasalligi tufayli kaday davolash usullaridan foydalangan
7. Oilaviy anamnez
8. Ish joyi (ishlaydi, ishlamaydi). Ish joyining ekologiyasi

Fizikal tekshirishlar

1. Bemorning umumiy axvoli, teri rangiga, limfa tugunlari xolatiga e'tibor beriladi.
2. Bemorning teridagi toshmalar xarakteriga e'tibor beriladi
3. O'pka ni pal'patsiya usulida tekshirish
4. O'pka ni auskul'tativ eshitish, ekspirator va inspirator nafasni eshitish
5. Qorin soxasida pal'patsiya o'tkazish (qorin simptomlari diagnostikasini o'tkazish)
6. Umumiy qon taxlilini o'tkazish

7.Trombotsitopenik va leykopenik testni o'tkazish

8.Umumiy axlat taxlilini tekshirish

Davolash tartibi

1.Nosteroidli preparatlarni man etish

2.Əufillin 2,4%-5,0ml v\i,

3.Antigistamin preparatlar

4.Allergolog dispanser nazoratida turish

Vaziyatli masala№7

Bemor 32 yoshda, bahorda kuz kichishi va kovoklarni kizarib ketishidan. Kuz ichida kum tulib kolgandek xis paydo bulanida, yoruglikka karay olmaslik, kuzdan yosh okishiga shikoyat qiladi. Sizing tashxisingiz, bemorni kanday davolaysiz?

Tashxis:

Ob`ektiv tekshiruv:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____

Fizikal tekshirish

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____

Birinchi tez tibbiy yordam ko'rsatish tartibi

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Javob:

dastlabki diagnoz: pollinoz, kon`yuktival shakli

Anamnez

1.Bemor nimadan shikoyat qilishini surash

2.SHIkoyatlari qachon boshlanishi, nimalar bilan bogliligi

3.Toshmalar qachon toshishi nima bilan boglikligini aniqlash

4. Yo'talning xarakterini, ko'zish vaktini aniqlash

5.Kasallik tufayli qaerga murojat kilgan (QVP, poliklinika, xech q aer)

6.Kasalligi tufayli kanday davolash usullaridan foydalangan

7.Oilaviy anamnez

8.Ish joyi (ishlaydi, ishlamaydi). Ish joyining ekologiyasi

Fizikal tekshirishlar

1. Bemorning umumiy axvoli, teri rangiga, limfa tugunlari xolatiga e`tibor beriladi.
2. Bemorning teridagi toshmalar xarakteriga e`tibor beriladi
3. O`pka ni pal`patsiya usulida tekshirish
4. O`pka ni auskul`tativ eshitish, ekspirator va inspirator nafasni eshitish
5. Qorin soxasida pal`patsiya o`tkazish (qorin simptomlari diagnostikasini o`tkazish)
6. Umumiy qon taxlilini o`tkazish
7. Trombotsitopenik va leykopenik testni o`tkazish
8. Umumiy axlat taxlilini tekshirish

Davolash tartibi

1. Gistaminga karshi preparatlar
2. Intal
3. Kuzning allergik yalliglanishida Optikrom
4. Burun kasalliklarida Lomizol

Vaziyatli masala №8

Bemor 40 yoshda, burun va burun- xalkum yullarida kichish, aksirish, burundan kup miqdorda suvsimon ajralmaning kelishi, burun orkali nafas olishning kiynlashuviga shikoyat qiladi. Uy xayvolar bilan kontaktda bo`lgandan keyin simptomlar kuchayadi . Sizing tashxisingiz, bemorni kanday davollaysiz?

Tashxis:

Ob`ektiv tekshiruv:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____

Fizikal tekshirish

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____

Birinchi tez tibbiy yordam ko`rsatish tartibi

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Javob:

dastlabki diagnoz: Allergik rinit

Anamnez

1. Bemor nimadan shikoyat qilishini surash

2. SHikoyatlari qachon boshlanishi, nimalar bilan bog'liligi
3. Toshmalar qachon toshishi nima bilan bog'ligini aniqlash
4. Yo'talning xarakterini, ko'zish vaktini aniqlash
5. Kasallik tufayli qaerga murojat qilgan (QVP, poliklinika, xech qer)
6. Kasalligi tufayli kaday davolash usullaridan foydalangan
7. Oilaviy anamnez
8. Ish joyi (ishlaydi, ishlamaydi). Ish joyining ekologiyasi

Fizikal tekshirishlar

1. Bemorning umumiy axvoli, teri rangiga, limfa tugunlari xolatiga e'tibor beriladi.
2. Bemorning teridagi toshmalar xarakteriga e'tibor beriladi
3. O'pkani pal'patsiya usulida tekshirish
4. O'pkani auskultativ eshitish, ekspirator va inspirator nafasni eshitish
5. Qorin soxasida pal'patsiya o'tkazish (qorin simptomlari diagnostikasini o'tkazish)
6. Umumiy qon taxlilini o'tkazish
7. Trombotsitopenik va leykopenik testni o'tkazish
8. Umumiy axlat taxlilini tekshirish

Davolash tartibi

1. Allergen bilan uzviylikni yukotish
2. Tomir toraytiruvchi preparatlarni kullash
3. Antigistamin preparatlarni kullash
4. Spetsifik giposensibilizatsiya
5. Dispanserizatsiya allergolog nazoratida doimiy ravishda bo'lish

Vaziyatli masala №9

30 yoshli bemorda ovqat maxsulotlari (makaron, limonad, fanta ichimligi) ga allergiya bo'lib, badaniga toshma toshgan va nafas kisish xuruji bo'lgan. Ikki marta aspirin va anal'gin tabletkasi ichganda xam shunday bo'lgan. Vrachga kursatganda burnida polip borligi (ikki marta polipni oldirib tashlagan) aniqlangan. Sizning tashxisingiz, bemorni kaday davollaysiz?

Tashxis:

Ob`ektiv tekshiruv:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____

Fizikal tekshirish

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____

Birinchi tez tibbiy yordam ko'rsatish tartibi

1. _____
2. _____
3. _____

Javob:

Diagnoz: Aspirinli astma

Anamnez

1. Bemor nimadan shikoyat qilishini surash
2. SHikoyatlari qachon boshlanishi, nimalar bilan bogliligi
3. Toshmalar qachon toshishi nima bilan boglikligini aniqlash
4. Yo'talning xarakterini, ko'zish vaktini aniqlash
5. Kasallik tufayli qaerga murojat qilgan (QVP, poliklinika, xech qae)
6. Kasalligi tufayli kandy davolash usullaridan foydalangan
7. Oilaviy anamnez
8. Ish joyi (ishlaydi, ishlamaydi). Ish joyining ekologiyasi

Fizikal tekshirishlar

1. Bemorning umumiy axvoli, teri rangiga, limfa tugunlari xolatiga e'tibor beriladi.
2. Bemorning teridagi toshmalar xarakteriga e'tibor beriladi
3. O'pka ni pal'patsiya usulida tekshirish
4. O'pka ni auskul'tativ eshitish, ekspirator va inspirator nafasni eshitish
5. Qorin soxasida pal'patsiya o'tkazish (qorin simptomlari diagnostikasini o'tkazish)
6. Umumiy kon taxlilini o'tkazish
7. Trombotsitopenik va leykopenik testni o'tkazish
8. Umumiy axlat taxlilini tekshirish

Davolash tartibi

1. Aspirinli bronxial astmani davolash uchun tarkibida salitsilatlar bor ovqat maxsulotlari (tsitrus mevalar, olxuri, bodring, tomatvax.k)
2. Nosteroid yalliglanishga karshi dori moddalarni berish mumkin emas.
3. Allergolog nazoratida turish

Vaziyatli masala №10

Bemor 26 yoshda, futbolchi, tez uynagani natijasida xavo yetishmasligi bezovta kilib uyin maydonidan chiqib ketgan, auskul'tatsiyada xushtaksimom nafas olish eshitilgan. Ob`ektiv tekshirilganda ichki a`zolarida patologik o'zgarishlar aniqlanmagan. Spirogramma kilinganda bronxlar utkazuvchanligi uzgargan. Vrach unga futbol uynamasligi kerakligini aytgan. Sizning tashxisingiz, bemorni kandy davolaysiz?

Tashxis:

Ob`ektiv tekshiruv:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____

Fizikal tekshirish

1. _____
2. _____

3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____

Birinchi tez tibbiy yordam ko'rsatish tartibi

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Javob:

Diagnoz: Bronxial astma (jismoniy zurikishdan keyin rivojlanadigan astma)

Anamnez

1. Bemor nimadan shikoyat qilishini surash
2. SHikoyatlari qachon boshlanishi, nimalar bilan bogliligi
3. Toshmalar qachon toshishi nima bilan boglikligini aniqlash
4. Yo'talning xarakterini, ko'zish vaktini aniqlash
5. Kasallik tufayli qaerga murojat qilgan (QVP, poliklinika, xech qer)
6. Kasalligi tufayli kandy davolash usullaridan foydalangan
7. Oilaviy anamnez
8. Ish joyi (ishlaydi, ishlamaydi). Ish joyining ekologiyasi

Fizikal tekshirishlar

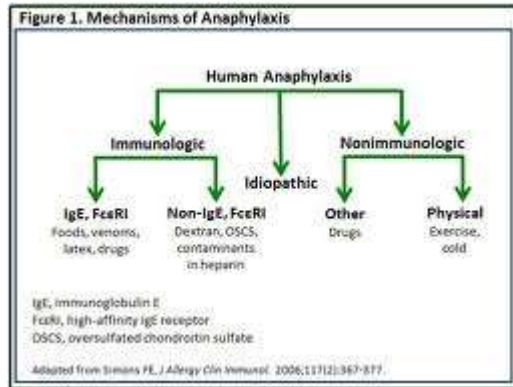
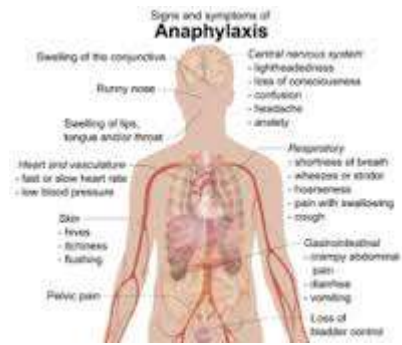
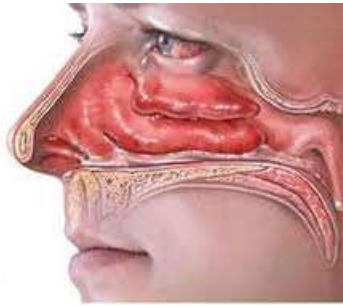
1. Bemorning umumiy axvoli, teri rangiga, limfa tugunlari xolatiga e'tibor beriladi.
2. Bemorning teridagi toshmalar xarakteriga e'tibor beriladi
3. O'pka ni pal'patsiya usulida tekshirish
4. O'pka ni auskul'tativ eshitish, ekspirator va inspirator nafasni eshitish
5. Qorin soxasida pal'patsiya o'tkazish (qorin simptomlari diagnostikasini o'tkazish)
6. Umumiy kon taxlilini o'tkazish
7. Trombotsitopenik va leykopenik testni o'tkazish
8. Umumiy axlat taxlilini tekshirish

Davolash tartibi

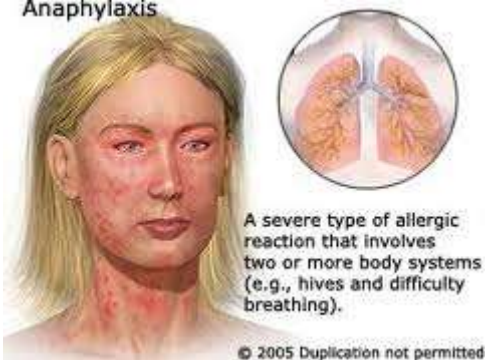
1. Eufillin 2,4%-5,0ml v/i
2. Antigistamin preparatlar,
3. Fizik zurikishni oldini olish.
4. Dispanserizatsiya allergolog nazoratida doimiy ravishda bo'lish







Anaphylaxis



3.4. Testlar

Provokatsion sinamalarga kiradi (1 tasidan tashkari)

Leykotsitoliz

Konyuktival

Ingalyasion

Nazal

Teri sinamalariga kiradi

Xamma javoblar to'g'ri

Applikatsion

Skarfikatsion

Teri ichi

Allergik kasalliklar diagnostikasida nimaga e'tibor berish kerak

xammasi

kasallik tabiatini aniqlash

kasallik chin eki psevido allergik ekanligini

aniqlash

kasallik etiologiyasini aniqlash

Teri sinamalaridan miqdoriy sinama nimani belgilaydi

sensibilizatsiya darajasini

shu allergenga sensibilizatsiya bor eki yukligini

allergen chin eki psevido allergiya ekanligini

allergen turini

Eliminatsion testlarga kiradi 1 tasidan tashkari:

kumbs reaksiyasining musbatligi

sutsiz dieta

tuxumsiz dieta

donli maxsulotlarsiz dieta

Surunkali eshakemning uziga xos belgisi:

kiynovchi kichish va teri infitsirlanishi

terida tez tarkaluvchi toshmalarning bo'lishi

monomorf toshmalarning bo'lishi

gemorragik toshmalarning bo'lishi

Psevidoallergik eshakemning chin allergendan farki

xamma javoblar to'g'ri

eliminatsion testlarning manfiyligi

konda bilirubin miqdorining oshishi

o.i. kasalliklarni davolaganda oxirgi effekt berishi

Psevidoallergik krapivnitsaning sababi

oshkazon ichak sistemasi kasalliklari

derma surgich qavatining shishi

allergenlarning organizmga ta'siri

terining jaroxatlanishi

Eshakemning utkir davri qancha davom etadi.

5-6 haftagacha

bir necha soatdan 2 sutkagacha

24 soat

1 oygacha

Irsiy angionevrotik shishning xarakterli belgilari (bittasidan tashkari)

kasallikning ko'zishi allergen bilan kontaktga boglik

krapivnitsaning bulmasligi

antigistamin prepatlar bilan davolanishning

noeffektivligi

konda Ig E miqdorining normada bo'lishi

Rinit turlari

barcha javoblar to'g'ri

yil davomida kechuvchi allergik rinit

vazomotor rinit

atopik bulmagan rinit

Allergik rinitni davolash

barcha javoblar to'g'ri

spetsifik immunoterapiya

antigistamin preparatlar

gistoglobulin, intal

Rino konyuktival sindromga kiradi

barcha javoblar to'g'ri

kovoklar shishi va kizarishi

kuzdan esh ketishi va kuzda kum xissi

burundan suv ketish

Uxlatuvchi va sedativ ta'siri bulmagan antigistamin preparatlar

diazolin

pipolfen

suprastin

tavegil

Allergik rinit asorati

polip, urta otit, atonik bronxial astma

konyuktival

allergik bronxit

bronxoektaz

1 sm 2 li doka bo'lakchasini allergenli eritmaga

shimdirib, yuzasiga kuyish orkali

utkaziladigan teri sinamasi

applikatsion

skarfikatsion

teri ichi

kontagioz

Anafilaktik shokning klinik variantlari ichidan ortikchasini chikaring

gipertonik

gemodinamik

serebral

asfiktik

Maishiy allergenlar bilan spetsifik davolashga ko'rsatma

remissiya davridagi atopik br.astma

remissiya davridagi aralash br.astma

remissiya davridagi pollinoz

eshakem

Utkir eshakemda tavsiya qilinadigan meva, sabzavotlar:

karam
uzum
qizil olma
kovun, tarvuz

Laella sindromiga olib keladi:

dori allergiyasi
ovqat allergiyasi
insekt allergiyasi
kortikosteroidlar tuxtatilganda

Eliminatsiya effekti qaysi xolat uchun xarakterli

atopik BA
aralash BA
vazomotor rinit
medikamentoz allergiya

Kvinke shishining xarakterli xususiyati

tusatdan boshlanib, tusatdan tugash
shish soxasida teri giperemiyasi
sekin paydo bo'lib sekin kaytishi
miokard ishemiyasi

Sutka davomida xavoda chang eng kup bo'ladigan vakt

ertalab
kechkurun
tushlikda
tunda

Gapten nima

dori va kimeviy elementlardan tashkil topgan allergen
bronxospazmda kullanidigan preparat
bronxospazmni oldini olishda ko'llaniladigan dori-darmonlar
yalliglanish mediatorlari

Astmatik statusda o'pka da nima eshitaladi

quruq xushtaksimom xirillashlar
vezikulyar nafas
bronxial nafas
quruq xirillash

Astmaning qaysi turida eufillin effektiv

infeksion astma
noinfeksion astma
allergik forma
aralash forma

Penitsillin allergiyasida spetsifik davo:

1 mln ED penitsillinaza
adrenalin
korglikin
natriy gidrokarbonat

Krapivnitsada shish kuprok terining qaysi qavatida bo'ladi

surgichsimon qavat

dermik avat
epidermik qavat
mezoderma qavatida

Pollinozda kon umumiy taxlilida kuzatiladi:

yukori eozinofiliya
yukori leykotsitoz
trombotsitopeniya
SOE oshishi

Teri va shilliq pardalarning bullez zararlanishi, epidermis kuchishi bilan xarakterlanadigan sindrom qaysi katorda to'g'ri kursatilgan

laella sindromi
Nikolskiy sindromi
Abso Ganzen sindromi
Stivens-Djonson sindromi

Epidermis kichishi

ogiz bushligi shilliq qavatida aftoz, nekrotik yarali stomatit
pufakchalar bosilganda pufak periferiyasi buylab pufak ulchami kattalashadi
barcha javoblar to'g'ri
stomatit

Dori allergiyasini keltirib chiqaruvchi preparatlar

antibiotiklar
garmonlar
trankvilizatorlar
biguanidlar

Kvinke shishi bu...

a'zolarining shilliq qavatida teri osti eg qavatlarida chegaralangan eki diffuz shish paydo bo'lishi
o'pka ning utkir yalliglanishi
utkir yiringli yalliglanish
xammasi to'g'ri

Astma pristupida rentgendagi o'zgarishlar

o'pka tinikligining oshishi, kovurgalar oraligining kengayishi va gorizontol joylashishi
o'zgarishsiz

chegaralangan gomogen soya diafragmaning yukoriga ko'tarilishi

Teri sinamalariga kirmaydi

ekspozitsion
applikatsion
skarfikatsion
teri ichi

Anafilaktik shokda terining rangi

okish ko'kimtir, maramarsimon
ok qizil
okish ko'kimtir
sarik

Provakatsion sinamalar kasallikning qaysi davrida utkaziladi

remissiya davrida
avj olgan davrida
xuruj davrida
utkazilmaydi

Provakatsion sinamalarni sanang:

barcha javoblar to'g'ri
konyuktival, nazal
ingalyasion, sovuklik, issiklik
leykotsitopenik, trombositopenik, ekspozitsion

Kvinke shishininig xarakterli xususiyati:

tusatdan boshlanib tusatdan tugashi
shish soxasida terining giperemiyasi
miokard ishemiyasi
to'g'ri javob yuk

Kvinke shishini davolash

adrenalin, suprastin, prednizalon, plazma kuyish
kalipsol, arduan
suprastin, natriy xlor
kon kuyish

Maishiy allergenlar organizmga qaysi yul bilan ta'sir qiladi.

ingalyasion yullardan
ovqat xazm qilish traktidan
teri orkali
shilliq qavatlar orkali

O'pka eozinofiyali infiltrati davosi (noto'g'ri javobni toping)

antibakterial terapiya
allergiyani yukotish
spetsifik terapiya
antiiallergik terapiya

Oziq-ovqat maxsulotlaridan allergiya vujudga kelganda klinikada kanday belgilar kuzatiladi

kichish, tomoqda achishish, kusish, ich ketish, teri
kizarishi, urtikar toshmalar toshishi
toshma toshishi, bosh ogrishi, temperatura
temperatura, nafas yetishmovchiligi
oeklarda shish

Tezda rivojlanuvchi allergiya simptomi

anafilaktik shok
eshakem
allergik rinit
barchasi

Astma kasalligida spetsifik laboratoriya

o'zgarishlari

eozinofiliya, kurshman spirali, SHarko-Leyden
kristallari
leykotsitoz atopik va infeksiyon formada
SOE, leykotsitoz
barchasi to'g'ri

Eshakem immunologik xususiyatlariga kura necha tipga ajratiladi

3 xil
2xil
4 xil
8 xil

Gaptenlarning necha xili mavjud

2 xil
4 xil
6 xil
1 xil

Psevdoallergik eshakemning rivojlanish patogenezi necha bosqichda kechadi

3
2
4
6

Eliminatsion sinama bu ...

allergen bilan kontakti kamaytirish eki yukotish
bilan etiologik faktorni aniqlash
ichki a'zolarga allergen ta'sir ettirish
teriga allergenni yuborish
to'g'ri javob yuk

IgE fraksiyasini qaysi metod erdamida aniqlanadi

laborator metod
teri sinamalari

pravakatsion sinamalar
eliminatsion sinamalar

Spetsifik tekshirish usullariga kirmaydi:

anamnez
provakatsion
eliminatsion

teri sinamalari

Allergik rinitda shokli organ:

burun
kulok
kul
kuz

Eshakem asosan qaysi eshda kup uchraydi

21-60
10-70
5-55
20-30

Kvinke shishi uchraydigan eng xavfli organ

xiqildoq
til
lab
tish

Anafilaktik shokning klinik variantlari:

barcha javoblar to'g'ri
gemodinamik
serebral

asfiktik

Pollinoz suzining ma'nosi

chang zarra

xid

shilliq

isitma

Eshakemning patogenetik jixatdan turi

allergik, psevd allergik

trombotsitopenik

mavsumiy

to'g'ri javob yuk

Anafilaktik shokning engil kechishi qancha davom etadi

2 min-2 soat

3 kun

5 kun

12-24 soat

Eshakemning necha turi farqlanadi

allergik va psevd allergik

allergik, utkir

utkir va surunkali

tez va sekin kechuvchi

Teri passiv sinamasiga kiradi:

skarifikatsion

applikatsion

teri ichi sinamasi

Paraustnitsa-Kyustnera reaksiyasi

Spetsifik giposensibilizatsiya kasallikning qaysi davrida amalga oshiriladi

kasallik remissiyasida.

kasallik kuziganda

kasallik avj olganda.

butunlay sogayganda.

Nospetsifik giposensibilizatsiya qaysi vaktda beriladi.

allergen turi noma'lum bo'lganda.

organizmni allergenga nisbatan sezgirligi

pasayganda.

sezgirlik oshganda.

kasallik kuziganda.

Anafilaktik shok quyidagi simptomlar bilan kechadi.

Xammasi

k/b tushishi.

tomirlar utkazuvchanligining oshishi.

kon ivishining susayishi.

Atopik dermatitlar asosan tananing qaysi qismlarida uchraydi.

kul teri qismida

kupincha chanok son soxasida.

qorin soxasida.

yuz va bosh soxasida.

Atopik dermatitlar asoratiga kiradi. bittasidan tashkari.

absesslar

impetigo shaklida terining yiringlashi.

chukur follikulit

gangrena.

Atopik dermatitni maxalliy davolash uchun eng effektiv.

burov suyukligi bilan primochka

furatsillin bilan primochka

gidroperit bilan primochka

yukoridagilarning xammasi noto'g'ri.

Toksik dori - reaksiyalariga kiradi.

katta dozalar

terapevtik dozalar toksik ta'siri.

buyrak va jigar patologiyasi

kanserogen

Dorining nojuya ta'siriga kiradi.

xammasi

toksik reaksiya.

superinfeksiya va disbakterioz

organizm sezuvchanligi bilan bogliq reaksiyalar

Tezda rivojlanuvchi allergiya simptomi .

anafilaktik shok.

eshakemi.

bronxial astma.

allergik rinit.

Astma kasalligida laboratoriya javobini ko'rsating.

eozinofiliya, kurshman spirali, sharko -leyden kristallari.

leykotsitoz atopik va infeksiyon formada xam bir xil.

trombotsitopeniya ikkala formada.

eritrotsitlar chukish tezligining oshishi.

Astmaning ikkala formasida balgamda uchraydigan laborator belgilar.

eozinofiliya, sharko-leyden kristali, kurshman

spirali, neytrofil leykotsitlar

leykotsitoz, trombotsitopeniya neytrofilez.

eritrotsitlar, leykotsitoz.

tuberkulez taekchalari topilishi.

Astma pristupida rentgendagi o'zgarishlar.

o'pka tinikligining oshishi, kovurgalar

oraligining kengayishi va gorizonta joylashishi

tokcha simptomi

chegaralangan gomogen soya.

diafragmaning yukoriga ko'tarilishi.

Dori allergiyasini eng kup chakiruvchi preparatlar.

antibiotiklar

gormonlar

trankvlizator

nootrop vositalar

Allergik kasalliklarni kelib chiqishda asosiy rol uynovchi faktor.

nasldan - naslga utish

tugruk paytidagi jaroxatlar.

ekstragenital kasalliklar

jigar kasalligi

Kvinke shishi nima.

a'zolarning shilliq qavatlarida, teri osti eg qavatlarida chegaralangan eki diffuz shish paydo bo'lishi

o'pka ning utkir yalliglanishi

utkir yiringli yalliglanish

a'zolarning shilliq qavatlarida diffuz shish paydo bo'lishi

Kvinke shishini davolash.

Adrenalin, suprastin, prednizolon, plazma kuyish kalipsol, arduan, adrenalin, droperidol

suprastin, natriy xlor

glyukoza 5%-400,0

Adrenalin gidroklorid dozasini ko'rsating.

0,1%-1,0

1%-1,0

3%-3,0

1%-2,0

Dimedrol dozasini ko'rsating

1 %-1,0

2%-1,0

0,1% -2,0

0,8%-1,0

Bronxospazmni oldini oladigan vositalar.

intal

adrenalin

paratsetamol

analgin

V - adrenostimulyatorlar effektli xisoblanadi.

Infeksion - allergik astmada.

noinfeksion - allergik astmada.

aralash formada.

grippdan

Astmaning qaysi turida eufillin effektiv (nisbatan).

Infeksion astmada.

noinfeksion astmada.

aralash astmada.

xammasi to'g'ri.

Krapivnitsada shish kuprok terining qaysi qavatida bo'ladi.

Surgichsimon qavatida.

dermis qavatida.

epidermis qavatida.

mezoderma qavatida.

Krapivnitsa 100 ta shaxar axolisi xisobida qancha nisbatda uchraydi.

16,4.

10,1

12,1

15,3

Kvinke shishida shish terining qaysi qismiga borgan bo'ladi.

Derma va teri osti qavatiga.

epidermis.

surgichsimon qavati

mezodermisda.

Anafilaksiya termini bu:

Kayta ximoya.

kayta tirilish.

nafas yetishmovchiligi.

yurak kon-tomir yetishmovchiligi.

Bronxial astma kasalligida palpatsiyada ovoz dirrilashi.

Susayadi.

kuchayadi.

eshitilmaydi.

normada.

Anafilaktik reaksiya penitsillindan k/ch bulsa antidot sifatida nima yuboriladi.

Penitsillinaza 1000000 ed + 0,9 % natriy xlor v/i.

glyukoza 40% - 20,0

protamin sulfat 20% - 10,0

insulin 15 ed.

Teri sinamalariga kirmaydi.

Kon'yuktival.

applikatsion

skarifikatsion

praustnitsa - kyustner reaksiyasi.

Astma statusini kompensatsiya bosqichidagi klinik belgilar.

Kukrak kafasi xarakati susaygan, perkussiyada

kutichasimon tovush., auskultatsiyada quruq

xushtaksimon xirillash.

es xushi yukolgan, bemor nafasi yuzaki.

perkussiyada tumtok, auskultatsiyada quruq va

xul xirillash eshitiladi.

bemorda diffuz sianoz, nafas olish yuzaki.

Astmatik statusning dekompensatsiya fazasida kondagi kislorod va karbonat angidritning porsial bosimi qancha bo'ladi.

SO₂ 80 - 70 mm.s.u. O₂ 40 - 30 mm.s.u.

SO₂ 40 - 50 mm.s.u. O₂ 60 - 80 mm.s.u.

SO₂ 50 - 70 mm.s.u. O₂ 50-60 mm.s.u.

SO₂ 40 - 60 mm.s.u. O₂ 60 - 70 mm.s.u.

Infeksion astma necha eshda uchraydi.

45.-50 eshdan keyin.

yueshdankeyin.

kariyalarda.
chakaloklarda

Ekspozitsion issik sinama necha gradus issik suv bilan qilinadi.

70.-60

10-20

30-35

50-60

Dorilarning allergik ta'sirining zamonaviy turlarini ko'rsating.

Superinfeksiya va disbakterioz.

toksik reaksiya.

yarisha - gersgeymera sindromi.

sezuvchanlik reaksiyasi, psixogen reaksiyasi.

Pollinozlarning davolashning asosiy qismi kasallikning qaysi davrida utkaziladi.

Remissiya davrida.

boshlanish davrida.

dekompensatsiya davrida.

asoratlanish davrida.

Pollinozlarni davolashning asosiy zamonaviy effektiv usulini ko'rsating.

Spetsifik giposensibilizatsiya.

simptomatik davolash.

nyp terapiya

fizioterapiya.

Spetsifik giposensibilizatsiya metodlarini ko'rsating.

Xammasi to'g'ri.

allergenlarning suv-tuz ekstrakta bilan mavsum

oldi davolash.

iiil davomida uzluksiz davolash.

allergenlarni depolash metodi.

Krapivnitsa kupincha qaysi eshda kuzatiladi.

21.-60

10-15

5-10

2 - 4

Krapivnitsaning kanaka fizik turlarini bilasiz: xammasi bittasidan tashkari.

Xolinergik.

mexanik.

sovuklik.

idiopatik.

Gapten nima.

Dori - darmon va ximiyaviy moddalar (allergiya keltirib chiqaruvchi)

bronxospazmda ko'llaniladigan modda

antigistamin preparatlar.

yalliglanish mediator.

Astma statusini kompensatsiya bosqichida kondagi kislorod va karbonat angidritning porsial bosimi nechaga teng bo'ladi.

O₂ - 80 - 90 mm.s.u. SO₂ - 10 - 15 mm.s.u.

O₂ - 60 - 70 mm.s.u. SO₂-35-45mm.s.u.

O₂ - 40 - 50 mm.s.u. SO₂ - 55 - 60 mm.s.u.

O₂ - 70 - 80 mm.s.u. SO₂ - 25 - 15 mm.s.u.

Visotta - Oldrich sindromini tashkil qiladigan simptom va omillarga kiradi, bittasidan tashkari.

Ekzema

brutton agammaglobulinemiyasi.

kaytalanuvchi urta otit

kon zardobida IgM miqdorining kamligi.

Allergik kasalliklarni tashxislashda ko'llaniladigan usullar

provakatsion usullar

kondagi zaxarlar miqdori

adaptatsion sinamalar

eliminatsion test

Provakatsion sinamalarga kiradi

priktest

immunologik analiz

kon analizi

anamnez yigish

Praustnits Kyustner usulida nima aniqlanadi

kondagi reaginlar miqdori

kondagi zaxarlar miqdori

eozinofillar soni

leykotsitlar soni

Burun va kuz shilliq qavatida yalliglanish bilan kuzatiladigan kasallik

rinokonyuktival sindrom

bronxospastik sindrom

allergik rinit

allergik konyuktivit

Pollinozni keltirib chikaruchi sabab

usimlik changlari

endoallergenlar

sanoat changlari

xar xil xidlar

Kon oksili bilan kushilgan allergenlar

gaptenlar

antigen tabiatli oksillar

dori vositalari va zaxarlar

kon xujayralari

Layella sindromida terining zararlanishi

80-90%

60-70%

50-40%

30-40%

Asbo-Xansen va Nikolskiy simptomi xos

Layella sindromi

allergik dermatit

kup shaklli eritema

ekzema

Asbo-Xansen simptomi nima

suyuklik saklangan pufakchani bosganda atrofga tarkalishi
pufakchadagi pinset bilan tortganda atrofdagi teri kushilishi

terida eritematoz o'zgarishlar
epidermis kuchishi

Stivens-Djonson sindromi dori vositasini qabul qilgandan sung qancha vakt dan sung yuzaga keladi

4-6 soat

1-2 soat

1 sutkadan keyin

1 xaftadan sung

Anafilaktik shok klinik kurinishlariga kirmaydi

oftalmologik

serebral

asfiktik

abdominal

Anafilaktik shok turlariga kirmaydi

utkir kechuvchi

yashin tezligida kechuvchi

abortik

kaytalanuvchi

Eshakemi toshmalariga xos xususiyat

qavarchiq

papula

eritema

pustula

Eshakemi toshmalariga xos xususiyat

kuchli kichishish

og'riq

kizarish

xammasi to'g'ri

Anafilaktik shok suzining ma'nosi

uz-uzini ximoya qilish

tezkor reaksiya

kuchli og'riq

sekin reaksiya

Dori-darmon ta'sirida vujudga keladigan kasallikning eng ogir xili

Layell sindromi

Stivens -_Djonson sindromi

Nikolskiy sindromi

Xammasi to'g'ri

Antigistamin dori vositalarini ko'rsating

Dimedrol, suprastin, tavegil

Dikloberl, dimedrol

Tetratsiklin, tavegil

Sefazolin, dimedrol

Allergik kasalliklar kuprok qaysi oylarda avj oladi

bahor

Ez

Kuz

Kish

Bronxial astmaga xos nafas

xushtaksimon quruq xirillash

krepatatsiya

kuttichasimon

xammasi to'g'ri

Bronxial astma bilan kasallangan bemor

kukrak kafasi

bochkasimon

silindrsimon

raxitik

xammasi to'g'ri

Tez-tez takrorlanib turuvchi polimorf

toshmalar bilan kechuvchi kasallik

kup shaklli ekssudativ eritema

kvinke shishi

eshakemi

xammasi to'g'ri

Qaysi kasalliklarda badanning 80-90% terisi zararlanadi

Stivens Djonson sindromi

Layell sindromi

Kvinke shishi

Utkir tugunli eritema

Anafilaktik shokni klinik turlari necha xil

4 xil

2 xil

3 xil

6 xil

Zardob kasalligi kechish ogirligiga karab turlari

3 xil

5 xil

2 xil

6 xil

Burun shilligining kichishi va ta'sirlanishi, burundan nazla kelishi, burun bitishi bilan birga kechuvchi kasallik

mavsumiy allergik rinit

ekzogen allergik alveolit

bronxit

to'g'ri javob yuk

Usimlik changchisi tomonidan kelib

chiqadigan allergik kasallik

pollinoz

allergik rinit

ekzogen allergik alveolit

xammasi to'g'ri

Allergik rinitni Uzbekistonda keltirib chiqaruvchi asosiy usimlik

ermon, shura, burgon

ermon

shura, ermon

xammasi to'g'ri

Kasallik belgilari tez rivojlanuvchi kasalliklar

anafilaktik shok, utkir qavarchiqlar, kvinke shishi

kvinke shishi

anafilaktik shok, kvinke shishi

xammasi to'g'ri

Bemor tanasiga birdan qavarchiqlar toshib,

kuchli kichishish bilan boshlanadi

utkir eshakem

kvinke shishi

eritema

layell sindromi

Qaysi shokda birdaniga tuzalish bo'ladi va

klirik sogayish yuzaga keladi

abortiv shok

shokni kaytalanuvchi turi

yashin tezligida kechuvchi shok

anafilaktik shok

Tez sodir bo'ladigan reaksiyalarda terida

paydo bo'ladigan toshma xarakteri....

qavarchiq

pustula

papula

dog

Sekin sodir bo'ladigan reaksiyalarda paydo

bo'ladigan toshma xarakteri....

papula

pustula

qavarchiq

dog

Urticariia bu

eshakem

teri kichishi

kvinke shishi

ekzema

Psevdoallergiyada allergiyadan farkli qaysi

bosqich bulmaydi

immunologik

biokimeviy

patanatomik

patofiziologik

SHokli a'zolarga kirmaydi

oshkozon

konyuktival

burun

ichak

Sensibilizatsiya indeksi tushunchasini kim

fanga kiritgan

Jeger

Kumbs

Polner

Ado

Eshakemda teridagi toshma xarakteri

qavarchiq

vezikula

pustula

bulla

Allergiya tushunchasini kim fanga kiritgan

Klemans fon pirke

A.D.Adol

V.I.Piskiy

G.B.Fedoseev

Aspirinli astma bilan kuprok kasallanadi

katta eshdagilar

aellar

erkaklar

bolalar

Qaysi sindromda Nikolskiy fenomeni musbat

bo'ladi

Layell sindromida

Stiven Djonson sindromida

Konyuktival sindromida

Rinokonyuktival sindromida

Pollinoz kaday ma'noni bildiradi

usimlik changchisi

antigen

gul shirasi

usimlik

T-limfotsitlar qaysi allergiyani keltirib

chikaradi

sekin kechuvchi allergiya

tez kechuvchi allergiya

utkir kechuvchi allergiya

ogir kechuvchi allergiya

Gumoral immunitetga javobgar limfotsit

V-limfotsit

T-limfotsit

O-limfotsit

Monotsit

Tez rivojlanuvchi allergiya qaysi

immunoglobulinga boglik

Ig E

Ig A

Ig G

Ig M

Haqiqiy allergenlarga kiradi

zardob, vitaminlar, fermentlar

endokrin preparatlar, oksillar

antioksidantlar, oksillar

nosteroidlar

Skarifikatsiya qaysi sinamaga kiradi

teri sinamasi

provakatsion sinama

konyuktival sinama

xammasi to'g'ri

Allergik kasalliklarni tashxislash necha bosqichdan iborat

4 bosqichdan

2 bosqichdan

3 bosqichdan

1 bosqich

Kvinke shishi allergiya kasalligining qaysi turiga kiradi

tez rivojlanuvchi

kekin rivojlanuvchi

ogir kechuvchi

engil kechuvchi

Allergik reaksiyalar rivojlanishining necha turi bor

4ta

2 ta

3 ta

6 ta

Kup shaklli ekssudativ eritemada toshmalar xarakteri

polimorf

qavarchiq

bulla

vezikulyar

Kup shakll ekssudativ eritema asosan qaysi fasllarda uchraydi

bahor va kuzda

kish va ezda

bahor va kishda

kish va kuzda

Tez sodir bo'ladigan allergik reaksiyalar qancha vakt utgandan sung paydo bo'ladi

20-40 minut

10-15 minut

20-25 minut

30-50 minut

Asta-sekin bo'ladigan allergik reaksiyalarni qaysi gurux preparatlari yuzaga keltiradi

nitrofuron

tetratsiklin

fenotiozan

sefalosporinlar

Allergik rinitni keltirib chikaradigan chang ulchami qancha

50 mkndan katta

25 mkn

40 mkn

15 mkn

Bolalarda kondagi reagen miqdorini aniqlash uchun qaysi usul ko'llaniladi

Praustnits-Kyustner usuli

priktest usuli

applikatsiya usuli

teri ostiga allergen yuborish usuli

Organizmning atrof-muxit allergenlari ta'siriga javoban kup miqdorda IgE ishlab chikara olish qobiliyati nima deb ataladi

atopiya

idiosinkraziya

sensibilizatsiya

allergiya

Stivens-Djonson sindromida toshmalar asosan qaerda joylashadi

shilliq qavatlarda

terida

kullarda

yuz soxasida

SHoklar necha guruxga bo'linadi

3 guruxga

2 guruxga

4 guruxga

5 guruxga

Aspirinli astmada reaksiya qachon yuzaga keladi

15 dakika utgach

25 dakika utgach

4 soat utgach

5 dakika utgach

Insekt allergiya nimadan kelib chiqadi

xasharotlar chakishidan

dori moddalar qabul kilganda

turli xil changlardan

oziq-ovqat maxsulotlaridan

Uzbekistonda qaysi allergik kasalliklar kup tarkalgan va necha foizni tashkil qiladi

pollinozlar 16 %

astma 13%

allergik rinit 9%

obstruktiv bronxit 10%

SHokli a'zo

burun, shilliq qavatlar, teri, konyuktiva

burun, burun bushligi

oshkozon, ichak

burun, oshkozon, teri

Oziq-ovqat allergiyasini tashxislashda qaysi provakatsion sinamadan foydalaniladi

leykopenik, trombositopenik test

konyuktival, endonazal

leykopenik

trombositopenik, endonazal

Quyidagilar qaysi kasallik belgilari: 7-20 kun tana terisida toshma paydo bo'lib, isitma limfa bezlarining kattalashuvi, bo'g'imlar

zichlashishi yuz beradi. Nefrit, vaskulit,

koronarit vujudga keladi

zardob kasalligi

konyuktivit

rinit

pollinoz

Anafilaktik shok turlari

gemodinamik, serebral, asfiktik, abdominal

abdominal, konyuktival

asfiktik, abdominal

serebral, asfiktik

Priktest sinamasida teri orasiga yuboriladigan allergen miqdori

0.1-0.05 ml

0.05 ml

1 - 0.05 ml

1 ml

Allergik kasalliklarni davolashda

gistaminning kandy eritmasi necha ml

miqdorda foydalaniladi

10^{-7} eritmasi 0.1 ml

10^{-11} eritmasi 1 ml

10^{-7} eritmasi 0.5 ml

10^{-11} eritmasi 0.05 ml

Anafilaktik shokning qaysi turida elgon, utkir qorin belgisi namoen bo'ladi

abdominal

asfiktik

gemodinamik

serebral

Bolalarda allergik reagen borligini qaysi sinamalar orkali aniqlanadi

Praustnitsa-Kyustner

provakatsion

teri sinamalari

xammasi to'g'ri

Pollinozda kuzatiladigan sindrom

rinokonyuktival

astenovegetativ

konyuktival

dispeptik

Tez rivojlanuvchi allergiya qaysi limfotsitga boglik

V-limfotsit

T-limfotsit

O-limfotsit

Monotsit

Xujayraviy immunitetni ta'minlaydi

T-limfotsit

V-limfotsit

eozinofil

bazofil

Allergiya suzining ma'nosi

tanaga ta'sir

sezgirlik

to'g'ri ta'sir

sezgirlikning oshishi

Terida deraza sinamasi nima

terida kon xosil bulguncha kirilib allergen

tomizilib eozinofillar sanaladi

teri ostiga allergen yuboriladi

teri orasiga allergen yuboriladi

teriga gistamin yuboriladi

Provakatsion sinamalarga kiradi

burun, konyuktiva, bronx provakatsion sinama

priktest

skarifikatsiya sinamasi

provakatsion sinama

Jonli a'zo bu

klinika yuzaga keluvchi a'zo

teri

ichki organlar

oshkozon

Usimlik changchisidan kelib chiqadigan allergen bu ...

pollinoz

insekt allergiya

kvinke shishi

layell sindromi

Bronxial astmada kanaka xansirash kuzatiladi

ekskretor

insperator

aralash

xansirash bulmaydi

Insekt allergiya bu.....

xasharot zaxri

uy changi

usimlik changi

xayvon changi

Anafilaktik shok klinik kechish turlari

asfiktik, abdominal, serebral

gemorragik

serebral

asfiktik, serebral

Zardob kasalligi birinchi bo'lib qaysi olim tomonidan aniqlangan

Pirke

Kumbs

Djella

Polner

Zardob kasalligi rivojlanishida

immunoglobulinlarning qaysi sinfga kiruvchi antitelo xamda komplement ishtirok etadi

Ig G va Ig M

Ig G va Ig E

Ig E va Ig C

xammasi to'g'ri		uta tez sodir bo'ladigan
Autoimmunli kasalliklar	zardob	Anafilaktik shok kelib chiqish sababi
kollagenozining qaysi kasalliklarida kuzatiladi		dori-darmon kullash, zardob yuborish, xasharot chakkanda
surunkali kasalliklarda		dori vositalarini kullash
utkir kasalliklarda		zardob yuborish
somatik kasalliklarda		xasharotlar chakkanda
to'g'ri javob yuk		
Kuk yo'talga karshi vaksinani kiritish qaysi Anafilaktik shok kelib chiqishida birinchi xuruj bilan kuzatiladi		urindagi dorilar
bronxial astma xuruji		penitsillin, bitsillin
aspirinli astma xuruji		tetratsiklin guruxi dorilari
jismoniy zurikish		aminazin, dekrazin
surunkali obstruktiv bronxit		streptomitsin, aminoglikozidlar
Qaysi vaksinadan keyin spastik traxeit kelib chiqadi		Anafilaktik shok bosqichlari ketma-ketligini aniqlang
kukyo'taldagi vaksinadan		immunologik, biokimeviy, fiziologik
OPV dan keyin		fiziologik, biokimeviy, immunologik
kizamikka karshi		biokimeviy fiziologik
xammasida xam		immunologik, fiziologik
Zardob kasalligining ettinchi kunida Anafilaktik shokda teri rangi klinikada..... kuzatiladi		marmarsimon
zardob kasalligi lixoradkasi		kizgish
zardob kasalligi sindromi		kum-kuk
zardob kasalligi nefriti		oppok
zardob kasalligi vaskuliti		Anafilaktik shokda siydik ayiruv tizimidagi o'zgarishlar
Zardob kasalligi klinik kurinishida asosan qaerda o'zgarishlar kuprok		oligouriya
terida		poliuriya
limfada		anuriya
konda		nekturiya
bo'g'imlarda		Anafilaktik shok klinik kurinishlari
Qaysi kasalliklarda xatto birinchi emlashdan keyin zardob kasalligi kelib chiqadi		tez utadigan, sekin rivojlanadigan
kukyo'talga karshi		utkir, surunkali
kizamikka karshi		utkir, utkir osti
koksholga karshi		sekin, o'rtacha, ogir
OPVga karshi		Anafilaktik shokning respirator buzilishi belgilari bilan kechuvchi klinik turi
Emlash muolajalarini aniqlang		asfiktik
konservativ		serebral
tirik vaksina		gemodinamik
uldirilgan vaksina		abdominal
xammasi to'g'ri		Koma, yurak nafas buzilishlari tuxtashi bilan kechadigan belgilar anafilaktik shokning qaysi bosqichiga kiradi
Anafilaktik shokda anafilaksiya suzining ma'nosi		ogir 3 bosqichi
ximoya		o'rtacha 2 bosqich
kurkuv		engil 1 bosqich
aldash		bu belgilar uchramaydi
immun		Layell sindromi nima
Anafilaktik shok reaksiyalarning qaysi turiga kiradi		teri epidermis qavatining chirishi
tez sodir bo'ladigan		teri epidermis qavatining yalliglanishi
sekin sodir bo'ladigan		terini xama qavatlarini yalliglanishi
juda sekin sodir bo'ladigan		to'g'ri javob yuk

Kasallik rivojlanishi sabablari qaysi birtadan tashkari (layell sindromi)	badbuy xidli kusish, ichning utishi
to'g'ri javob yuk	Allergik kasalliklarni tashxislashda ko'llaniladigan usullar
stafilakkokli	provakatsion usul
dori sababli kelib chiquvchi	epidemik anamnez yigish
idiopatik	kondagi zaxarlar miqdori
Kasallik nima sababli kup rivojlanadi(layell sindromida)	adaptatsion sinama
antibiotiklar	Provakatsion sinamaga kiradi
garmonlar	prik-test
yurak glikozidlari	immunologik sinama
psixotrop vositalar	kon analizi
Kasallik klinikasi necha bosqichda kechadi(layell sindromida)	analiz yigish
3	Praustnitsa-Kyustner ushida nima aniqlanadi
2	kondagi reaginlar miqdori
4	kondagi zaxarlar miqdori
8	eozinofillar miqdori
Kasallikni klinik bosqichlari qaysi lar (layell sindromida) eritematoz bullez deskvamatsion ogir urta ogir	leykotsitlar soni
1,2,3	Burun va kuz shilliq qavatida yalliglanish bilan kuzatiladigan kasallik
2,4,5	rinokonyuktival sindrom
3,4,5	bronxospastik sindrom
1,4,5	allergik rinit
Layell sindromini davo choralari qaysi lar	allergik konyuktivit
kortikosteroidlar, oksigenoterapiya	Pollinozni keltirib chiqaruvchi sabab
gistamin almashinuvini kuchaytiruvchi vositalar	usimlik changlari
oksigenoterapiya	endoallergenlar
kortikosteroidlar	sanoat changlari
Layell sindromida teridagi o'zgarishlar	ekzoallergenlar
kizamik va skarlatinaga uxshash toshmalar	Kon oksili bilan kushilmagan allergenlar
toshishi	gaptenlar
terida shish va okmalar	antigen tabiatli oksillar
butun tanada toshma toshadi	dori vositalari va zaxarlar
terida o'zgarishlar kuzatilmaydi	kon xujayralari
Dori allergiyasi ta'sirida kanaka shok rivojlanadi	Layell sindromida terining zararlanishi
anafilaktik shok	80-90%
gipovolemik shok	60-70%
travmatik	40-45%
kuyishdan keyingi	10-12%
Dori allergiyasini davolashda birinchi qilinadigan ish	Asbo-Tonsen va Nikolskiy simptomi xos
berilaetgan dori tuxtatiladi	Layell sindromi
nafas olishni tiklash	allergik dermatit
bosh miyada kon aylanishi yaxshilovchi vositalar	kup shaklli eritema
kortikosteroidlar	ekzema
Anafilaktik shokni oshkozon ichak formasidagi klinika	Asbo-Toksen simptomi nima
ich ketish, kungil aynishi	suyuklik saklagan pufakchani bosganda atrofga tarkalishi
ich ketishi, qorinda shish	pufakchani pinset bilan tortganda atrofdagi teri kizishi
varak-varak kusish, kon bosimi tushishi	terida eritematoz o'zgarishlar
	epidermis kuchishi
	Stivens-Jonson sindromi dori vositasini qabul kilgandan sung qancha vaktdan sung yuzaga keladi

4-6 soat	Allergik reaksiyalarni aniqlash metodlariga kirmaydi
1-2 soat	UZI, KT
1 sutkada	allergik anamnez
1 xaftada	laborator taxlil
Ekzoallergenlar katorini ko'rsating	sinamalar
oziq-ovqat allergenlari, uy-ruzgor allergenlari,	Bemorda 1 soat va undan kuprok vakt davomida aksirish, burun bitishi, burun okishi, burun kichishi bu
kasbga oid allergenlar	allergik rinit
bosh terisi allergenlari, epidermal allergenlar	allergik rinokonyuktivit
zamburugli allergenlar, virusli allergenlar, usimlik	vazomotor rinit
guli changi allergenlari	allergik konyuktivit
dori modda allergenlari	Allergik rinitning turlari
Gelmentlar va ularning zaxarlari qaysi allergenlarga kiradi	xammasi to'g'ri
gelmentli allergenlar	mavsumiy va yil davomida
insekt allergenlar	infeksion va noinfeksion
virusli allergenlar	utkir va surunkali
bosh terisi allergenlari	Kuprok noallergik, noinfeksion, eozinofillar turli soxa mutaxassislari tekshirishi usuli
Anketa ma'lumotlari buyicha kasallik aniqlangan kishilarni ambulator sharoitda Kuprok noallergik, noinfeksion, eozinofillar turli soxa mutaxassislari tekshirishi usuli nechanchi bosqichda ko'llaniladi	kupayishsiz va garmonga boglik bulmagan rinit kanday rinit
2 bosqich	vazomotor rinit
4 bosqich	allergik rinit
3 bosqich	allergik rinokonyuktivit
1 bosqich	mavsumiy allergik rinit
Allergik reaksiyalar kim tomonidan 2 tipga bulingan	Mavsumiy allergik rinit qaysi mavsumlarda asosan kuzatiladi
A.D.Ado	bahor, ez va kuzda
Darsonval	bahor, kish va kuzda
Pirke	bahor va kuzda
Kumbs	ez va kuzda
Provakatsion sinama.....	Yil davomida kuzatiladigan allergik rinit sabablari
nosoglom a'zodagi sezuvchanlikni aniqlash	uy changi kanalari, uy xayvonlari, suvaraklar
soglom a'zodagi sezuvchanlikni aniqlash	gul changchisi, boshqa usimlik changchisi
allergenlar miqdorini aniqlash	uy changchisi kanalari, gul changchisi
xammasi to'g'ri	xammasi to'g'ri
Nazal sinama qaysi a'zo allergenga kislota bilan sezuvchanlik aniqlanadi	Allergik rinitda kon analizlarida kanday o'zgarish kuzatiladi
burundagi	eozinofillar sonining oshishi
kuzdagi	trombotsitlar sonining oshishi
talokdagi	ECHT va limfotsitlar sonining oshishi
labdagi	o'zgarish kuzatilmaydi
Xozirgi kunda kanday provakatsion sinamalardan foydalaniladi	Allergik rinitda rinoskop bilan tekshirilganda burun shilliq qavatida kanday o'zgarishlar kuzatiladi
konyuktival, nazal	kizarish, shish
kulok, burun	ko'kimtir, shish
burun, kovok	o'zgarish yuk
xammasi to'g'ri	kizarish
Allergiya suzi qaysi tildan olingan	Pollinoz qaysi suzdan kelib chiqqan
yunon	pollen-inglizcha
rim	pollen -lotincha
grek	
nemis	

pollen -grekcha

pollen -nemischa

Pollinozni keltirib chiqaruvchi omil

usimlik changchisi

uy changi

xayvon changi

turli xil bueklar xidi

Jismoniy xarakterda qancha vaktidan keyin

jismoniy zurikish astmasi yuzaga keladi

10 minutdan keyin

30 minutdan keyin

40 minutdan keyin

5 minutdan keyin

A.D.Ado allergik reaksiyalarni kanday tiplarga ajratgan

tez sodir bo'ladigan va asta-sekinlik bilan sodir

bo'ladigan

xujayra ichi

kompensatsion

kompensatsion va subkompensatsion

Kumbs va Djella tasnifiga muvofik allergik reaksiyalar bo'linadi

4 tipga

5 tipga

3 tipga

2 tipga

Oziq-ovqat allergenlari kanday guruxlarga bo'linadi

shartli va shartsiz allergenlar

shartli va xujayra ichi

shartsiz

shartli, shartsiz, xujayra ichi

Ekzoallergenlar deb nimaga aytiladi

inson urab turgan muxitda yashaydi

soglom odam organizmida doimo bo'ladi

insekt allergenlar

tabiiy faktorlar

Infeksion ekzoallergenlarga kiradi.....

bakteriya va zamburuglar

uy- ruzgor allergenlari

soant va kasbga oid allergenlar

oziq-ovqat allergenlari

Oziq-ovqat allergenlari klinikasi necha guruxga bo'linadi

3 guruxga

4 guruxga

5 guruxga

2 guruxga

Dori moddalari allergiyasida yuzaga keladigan shok

anafilaktik shok

kardiogen shok

travmatik shok

kardiogen va travmatik shok birgalikda

Dori moddalar allergiyasida

turli a'zo va tizimlar bir xilda zararlanmaydi

turli a'zo va tizimlar bir xilda zararlanadi

fakat tizimda o'zgarishlar kuzatiladi

turli a'zolarida turlicha bo'ladi

Nafas yullari allergik kasalliklariga kiradi

allergik rinit

allergik konyuktivit

allergik otit

rinokonyuktival sindrom

Provakatsion sinama.....

nosoglom a'zodagi sezuvchanlikni aniqlaydi

organizmga zardob yuborish

antitelolar miqdorini aniqlash

allergenlar miqdorini aniqlash

Eshakem kasalligini keltirib chikaruvvchi omillar nima

ekzogen va endogen

noinfeksion

irsiy

infeksion

Eshakemda toshmalar kupincha qaerga toshadi

xiqildoq, ter iva boshqa shilliq qavatlar

asosan kul panjalari

terining kuriladigan qismi

oek v akul terisiga

Kvinke utkir chegaralangan shishi uchun xos belgi

kul, oek va yuzda birdan shish

terisining kizgish va jigar rangda bo'lishi

oek v a kulda shish bulmasligi va og'riq

bulmasligi

oek va kulda shishlar

Anafilaktik shok suzining ma'nosi

grekcha-kayta ximoya

grekcha-xushning bulmasligi

lotincha – tez erdam

grekcha ulim oldi xolati

Anafilaktik shokni ta'riflab uni fanga kiritgan olim

1902 Richard va portelar

1906 Klimens fon ferli

Ado va Polner

Ado

Allergiya suzining ma'nosi

yunoncha-begona ta'sir

grekcha – kayta ximoya

yunoncha kayta ximoya

lotincha ximoyalanish

Organizmga tushgan et moda xisobiga immun o'zgarish sodir bulsa nima xisoblanadi

antigen	allergenni teriga tomizish
allergen	terini passiv sensibilizatsiyasi
moddalar almashinuvi buzilishi	venaga allergen yuborish
paraallergenlar	Provakatsion sinamaning quyidagi turlari mavjud
Kon toimr utkazuvchanligini buzilishi, spazmi, kul va oek, yuzda shish qaysi kasallikka xos	teri ostiga sinash
kvinke shishi	terida deraza usuli
eshakem	Praustnits –Kyustner
psevdoallergiya	Prik-test usuli
bronxial astma	Trombotsitopenik indeksni aniqlash maqsadi
Teri kichishi kandy turlarga ajratiladi	dori allergiyasi
tarkok va cheklangan	ozuq-ovqat allergiyasi
ogir, engil, urta	teri allergiyasi
konyuktival, bazal	shilliq qavatlar allergiyasi
maxalliy	Konyuktival sinama allergen tomizish soxasi
Teri kichishida bemor kul panjasi kandy bo'ladi	pastki konyuktiva xaltachasiga
tirnoklar yaltirok bo'ladi	konyuktiva nazal kanaliga
kulida shish	yukori konyuktiva xaltachasiga
kichish izlari	kuz esh turiga
ba'zida shish kuzatiladi	Trombotsitopenik indeks tekshirishdagi buyum oynasidagi modda
Bilak soxasidan chechakka karshi 1sm² kattalikda epidermisning yuz qismi olib tashlash bu qaysi tekshirish usuli	14 % magniy sulfat
epidermal sinash	5% magniy sulfat
provakatsion sinama	0,9% natriy xlor
ekspozitsion	70 % spirt
trombotsitopenik	Eshakem kechish davrlari
Applikatsiya usuli bu	utkir, utkir osti, surunkali, surunkali retsidivlovchi
allergen namlangan doka teri ustiga kuyib boglanadi	engil, ogir, urta ogir
allergen teriga kirib tomiziladi	doimiy, vaktincha
allergen teriga tomiziladi	mavsumiy, doimiy
terini passiv sensibilizatsiyalash	Utkir eshakemda toshma xarakteri
Prik-test usuli bu	monomorf
allergen teriga tomiziladi	polimorf
allergen namlangan doka teriga boglab kuyiladi	papulematoz
terini passiv sensibilizatsiya qilish	limfogranulez
barchasi to'g'ri	Eshakem agar 5-6 xaftadan utsa.....
Praustnits –Kyustner usuli bu	surunkaliga utadi
terini passiv sensibilizatsiyalash	latent xolatga utadi
skarifikator bilan terini kon xosil bulgunicha kirish	remissiya davrida
epiderma yuzasini 1 sm ² kesish	xammasi to'g'ri
barchasi to'g'ri	Kvinke shish kim tomonidan aniqlangan
Terida deraza usuli bu	N.Kvinke 1882 y
skarifikator bilan teri yuzasini kon xosil bulgunicha kirish	A.Kvinke 1886 y
epiderma yuzasini 1 sm ² kirish	A.Fyancher 1882 y
allergen teriga tomizish	Darsonval 1986 y
terini passiv sensibilizatsiyasi	Kvinke shishining klinik turlari
Provakatsion sinama bu	xiqildoq turi , oshkozdon ichak traktida, yuz soxasi, kukrak soxasi, urogenital
allergenni shokli a'zodan chikartirish	ogiz shilliq qavati, kuz shilliq qavatlarida
	jinsiy a'zolarida
	oshkozonda
	Patogenetik kechishiga kura Kvinke shishi angionevrotik shishlar turlari

allergik, irsiy
allergik, retsediv
retsediv, irsiy
patogenetik

Psevdoallergik reaksiyalarning bir guruxida kanday o'zgarishlar kuzatiladi

gistamin ajralishini eki
inaktivatsiyasining buzilishi
serotonini ajralishi kupayadi
mediatorlar ajralmaydi
to'g'ri javob yuk

Kvinke shishida kon plazmasida nimlar kuzatiladi

S1 ingibitori va S2, S3, S4lar miqdori aniqlanadi
plazma oksilining kamayishi
plazmada suyuqlikning kamayishi
to'g'ri javob yuk

Kvinke shishining abdominal turida

Shyotkin simptomi
Shyotkin Blyumberg simptomi
Ivanov simptomi
Bruzenskiy simptomi

Kvinke shishini davolashda 1-erdam

allergen bilan kontakti yukotish
nenitsillin qilish
tetratsiklin qilish
kalsiy glyukonat qilish

Dori allergiyasini keltirib chiqaruvchi sabablar

dorilarni uzoq muddat iste'mol qilishdan
zamburuglardan
vaksinatsiyadan sung
allergenni teriga ostiga yuborgandan sung

Layell sindomida klinikasida asosiy belgi

teri epidermasining ko'chishi
terida toshmalar toshishi
terida kizarish
terida o'zgarish bulmaydi

Dori allergiyasini kelib chiqish darajasiga karab necha guruxga bo'linadi

3 guruxga
2 guruxga
4 guruxga
5 guruxga

Dori allergiyasi 2 guruxiga kiruvchi xos belgi

kech boshlanadi
tez rivojlanadi
ulimga olib keladi
o'zgarish bulmaydi

Qaysi sindromda teridagi toshmalar dori ta'sirida 4-6 kun utgandan keyin boshlanadi

Stivens Djonson sindromida
Layell sindromida
utkir tugunli eritema

kup shaklli eritema

Qaysi sindromda toshmalar asosan shilliq qavatlarda joylashadi

Stivens Jonson sindromida

Layell sindomida
anafilaktik shokda

xammasi to'g'ri

Dori allergiyasini davolashda birinchi navbatda

allergiyaga sabab bo'lgan dorini to'xtatish kerak
allergiyaga sabab bo'lgan dorini miqdorini kamaytirish kerak

garmonal terapiya utkaziladi

vitamino terapiya utkaziladi

Dori allergiyasida provokatsion sinamalar kanday utkaziladi

til ostiga dori kuyish bilan
ingalyasion sinama
konyuktival sinama
nazal sinama

Teri qavatida rivojlanadigan dori allergiyasining klinik kurinishlari

terida qavarchiqlar toshishi
nafas olish qiyinlashadi
yurakdagi o'zgarishlar
burun shilliq qavatidagi o'zgarishlar

Anafilaktik shokning serebral turiga xos klinika

markaziy nerv sistemasidagi o'zgarishlar
bronxlardagi o'zgarishlar
oshkozon soxasida og'riqlar
yurak kon tomir sistemasida o'zgarishlar kuzatiladi

Tez erdam talab qiladigan allergik xolatlarga nimalar kiradi

Kvinke shishi, eshakem, astmatik status, zardob kasalligi

eshakem, astmatik status

zardob kasalligi, anafilaktik shok

anafilaktik shok

Anafilaksiya suzi qaysi tildan olingan

grekcha

lotincha

nemis

yaman

Anafilaktik shok turlari kursatilgan katorni belgilang

gemodinamik, serebral, asfiktik, abdominal

serebral, abdominal

asfiktik, serebral

abdominal

Anafilaktik shok echish ogirligiga karab necha bosqichga bo'linadi

3	aspirin, fentolamin
2	Allergik rinitni davolashda ishlatiladigan
4	gentaminga karshi preparatlar
6	alkilaminlar, pipirazinlar, fenotizin
Allergenlar necha xil bo'ladi	fenotizin
2	pipirazin, fenotizin
3	alkilamin, pipirazin
5	Zardob kasalligining kechish ogirligiga kura
3	necha shakli mavjud
Bronxial astmaning necha xil turi mavjud	3ta
2	2 ta
3	4 ta
4	5 ta
5	Xar xil vaktsinalar bilan emlash orasidagi vakt
Allergiya suzi qaysi tildan olingan	qanchani tashkil etishi kerak
yunoncha	2 oy
grekcha	30 kun
ruscha	6 oy
nemis	1 yil
Quyidagilardan qaysi lar endoallergenlarga	Kvinke shishida teri rangi kanday bo'ladi
kiradi	okish, pushti
barchasi to'g'ri	dagal
kalkonsimon bez trioglobulini	kizaradi
kuz gavxari okimi	kukaradi
mushak tolasidagi mielin	Anafilaktik shokning asfiktik turiga kiradi
Ayrim oksil taibatiga ega bo'lgan katta	xiqildoq shishi, o'pka shishi, bronxospazm
molekulali ayrim moddalar xam reaksiya	xiqildoq shishi
chakirish xususiyatiga ega ular nima deyiladi	o'pka shishi
gaptenlar	bronxospazm, o'pka shishi
oksillar	Kanalar ta'sirida yuzaga keladigan bronxial
polimerlar	astmada nafas kisish xuruji qaysi paytda
to'g'ri javob yuk	kuzatiladi
Zardobga xos zardob 1 l kiritgandan keyin	tunda
necha kundan sung paydo bo'ladi	ertalab
7-10 kun	tushda
1-2 kun	kunduzi
1 oy	Atopik bronxial astmaga nimaga nisbatan
1 yil	sezuvchanlik sabab bo'ladi
Anafilaktik shok engil kechishi qancha davom	uy changiga
etadi	dori moddalariga
2-7 s	ozuq-ovqat ga
4-6 s	usimlik gullari
24 s	Asalari zaxri, chivinlar, xasharotlar ustki
48 s	kobigi koldiklari kanday allergenlarga kiradi
Mavsumiy allergik rinitning sababi	insekt allergenlar
usimlik changi	kasbga oid allergenlar
ozuq-ovqat	endoallergenlar
dori moddalari	ekzoallergenlar
kasb oid changlar	Oziq-ovqat allergiyasi necha guruxga
Qaysi preparat rinitga sabab bula oladi	bo'linadi
rezerpin, aspirin, fentolamin	4
rezerpin	1
aspirin	2

10	10
Layell sindromida toshmalar necha kundan keyin toshadi	40
1-2 kun	30
30-60 kun	Allergik rinit belgisini ko'rsating
1-2 yil	aksirish, burun kichishi, burun okishi
10-15 kun	askirish, burun okishi
Stivens Jonson sindromida toshmalar qaerda toshadi	burun kichishi, aksirish
shilliq qavatlarda tabiiy teshiklar atrofida	burun kizarishi
boshning soch qismida	Xar kuni bemor bir soat va undan kuprok vakt davomida aksirish, burun bitishi kabi xolatlarni xech bulmasa 2 tasi kuzatilsa qaysi kasallik xakida uylash mumkin
kuzda	allergik rinit
kul va oeklarda	allergik konyuktivit
Layell sindromi nimadan keyin rivojlanadi	bronxial astma
dori –darmonlar ta'siridan	bronxit
kuyishdan keyin	Aspirinli astma kuprok kimlarda kuzatiladi
chukishdan keyin	kattalarda
ilon chakkandan keyin	bolalarda
Anafilaktik shokda birinchi dakikalarida kon bosimi kanday uzgaradi	aellarda
AB kutariladi	karilarda
AB tushadi	Utkir eshakemda qavarchiq xarakteri
AB normada bo'ladi	yumalok, chuzinchok, bir-biriga kushiluvchan
xech kanday o'zgarish kuzatilmaydi	yumalok
Stivens Jonson sindrom iva Layell sindromi kanday farklanadi	chuzinchok
epidermis kuchishi	bir-biriga kushiluvchan, chuzinchok
epidermis kuchmasligi	Allergik kasalliklarni davolash usulini ko'rsating
pufakchali toshmalar	maxsus va nomaxsus
farki yuk	maxsus usul
Allergik rinitda afferent nerv tolalarining kitiklanishi natijasida bemor	operativ usul
burun kichishi va aksirish	nomaxsus usul
burun bitishi	Dori allergiyasini chakiruvchi eng kup preparat
burun okishi	antibiotiklar
burun kizarishi	sefalosporinlar
Allergik rinitda eozinofillar musbat zaryadlangan oksillarni ishlab chikarishi qaysi organga zaxarli ta'sir qiladi	dorivor usimliklar
nafas yuliga	garmonlar
yurak kon tomir tizimiga	Eshakem turlari nechta
MNS ga	allergik va psevdollergik
endokrin tizimiga	utkir va utkir osti
Bizning iklim sharoitida qaysi usimlik Anafilaktik shok quyidagi simptomlar bilan changlari allergik rinitning asosiy sababchisi kechadi	utki r va surunkali
xisoblanadi	infeksion, surunkali
shura, burgon	Anafilaktik shok quyidagi simptomlar bilan
shuvok	tomirlar utkazuvchnligi, oshishi, AB tushishi
boshokli utlar	AB ko'tarilishi
yantok	isitma
Kup xollarda allergik rinit necha eshgacha rivojlanadi	kaltirash
20	Dimedrol dozasi
	1 % 1 ml
	2 % 3 ml
	0.5% 4 ml

2% 1 ml	tez sodir bo'ladigan
Adrenalin gidroxlorid dozasi	aralash
0.1% 1 ml	sekin sodir bo'ladigan
2% 1 ml	Allergologiya suzining ma'nosi
10% 5 ml	begona ta'sir
5% 2 ml	tezkor ta'sir
Krapivnitsa bemorlarda necha eshda kup uchraydi	sinxron ta'sir
21-60	kitiklovchi ta'sir
2-6	Xozirgi kunda allergenlar turi qancha
10-15	150 dan ortik
70 eshdan yukori	300 dan ortik
Tezda rivojlanuvchi allergik simptom	100 dan ortik
anafilaktik shok	500 dan ortik
eshakem	Insekt allergenlarga qaysi lar kiradi
allergik rinit	asalari zaxri, chivinlar, xasharotlar ustki kobigi
psevdoallergiya	koldigi
Gelmentli allergenga kiradi	asalari zaxri
gijjalar	chivin va pashshalar
sigir	pashshalar
ari	Allergenlar kandy turlarga bo'linadi
pashsha	endogen, ekzogen
Tezda sodir bo'ladigan allergik reaksiyalar qancha vakt davom etadi	endogen
20-40 minut	ekzogen
1-4 soat	aralash
30-60 minut	Anafilaktik shokning nechta klinik turi mavjud
1-2 kun	2 xil
Pollinoz suzining ma'nosi	3 xil
changli zarra	4 xil
gul changi	6 xil
usimlik changi	Allergik kasalliklarni davolashda ishlatiladigan dorilar
kasbga oid chang	gistaminlar
Allergologiya suzi qaysi suzdan olingan	barbituratlar
yunon	glyukokartikoidlar
forscha	analgetiklar
grekcha	Ari zaxridagi antigenlar miqdori nechta
inglizcha	21 ta
Paraallergiya nima	8 ta
organizmni antigen tabiatiga ega bulmagan	12 ta
allergenga javob reaksiya	10 ta
dorilarga sezgirlik	Anafilaktik shok qaysi tildan olingan
ovqat ga sezgirlik	grekcha
xayvonga nisbatan sezgirlik	lotincha
Idiosinkraziya nima	arabcha
odam organizmini ba'zi ovqat va dori nemis	
moddalarga nisbatan irsiy ortikcha sezuvchanlik	Anafilaktik shok birinchi bo'lib qaysi olimlar tomonidan ta'riflangan
xasharotlarga nisbatan sezuvchanlik oshishi	Richerd va Porte
organizm antigen tabiatiga ega bulmagan	Piskiy va Polner
allergenga javob reaksiya	Moshkevich va Gorexina
allergik reaksiyaning tez borishi	Ado va Polner
Allergik reaksiyalarning kandy turlari bor	
tez va sekin sodir bo'ladigan reaksiyalar	

Allergik reaksiyalarni necha turkumga bo'lib organiladi	Anafilaktik shok kechishi buyicha 1 bosqich necha vaktgacha davom etadi
2 turkum	2 minutdan 2 soatgacha
3 turkum	2 soatdan 1 sutkagacha
4 turkum	2 soatdan 2 sutkagacha
5 turkum	2-6 soatda
Allergik reaksiyalarni keltirib chiqaruvchi sababga kura 1turkumga kiruvchi katorni belgilang	Insekt allergenni kuzgatuvchisi nima xasharot
uzida et modda saklaydigan kontrast	xayvon
xayvonlar zaxri	ari
allergen oziq-ovqat	kushlar
barbituratlar	Ari zaxridagi antigenlar miqdori nechta
Ximergik kurinishdagi xamma allergik reaksiyalarda odam tanasida sodir bo'lishi uchun 2 ta asosiy xususiyat sodir bo'lishini qaysi olim aytib utgan	5 ta
A.A.Polner	1 ta
A.I. Abrikodov	3 ta
G.P. Saxarov	Allergik reaksiyalar kupincha qaysi xasharot chakkanida kuzatiladi
N.I.Srotanin	sarik chumoli
Anafilktik shokda odam organizmida rivojlanadigan xaddan tashkari murakkab jaraen bo'lib, qaysi bosqichlardan iborat bo'ladi	askarida
immunologik, biokimeviy, fiziologik	koramol soliteri
immunologik, fiziologik	kilbosh gijja
biologik, fiziologik	Asalari chakishidan yuzaga keladigan utkir allergik reaksiyalarni davolashda birinchi erdam taktikasi
fiziologik, kimeviy	adrenalin
Anafilaktik shok klinikasi necha xil kurinishda kechadi	magniy sulfat
2 xil	natriy xlor
3 xil	kalsiy xlor
4xil	Burun bushligining kichishishi va ta'sirlanishi, aksirish va burundan nazla kelishi, kupincha burun okishi bilan birga kuzatiladigan kasallik mavsumiy allergik rinit
5 xil	utkir obstruktiv bronxit
Anafilaktik shok klinik kurinishining qaysi turida bemor tezda es-xushi xalok bo'ladi	bronxial astma
tez utadigan turi	pollinoz
sekin utadigan turi	Organizmning atrof-muxit allergenlari ta'siriga javoban kup miqdorda IgE ishlab chikara olish qobiliyati bu
o'rtacha tezlikdagi utadigan utri	atoniya
aralash turi	adzeziya
Anafilaktik shok sekin utadigan turining kanday klinik turlari bor	anizoperil
barchasi to'g'ri	barchasi to'g'ri
Gemodinamik	Zardob kasalligini fanga kiritgan olim
Serebral	klimans fon Pirke
Asfiktik, abdominal	N.I.Serotonin
Anafilaktik shok qaysi klinik turida xiqildoq shishi va bronxospazm kuzatiladi	G.P.Saxarov
asfiktik	V.I.Polner
gemodinamik	Tez sodir bo'ladigan allergik reaksiyalar qancha vaktida namoen bo'ladi
serebral	20-40 minut
abdominal	1 soat
	24 soat

3 soat	Layell
Organizmda antigen va antitelodan tashkari allergik reaksiyada yana nima ishtirok etishi shart	kup shaklli eritema
ishga tushiruvchi	dori allergiyasi vaskuliti
trombotsit	Amidopirin saklovchi teofidrin eki antasman qabul kilgandan keyin paydo bo'ladigan astma kanaka astma deyiladi
ECHT	atopik astma
xammasi to'g'ri	aspirinli astma
Soglom inson to'qimasini shikastlamaydigan xar kanday modda bo'lishi mumkin	zurikish astmasi
allergen	bronxial astma
antigen	Kon kuyishda gemolitik garmonga oid zaxarlanish anafilaktik shokning qaysi turiga kiradi
atitelo	gumoral
xammasi	psixogen
Gelmentli allergenlarga kiradi	og'riq tufayli kelib chiqadigan
gijja	emotsional
pashsha	Aspirinli astma fanda yana kanday ataladi,
chivin	astma uchligi
ari	ogir usib boruvchi astma
Bronxial astma yuzaga kelishiga sabab buluvchi omillar	jismoniy zurikish astmasi
atopiya	isterik astma
bronxlar sezuvchanligini oshib ketishi	Aspirinli astmada davolashda ishlatiladi
nasliy omil	kortikosteroidlar
xujayralar	voloron
Allergenlar kanaka guruxlarga bo'linadi	diplofenon
endogen va ekzogen	aspirin
ekzogen	YUrak astmasini bronxial astmadan farklovchi asosiy belgi
ekzogen	oeklardagi shish
to'g'ri javob yuk	xansirash
Tashki allergenlar nima deyiladi	nafas yetishmovchiligi
ekzogen	sianozlar
endogen	SHok a'zolariga kirmaydi
interstitsional	yurak, buyrak
abdominal	kuz shilliq qavati
Ichki allergenlar nima deyiladi	burun shilliq qavati
endogen	teri
ekzogen	Anafilaktik shok rivojlanish bosqichlari
skarifikatsiya	3
skarifikator	4
Soglom odamda inmmunoglobulin miqdori qancha	6
0.00005 g/l	Anafilaktik shok klinik turlariga kirmaydi
0.05 g/l	aftolmologik
0.0005 g/l	gemodinamik
0.005 g/l	serebral
Anafilaktik shok necha guruxga bo'linadi	obdaminal
3 ta	Bemor Tomoq ogrigi toxikardiya xolsizlik bosh ogrigidan shikoyat kilyapti va muolaja olganiga 10 dakika bo'lganligini aytdi. Bu anafilaktik shokning qaysi bosqichiga to'g'ri keladi.
2 ta	
5 ta	
12 ta	
Dori allergiyasidan kelib chiqadigan kasallik	
Stiven Jonson	

1-bosqich	endoallergiya
3-bosqich	Quyidagilardan qaysi preparatlar
4-bosqich	antigistaminlarga kiradi
2-bosqich	ketotifen, kloraten, suprastin
Epidermal sinamalar tananing qaysi	linkas, dimedrol, loratal
soxalariga utkaziladi.	loratal, zirtek, natriyteosulfat
kulning bila kichki yuzasiga	eofilin, linkas
dumba soxasiga	Bahorda bir santimetr kvadrat xavoda chang
bilak tashki yuzasiga	miqdori qancha
til ostiga	600-700
Ekzogen allergenlarga kiradi	187
uy-ruzgor allergenlari	100
muskul tolasidagi mielin	500-300
kuz gavaxari oksili	Allergik kasalliklar
oziq-ovqat allergenlari	bronxial astma, rinit
Uzbekistonda allergik kasalliklar umumiy	Kandli diabet
kasalliklarning necha foizini tashkil etadi.	Revmatizm
8.8	Infarkt, Kvinke shishi
14.8	Dori allergiyasi allergik kasalliklarning necha
5	foizini tashkil etadi
13	7%
Tez sodir bo'ladigan allergik reaksiya nia	8%
xisobidan xosil bo'ladi	10%
V-linfositlar	8,8%
T-linfositlar	Allergik real maxsus tashxis usuli qaysi lar
bazal xujayralar	allergologik anamnez, teri allergen, provakatsion
A va V to'g'ri	testlar
Layell sindiromi nima ta'sirida vujudga keladi	Laboratoriya, rentgen
dori darmon	UZI, rentgen
gul changi	Rentgan, FGS
uy changi	Barcha allergik kasalliklarning necha foizini
oziq-ovqat	bronxial astma tashkil qiladi
Layella sindiromida terida kandy kurinish	8,8%
bo'ladi	3,2%
kuygan kabi	8%
burushgan	5,4%
teri toza	Organizmga yuborilgan et moddalar xisobiga
toshmalar kup	organizmga immun o'zgarishlar ruy bersa
Gul changidan allergiya kandy nomlanadi deyiladi
pollinoz	antigen
allergik dermatit	Allergen
bronxial astma	Antitelo
allergik renit	Parallergiya
Kvinke shishining qaysi soxada uchrashi xavfli	Eshakem kupincha qaysi jinsda kup uchraydi
xikkildokda	Aellarda
ichakda	Erkaklarda
terida	Bolalarda
kulda	Xammada bir xil
Odam organizmining oziq-ovqat va dori	Irsiy angionevrotik shishi nasldan naslga
moddalariga nisbatan irsiy sensibilizatsiyasi....	kandy tipda utadi
idiosinkraziya	Autosom dominant
parallergiya	Autosom retsidiv
ekzoallergiya	Naslga utmaydi

To'g'ri javob yuk	xamma joyda
Endoallergenlarga nimalar kiradi	Bukuvchi yuzalarda
trioglobulinlar	Ezuvchi yuzalarda
Bakteriyalar	Tananing erik qismida
Usimlik changi	Patoximik bosqichda nima kuzatiladi
Xayvonlar juni	kup gistamin ishlab chikarish, kup serotonin
Noinfeksion allergenlarni belgilang	ishlab chikarish, prostoglandin ishlab chikarish
usimlik changi	kup gistamin ishlab chikarish
Virus	kup serotonin ishlab chikarish
Bakteriya	prostoglandin ishlab chikarish
Zamburug	Sekin tipdagi allergik reaksiyada qaysi
1-tip allergik reaksiya necha soatdan sung	limfotsitlar ishtirokida kechadi
rivojlanadi	V-limfotsit
2-24 soatgacha	T-limfotsit
2-12 soat	V-T-limfotsitlar
24-41 soatgacha	To'g'ri javob yuk
1 xafta	Gumoral antitelolar ishtirokida qaysi allergik
2-tip allergiya reaksiya necha soatdan sung	reaksiya amalga oshadi
rivojlanadi	tez sodir bo'ladigan
24-48soat	Asta-sekin allergik reaksiya
2-24soat	Allergik reaksiya bulmaydi
2-12 soat	To'g'ri javob yuk
3 sutkagacha	Endogen ichi omillarga noxos belgi
Teri osti vadermaning chegaralangan shishi	zamburugli dori moddalar
nima deyiladi	Sperma
Kvinke shishi	Nerv utkazuvchi oksil
Eshakem	Kalkonsimon bez immunoglobulin
Psevdoallergik toshma	IgA qaysi guruxlarga bo'linadi
Anafilaksiya	sekretidagi va zardobdagi
Kvinke ishish turiga kirmaydiganini toping	Kondagi
visseral	Zardobdagi
Urogenital	Sekretidagi va kondagi
Abdominal	Burun ichiga qilinadigan provakatsion
Xiqildoq	sinamalar necha eshdan boshlab ko'llaniladi
Kvinke shishining nafas yetishmovchiligi va	3 eshdan
inspirator xansirash bilan kechuvchi turi	5 eshdan
xiqildoq	7 eshdan
Urogenital	10 eshdan
Abdominal	Bronxlarda utkaziladigan provakatsion
Gemodinamik	sinamalar necha eshdan boshlab ko'llaniladi
Kvinke shishi nimadan keyin eng kup uchraydi	5 eshdan
dorilardan	3 eshdan
Oziq-ovqat	7 eshdan
Uy changidan	10 eshdan
Zamburuglardan	Quyidagilardan qaysi endoallergenlarga
Utkir eshakem qaysi kasalliklar bilan dif kiradi	
diagnostika qilinadi	nerv utkazuvchi tolalar okimi
ekzema, sifilis, polimorf toshmalar	Oziq-ovqat allergenlari
Sifilis	Epidermal, bakterial
Ekzema	Gelmentlar
Polimorf toshmalar	1-tip allergik reaksiyalarga qaysi kasalliklar
Utkir eshakemda toshmalar kiradi	
lokalizatsiyalanishi	Kvinke shishi

Allergik dermatit
 Bronxial astma
 Konyuktivit

SHokli organ kanday tushuncha
 allergen bevosita ta'sir kiluvchi a'zo
 Allergen turi
 YUrak
 O'pka , jigar

Nikolskiy fenomeni qaysi kasallikda musbat bo'ladi
 layella
 Stivens-Djonson
 Kvinke ishshi
 Eshakem toshmasi

Bronxial astmada shokli a'zo qaysi bronx
 Burun
 O'pka
 Xammasi

Quyidagilardan qaysi biri antigistamin dori preparatlariga kiradi
 zaditen
 Penitsillinaza
 Analgin
 To'g'ri javob yuk

Terida deraza reaksiyasi tashxislashning qaysi usuliga mansub
 terida utkaziladigan sinama
 Anamnez yigish
 Provakatsion usul
 Immunologik usul

Bemor organizmiga sezuvchanlikni pasaytirish uchun allergen yuborish....
 Immunoterapiya
 Antibiotikoterapiya
 Vaksinatsiya
 Ballastoterapiya

Allergik diatez kanday tushuncha
 allergiyaga moyillik
 Teri kasalligi
 Allergik dermatit
 Eshakem toshmasi

Klinik belgilari 2 minutdan 2 soatgacha yuzaga kelib teri kizarishi, tomoq ko'rishi, bosh aylanishi, bosh ogrigi, AB ko'tarilishi, oladi taxikardiya shokning qaysi bosqichida yuzaga keladi
 engil
 Urta
 Ogir
 Engil va ogir

Kollaps anafilaktik shokning qaysi bosqichiga to'g'ri keladi

ogir
 Engil
 Urta
 Urta va ogir

Qaysi xududda bronxial astma kuzatilmaydi
 SHimoliy Kavkaz
 Avstraliya
 Germaniya
 Qizil dengiz

AGN-2 avlodini aniqlang
 Lomilan, Astomizol, Zirtek
 Dimedrol, analergin
 Suprastin, fenistil, klaridol
 Fennarol, loratal, gistamin

Allergik rinitda ko'llaniladigan maxalliy kortikosteroidlar
 Loratal
 Nosobek
 Sanorin
 Analergin

Intranazal ko'llaniladigan kon tomirlarni toraytiradigan antigistamin dorini aniqlang
 loratal
 Analergin
 Nosogen

Sanoren-analergen Aspirinli uchlik bilan bemorlarga qaysi moddalarni kullash mann etiladi
 amidopirin, baralgin
 Loratal
 Analgin, natriy tiosulfat
 Diklofenak, eufillin

Boshokli usimlik changlarini aniqlang
 yalpiz, arpa, bugdoy
 Kayin, zirk, terak
 SHura, kokiut, terak
 Kashtan, zirk

Allergik reaksiyani aniqlashda ko'llaniladigan metod
 provakatsion usul
 UZI
 EKG

To'g'ri javob yuk Allergik kasalliklar kuprok qaysi oylarda avj bahor
 Ez
 Kuz
 Kish

D.Ado allergik reaksiyani kanday tiplarga ajratasiz
 tez sodir bo'ladigan va asta-sekinlik bilan sodir bo'ladigan

Tez rivojlanadigan	Trisalol
Sekin rivojlanadigan	Plazmen
Tulkinsimon rivojlanadi	Xammasi
Bahorda 1 sm² xavoda chang miqdori qancha	Oziq-ovqat allergiyasi klinik belgilari
600-700sm ²	joylashgan urniga kura necha guruxga
500-600sm ²	ajratiladi
700sm ²	3
100-700sm ²	2
Gapten nima	4
dori-darmon va kimeviy moddalar keltirib	5
chiqaruvchi	Dori allergiyasi allergik kasalliklarning necha
Usimlik chanlari keltirib chikaradi	foizini tashkil qiladi
Xasharotlar keltirib chikaradi	7%
Xayvon junlari	10%
Astma kasalligida laboratoriya javobini	4%
ko'rsating	6%
eozinofiliya SHarkon Leyden kristallari	Anafilaktik shokning ogir kechishida kichik tik
KUrchman spirallari, nitrofil, leykotsit	simptomining klinik kurinishlari:
Limfotsitoz, nitrofillez	Umumiy xolsizlik, depressiya
Monotsitoz, eozinofiliya	A\D o'zgarishsiz
SHarko Leyden kristallari, monotsitoz	Ko'rish qobiliyati pasayishi
Bolalarda kondagi reaksiyalar borligini	Eshitish qobiliyati pasayishi
aniqlash uchun qaysi sinama foydali	Xasharotlar chakganda anafilaktik shokning
Praustnitsa-Kyustner	simptomatikasi
Teri allergen	Kon bosimi keskin pasayib, xushidan ketadi
Skarifikatsiya	Burundan kon ketishi
Provakatsion usul	Diareya
Oziq-ovqat allergiyasi allergik kasalliklarning	Bullez toshmalar
necha foizini tashkil qiladi	Anafilaktik shokning gemodinamik
6%	variantining simptomlari
8%	YUZ kirralari utkirlashgan
9%	Kusish
10%	Qorinda og'riq
Organizmda begona antigenga nisbatan	Jigarning kattalashishi
kanday reaksiya paydo bo'lishi organizmga	Anafilaktik shokning kechki asoratlari:
tushgan antigenning ... boglik	Asab sistemasining diffuz shikastlanishi
turi, miqdori, immun tizim xususiyati	Astmatik status
Miqdori	Tireotoksikoz
Immun tizim xususiyati	Terida nekrotik o'zgarishlar
Turi va miqdori	Anafilaktik shokning dif.dagnostikasi
Endogen omillarga kiradi	Utkir yurak kon-tomir yetishmovchiligi bilan
kalkonsimon bez funksiyasining pasayishi	Utkir pielonefrit bilan
Buyrak usti bez funksiyasining pasayishi	Toksikodermiya bilan
Adashgan nerv funksiyasining oshishi	Laella sindromi bilan
Xammasi to'g'ri	Status astmaticusga olib keladigan sabablar
Teri orasiga yuborilgan sinamalarni baholash	Dori allergeni bilan doimiy kontaktda bo'lish
+ + balsa nimani anglatadi	Katta dozada kortikosteroidlar iste'mol qilish
uta musbat	Diuretiklarni iste'mol qilish
Manfiy	YUrak glikozidlarni iste'mol qilish
Gumonli	Atopik astmaning uziga xosligi
Kuchsiz musbat	Aybdor allergen bilan kontaktda bulmaganda
Ximik tizimi ingibitoriga kiradi	uzok remissiya
geparin	Asoratlarning ogir kechishi

Aybdor allergen bilan kontaktda bulmaganda umumiy axvoli emonlashishi

Kefzol yaxshi ta'sir etadi

Pollinozning asosiy klinik sindromlar

Polivisseral kurinishlar

Tana xaroratini oshishi

A\B ko'tarilishi

Nekrotik sindromlar

Spetsifik davoning asosiy metodi

Mavsumdan oldingi klassik giposesibilizatsiya

Giposesibilizatsiya kasallikning ko'zish davrida

Steroidlar orkali giposesibilizatsiya

Antibiotiklarni ingalyasion yuborish

Astma xurujini chakiradigan nospetsifik

kuzgatuvchilar

Benzin, atseton, xidlari

Dorilar, duxi xidi

Uy changi, kraska xidi

Gullar changi, benzin xidi

Pollinozning xuruj davrida ko'llaniladigan

dori vosita

Tedin

Aspirin

Naftizin

Antibiotik

Aspirinli astmada kulanilmaydigan dori

vositalar

Prostoglandinga ta'siri bor dorilar

Bronxolitiklar

Kortikosteroidlar

Biostimulyatorlar

Qaysi dori vosita Laella sindromini keltirib

chikaradi

Sulfanilamidlar

Naftizin

Intal

Ketotifen

Zardob kasalligini davolashda qaysi dori vosita

ko'llaniladi

Fenkarol

Anatoksin

Antibiotik

Ampioks

Pollinozning belgilari

Rinokonyuktival sindrom

Tana xarorati oshadi

Badani kichishadi

Tomogida kuchli og'riq

O'tkir eshakemida ko'llaniladigan dori vosita

Tiosulfat natriya

Analgetik

Aldetsin

Pulmikort

Atopik astmaning xurujida ko'llaniladigan

dori vosita

Ditek

Antibiotik

Vitaminlar

Xlorid kalsiya

Aspirinli astmada ko'llaniladigan dori vosita

Ingakort

Aspirin

Pipolfen

Indometatsin

Dori allergiyasiga xos klinik belgilar

Dermatitlar

Taxikardiya

Kungil aynish

Diareya

Qaysi kasallikda klaritin ko'llaniladi

Pollinoz kasalligida

Anafilaktik shokda

Neyrodermitlarda

Laella sindromida

O'tkir eshakemining klinikasi

Terida qavarchiqlar toshishi

Bullez toshmalar

Xushdan ketish

A\B keskin pasayishi

Stivens-Djonson sindromining belgilari

shilliq qavatlarining yalliglanishi

Bulez nekrotik toshmalar

A\B keskin pasayishi

Xushdan ketish

Bronxial astmaga xos klinik belgilar

Yo'tal

Kaltirash

Tana xarorati oshishi

Burun bitishi

Pollinozlarda bazisli terapiya

Lomuzol

Pulmikort

Berodual

Salbutamol

Bronxial astmada bazisli terapiya

Pulmikort

Klaritin

Kefzol

Xistop

Laella sindromida bazisli terapiya

Deksametazon

Antibiotik

Penitsillin

Pipolfen

Qaysi dori vosita Stivens-Djonson sindromini

keltirib chikaradi

Norsulfazol	Zamburuglar
Intal	Bakteriyalar
Salbutamol	Allergik kasalliklarning tarqalishini o'rganish uchun necha bosqichli usul ko'llaniladi
Naftizin	3 bosqichli
Qaysi dori vosita anafilaktik shokni kelitib chikaradi	2 bosqichli
Reopoliglyukin	5 bosqichli
Zaditen	4 bosqichli
Naftizin	Kasbga oid allergik kasalliklarni keltirib chikaradigan sanoat moddalari
Fenkarol	100 dan ortik
Zaditen ko'llaniladi	250 dan ortik
Surunkali eshakemi kasalligida	500 dan ortik
Anafilaktik shokda	1000 dan ortik
Laella sindromida	Tashqi muxitning yuqori darajada gazlar bilan ifloslanishi...
Bronxial astmaning ogir kechishi	Nafas yo'llari tusiklarining utkazuvchanligi buzadi
Zardob kasalligining patogenetik terapiyasi	Oshkozon ichak trakti faoliyatini buzadi
Prednizolon	Ko'rish qobiliyati pasayadi
Norvaks	Immunitetni susaytiradi
Eufillin	Allergik kasalliklarda maxsus tashxis usuli necha bosqichdan iborat
Laziks	4 bosqichdan iborat
Atopik dermatitning etiologiyasida muxim urin olgan faktorlar	5 bosqichdan iborat
Xayvon kazgoglari	3 bosqichdan iborat
Viruslar	2 bosqichdan iborat
Zamburuglar	Allergologik anamnez yigish, teridagi allergik sinamalar, provokatsion usullar, immunologik testlar erdamida tekshirish, bu...
Stafilokokk	Maxsus tashxis usuli
Atopik dermatitning davolashda ko'llaniladigan dori vosita	Umumiy tashxis usuli
Lotonaks	Dastlabki tashxis
Kefzol	Xamma javob to'g'ri
Balik moyi	Tez sodir bo'ladigan allergiyani tashxislashda qaysi reaksiyadan foydalaniladi
Propolis	Deraza
Oziq ovqat allergiyasiga xos teridagi o'zgarishlar	Prik-test
Kvinke shishi	Praustnits-Kyustner
Bullez nekrotik toshmalar	Xama javob to'g'ri
Ekzematsiya	Epidermal allergenlar bilan o'tkaziladigan sinamalar qaysi soxaga qo'yiladi
Matseratsiya	Orka elka eki bilakka
Qaysi maxsulotlar oziq ovqat allergiyasini keltirib chikaradi	Orka elka
Baliq	Fakat bilakka
Karam	Kurak orasi soxasiga
Olma	SHokli a'zo- bu...
Nok	Kasallikning klinikasini yuzaga chikaradigan a'zo eki to'qima
Bronxial astma xurujini kuchaytiradigan faktor	SHikastlangan a'zo
Bazisli terapiyani to'xtatish	Kasallikning klinikasini yuzaga chikarmaydigan a'zo eki to'qima
Uyqu	
Ochlik	
Oshkozon-ichak buzilishlari	
Noinfeksiyon ekzoallergenlar	
uy ro'zgor allergenlari	
Virusli allergenlar	

Organizmning barcha organlar

O'lchami xudi test-nazorati suyukligi bergan reaksiya ko'rinishidek. Sinamani baholang

Manfiy

Gumonli

Kuchsiz musbat

Urta musbat

Skarifikatsiya o'rnida qavarchiksiz qizarish xolati bo'ladi. Sinamani baholang

Gumonli

Manfiy

Kuchsiz musbat

Urta musbat

Qavarchiqning diametri 2-3 mm atrofida kizarish xolati, fakat terini tortib ko'rilganda bilinadi. Sinamani baholang

Kuchsiz musbat

Manfiy

Urta musbat

Gumonli

Qavarchiqning diametri 5 mm dan oshmaydi va ko'zga yaqqol tashlanadi. Sinamani baholang

Urta musbat

Manfiy

Kuchsiz musbat

Gumonli

Oziq-ovqat allergiyasini tashxislash uchun qaysi provokatsion sinamadan foydalaniladi

Leykopenik

Konyuktival

Ingalyasiya sinamaları

Endonazal

Allegik kasalliklarni davolash usullari

Maxsus, nomaxsus

Eliminatsiya terapiyasi

Emlash

Maxsus

Immunomodulyatorlar nechta guruxga bo'linadi

3 guruxga

4 guruxga

5 guruxga

2 guruxga

Immunoglobulinlar, interferon, timalin immunomodulyatrolarning qaysi guruxiga mansub

Immunorestavradorlar

Immunostimulyatorlar

Immunosupressorlar

Immunodepressantlar

Bemor organizmiga sezuvchanligini pasaytirish maqsadida allergenlar yuborish bu...

Immunoterapiya

Fizioterapiya

Bazisli terapiya

Xammasi to'g'ri

Oziq-ovqat allergiyasining klinik belgilari

Xammasi to'g'ri

Gastro-intestinal

Teri kasalliklari

Nafas yuli kasalliklari

Oziq-ovqat allergiyasini klinik kechishi nechta asosiy shaklga ajratilgan

2 shaklga

4shaklga

5 shaklga

Ajratilmaydi

Oziq-ovqat allergiyasining klinik kechishi

Siklik va doimiy

Utkir va surunkali

Engil va ogir

To'g'ri javob yuk

Oziq-ovqat allergiyasida ichakning qaysi qismi kuprok zararlanadi

Ingichka va yugon

To'g'ri ichak

Sigmasimon ichak

Ichak zararlanmaydi

Oziq-ovqat allergiyasida periferik kondagi o'zgarishlar

Leykopeniya, eozinofiliya, limfotsitoz

Trombotsitopeniya, eritrotsitoz

Eozinofiliya, leykopeniya

Trombotsitoz, leykopeniya

Oziq-ovqat allergiyasida asab tizimidagi o'zgarishlar

Xammasi to'g'ri

Umumiy astenizatsiya

Uykusizlik

Asabiylashish

Oziq-ovqat allergiyasining eng ogir kurinishi

Anafilaktik reaksiya

Teri kichishi

Kvinke shishi

Xushdan ketish

Oziq-ovqat allergiyasini tashxislash uchun eliminatsiya sinamasining nechta turi ko'llaniladi

3 turi

4 turi

5 turi

2 turi

Favizm- bu...

Dukkakli usimliklar maxsulotini xazm kila olmaslik

Non maxsulotlarini xazm kila olmaslik

Oksil almashinuvi maxsulotlarni xazm qilishning buzilishi

Sut maxsulotlarini xazm kila olmaslik

Glyuteinli enteropatiya- bu

Oksil almashinuvi maxsulotlarni xazm qilishning buzilishi

Dukkakli usimliklar maxsulotini xazm kila olmaslik

Non maxsulotlarini xazm kila olmaslik

Sut maxsulotlarini xazm kila olmaslik

Seliakiya –bu...

Don maxsulotlardagi kleykovin oksilni kutara olmaslik

Dukkakli usimliklar maxsulotini xazm kila olmaslik

Oksil almashinuvi maxsulotlarni xazm qilishning buzilishi

Sut maxsulotlarini xazm kila olmaslik

A. D. Ado klassifikatsiyasi asosida dori allergiyasi kelib chiqish darajasiga karab nechta guruxga bo'linadi

3 guruxga

4 guruxga

2 guruxga

6 guruxga

Kasallik belgilari 48 soat- 1 haftadan keyin paydo buluvchi dori allergiyasini aniqlang

Kech rivojlanuvchi

Tez yuzaga chiquvchi

Kechrok boshlanuvchi

Rivojlanmaydigan dori allergiyasi

Kasallik belgilari tez yuzaga chiquvchi dori allergiyasini aniqlang

Tez yuzaga chiquvchi

Kech rivojlanuvchi

Kechrok boshlanuvchi

Rivojlanmaydigan dori allergiyasi

Kasallikning klinik belgilari 24 soatdan keyin namoen bo'ladigan dori allergiyasini aniqlang

Kechrok boshlanuvchi

Tez yuzaga chiquvchi

Kech rivojlanuvchi

Rivojlanmaydigan dori allergiyasi

Dori allergiyasining klinik kurinishlari

Xammasi to'g'ri

Isitma ko'tarilishi

Bir necha a'zo yoki tizim zararlanishi

Belgilarni preparat turiga boglik bulmasligi

Dori allergiyasida toshmalar turi

Polimorf

Monomorf

Dogsimon

Kavariksimon

Kvinke shishida terining rangi

Oqish eki pushti rangda

Sarik rangda

Kizgish rangda

Okish rangda

Kup shaklli ekssudativ eritema kasalligida

toshmalar dastlab qaysi soxada paydo bo'ladi

Kul va oekning tashki yuzasida

Bel soxasida

Qorin soxasida

Kukrak soxasida

SHoklar necha guruxga bo'linadi

3 guruxga

4 guruxga

2 guruxga

6 guruxga

Anafilaktik shokning asfiktik turi

Xiqildoq, o'pka shishi va bronxospazm

YUrak soxasida og'riqlar

Kon bosimining pasayishi

Kungil aynish

Bronxlarning surunkali usib boruvchi

yalliglanishi, ular reaktivligining ortib ketishi

asosida rivojlanadigan kasallik bo'lib,

bronxlar torayishi, shishishi sababli kelib

chiqqan obstruksiya natijasida bo'g'ilish

xurujlari bu...

Bronxial astma

Obstruktiv bronxit

Surunkali bronxit

Utkir pnevmoniya

Organizmning atrof-muxit allergenlari

ta'siriga javoban kup miqdorda Ig E ishlab

chikara olish qobiliyati...

Atopiya

Sesibilizatsiya

Allergiya

Astma

Bronxial astmani qaysi kasalliklar bilan

farklash kerak

Xammasi to'g'ri

Surunkali obstruktiv bronxit

Utkir respirator virusli infeksiya

Asabiy (isterik) astma

Kortikosteroidlar organizmga kiritilish yullari

Xammasi to'g'ri

parenteral

peroral

aerozol xolida

Rinitnig turlari

Allergik va noallergik

Utkir va surunkali

Mavsumiy nomavsumiy	Vena ichiga yuboriladi
Xammasi to'g'ri	Burunga tomiziladi
Pollinozni kelib chiqishiga sababchi omil	Kon'yuktival provokatsion sinamada allergen miqdorini aniqlang
Usimlik changi	10^{-1} , 1 tomchi
Xasharotlar	10^4 , 10 tomchi
Uy changi	10^{-6} , 1 ml
Uy xayvonlarning kazgogi	10^{-3} , 2 ml
Mamlakatimizda xavodagi chang miqdori ko'tarilishining nechta davri aniqlangan	Bakterial allergenlar bilan utkaziladigan endonazal provokatsion sinamaning natijasi necha soatdan keiyn xisobga olinadi
3 davr	6-24 soat
5 davr	24-48 soat
4 davr	72 soat
6 davr	12 soat
Provokatsion testlarga kirmaydi	Rinotsitogramma qaysi kasallikda ko'llaniladi
Praustnits-Kyustner reaksiyasi	Allergik rinit
Endonazal test	Surunkali bronxit
Konyuktival test	Bronxial astma
Ingalyasion test	Atopik bronxial astma
Prik-test usulining texnikasi	
Teriga tomiziladi	
Kon'yuktivaga tomiziladi	

3.5.Baholash

«Klinik allergologiya» fani bo'yicha talabalar bilimini baholash mezoni va talabi

“ТАСДИҚЛАЙМАН”

Ўқувчилари проректори
Ш.Олимов
« 30 » 2017 йил

« 30 » 2017 йил

Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институтида талабалар
билимини назорат қилиш ва баҳолашнинг рейтинг тизими тўғрисида
НИЗОМ

“КЕЎРСАТИЛГАН”

Ўқув бўлими бошлиғи
Я.Баҳрамова
« 30 » 2017 йил

« 30 » 2017 йил

Ушбу Низом Ўзбекистон Республикаси Олий ва ўрта махсус таълим вазирлигининг 2009 йил 07 август № 276-сонли “Талабалар билимини назорат қилиш ва баҳолашнинг рейтинг тизими тўғрисидаги Низомни амалиётга жорий этиш ҳақида”ги буйруғи билан тасдиқланган “Олий таълим муассасаларида талабалар билимини назорат қилиш ва баҳолашнинг рейтинг тизими тўғрисида “Низом” ва тиббиёт олий таълим муассасалари ректорлари Раёсати томонидан тасвир этилган “Тиббиёт олий таълим муассасаларида талабалар билимини назорат қилиш ва баҳолашнинг рейтинг тизими тўғрисида Низом” ва Ўзбекистон Республикаси Олий ва ўрта махсус таълим вазирлигининг 2010 йил 25 августдаги 333 – сон буйруғи билан Низомга ўзгартириш ва қўшимчалар киритилган ҳамда Ўзбекистон Республикаси Адлия вазирлигида 2010 йил 26 августда 1981-1 сон билан Давлат рўйхатидан қайта ўтказилган “Олий таълим муассасаларида талабалар билимини назорат қилиш ва баҳолашнинг рейтинг тизими тўғрисида Низом”и ва “Олий таълим муассасаларида талабалар билимини назорат қилиш ва баҳолашнинг рейтинг тизими тўғрисидаги низомга ўзгартириш ва қўшимчалар киритиш ҳақида”ги (Давлат рўйхати 1981-2-сон, 13.12.2013 йил), Ўзбекистон Республикаси олий ва ўрта махсус таълим вазирлигининг 2014 йил 26 декабрдаги 14-сонли (рўйхат рақами 1981-3, 30.12.2014 й.) “Олий таълим тўғрисидаги низомга қўшимча киритиш ҳақида”ги (Давлат рўйхати 1222-2 –сон, 13.12.2013й) буйруқлари асосида ишлаб чиқилди ва Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институтида талабалар билимини назорат қилиш ва баҳолашда асосий меъёрий ҳужжат бўлиб ҳисобланади.

I. Умумий қондалар

1. Талабалар билимини назорат қилиш ва рейтинг тизими орқали баҳолашдан мақсад таълим сифатини бошқариш орқали рақобатбардош кадрлар тайёрлашга эришиш, талабаларнинг фанларни ўзлаштиришида бўшлиқлар ҳосил бўлишини олдини олиш, уларни аниқлаш ва бартараф этишдан иборат.
2. Рейтинг тизимининг асосий вазифалари қуйидагилардан иборат:
 - а) талабаларда Давлат таълим стандартларига мувофиқ тегишли билим, кўникма ва малакалар шаклланишига даражасини назорат қилиш ва таҳлил қилиб бориш;
 - б) талабалар билими, кўникма ва малакаларини баҳолашнинг асосий тамойиллари: Давлат таълим стандартларига асосланганлик, аниқлик, ҳаққонийлик, ишонччилик ва қулай шаклда баҳолашни таъминлаш;
 - в) фанларнинг талабалар томонидан тизимли тарзда ва белгиланган муддатларда ўзлаштирилишини ташкил этиш ва таҳлил қилиш;
 - г) талабаларда мустақил ишлаш кўникмаларини ривожлантириш, ахборот ресурслари манбаларидан самарали фойдаланишни ташкил этиш;
 - д) талабалар билимини ҳолис ва адолатли баҳолаш ҳамда унинг натижаларини вақтида маълум қилиш;

- e) talabalarning fanlar bo'yicha kompleks hamda uzluksiz tayyorgarligini ta'minlash;
- j) o'quv jarayonining tashkiliy ishlarini kompyuterlashtirishga sharoit yaratish.

3. Fanlar bo'yicha talabalar bilimini semestrda baholab borish reyting nazorati jadvallari va baholash mezonlari asosida amalga oshiriladi.

II. Nazorat turlari va uni amalga oshirish tartibi

4. Nazorat turlari, uni o'tkazish tartibi va mezonlari kafedra mudiri tavsiyasi bilan oliy ta'lim muassasasining (fakultet) o'quv-uslubiy kengashida muhokama qilinadi va tasdiqlanadi hamda har bir fanning ishchi o'quv dasturida mashg'ulot turlari bilan birgalikda ko'rsatiladi.

5. Reyting nazorati jadvallari, nazorat turi, shakli, soni hamda har bir nazoratga ajratilgan maksimal ball, shuningdek joriy va oraliq nazoratlarning saralash ballari haqidagi ma'lumotlar fan bo'yicha birinchi mashg'ulotda talabalarga e'lon qilinadi.

6. Talabalarining bilim saviyasi va o'zlashtirish darajasining Davlat ta'lim standartlariga muvofiqligini ta'minlash uchun quyidagi nazorat turlarini o'tkazish nazarda tutiladi:

joriy nazorat — talabaning fan mavzulari bo'yicha bilim va amaliy ko'nikma darajasini aniqlash va baholash usuli. Joriy nazorat fanning xususiyatidan kelib chiqqan holda, seminar, laboratoriya va amaliy mashg'ulotlarida og'zaki so'rov, test o'tkazish, suhbat, nazorat ishi, kollokvium, uy vazifalarini tekshirish va shu kabi boshqa shakllarda o'tkazilishi mumkin;

oraliq nazorat — semestr davomida o'quv dasturining tegishli (fanning bir necha mavzularini o'z ichiga olgan) bo'limi tugallangandan keyin talabaning bilim va amaliy ko'nikma darajasini aniqlash va baholash usuli. Oraliq nazoratining soni (bir semestrda ikki martadan ko'p o'tkazilmasligi lozim) va shakli (yozma, og'zaki, test va hokazo) o'quv faniga ajratilgan umumiy soatlar hajmidan kelib chiqqan holda belgilanadi;

yakuniy nazorat — semestr yakunida muayyan fan bo'yicha nazariy bilim va amaliy ko'nikmalarni talabalar tomonidan o'zlashtirish darajasini baholash usuli. Yakuniy nazorat asosan tayanch tushuncha va iboralarga asoslangan «YOzma ish» (tibbiyot oliy ta'lim muassasalari uchun «YOzma ish» yoki OTKS (ob'ektiv tizimlashtirilgan klinik sinov) shaklida o'tkaziladi.

Ta'lim yo'nalishi va mutaxassisliklari ayrim fanlarining xususiyatlaridan kelib chiqqan holda fakultet Ilmiy kengashi yoki oliy ta'lim muassasasi kengashi qarori asosida ko'pi bilan 40% fanlardan yakuniy nazoratlar boshqa shakllarda (og'zaki, test va hokazo) o'tkazilishi mumkin.

6¹. Nazorat turlarini o'tkazishda xolislikni ta'minlash maqsadida talabalar to'g'risidagi ma'lumotlar ularning nazorat ishlariga oliy ta'lim muassasasi tomonidan identifikatsiya kodi berish orqali shifrlanishi mumkin.

7. Oraliq nazoratni o'tkazish jarayoni kafedra mudiri tomonidan tuzilgan komissiya ishtirokida davriy ravishda o'rganib boriladi va uni o'tkazish tartiblari buzilgan hollarda, oraliq nazorat natijalari bekor qilinadi hamda oraliq nazorat qayta o'tkaziladi.

8. Oliy ta'lim muassasasi rahbarining buyrug'i bilan ichki nazorat va monitoring bo'limi yoki o'quv-uslubiy boshqarma rahbarligida tuzilgan komissiya ishtirokida yakuniy nazoratni o'tkazish jarayoni davriy ravishda o'rganib boriladi va uni o'tkazish tartiblari buzilgan hollarda, yakuniy nazorat natijalari bekor qilinadi hamda yakuniy nazorat qayta o'tkaziladi.

III. Baholash tartibi va mezonlari

10. Talabalarining bilim saviyasi, ko'nikma va malakalarini nazorat qilishning reyting tizimi asosida talabaning har bir fan bo'yicha o'zlashtirish darajasi ballar orqali ifodalanadi.

11. Har bir fan bo'yicha talabaning semestr davomidagi o'zlashtirish ko'rsatkichi 100 ballik tizimda butun sonlar bilan baholanadi.

Ushbu 100 ball nazorat turlari bo'yicha quyidagicha taqsimlanadi:

yakuniy nazoratga — 30 ball;

joriy va oraliq nazoratlarga — 70 ball (fanning xususiyatidan kelib chiqqan holda 70 ball kafedra tomonidan joriy va oraliq nazoratlarga taqsimlanadi).

12. Tibbiyot instituti talabalarini o'qitish uslublarini o'ziga xosligini inobatga olgan holda bilimni baholashda JB,TMI,OB, va JBlarning qiymatani hisobga olish uchun koeffitsienti qo'llaniladi.

№	Baholash turi	Maksimal ball	Saralash bali	Koeffitsient
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

Sikl-blok tizimida o'qitiladigan fanlardan auditoriya soatlari 72 soatdan kam bo'lgan hollarda oraliq nazorat o'kazilmaydi va ushbu 100 ball nazorat turlari bo'yicha quyidagicha taqsimlanadi.

- joriy baholash - 45 ball;
- mustaqil ish - 5 ball;
- yakuniy baholash – 50 ball;

№	Baholash turi	Maksimal ball	Saralash bali	Koeffitsient
1.	Joriy baholash	45	24,75	0,45
2.	TMI	5	2.75	0,05
3.	YAkuniy baholash	50	27,5	0,5
	JAMI	100	55,0	1

13. Talabaning reyting daftarchasi yoki talabalar reytingini hisobga olish elektron tizimiga alohida qayd qilinadigan kurs ishi (loyihasi, hisob-grafik ishlari), malakaviy amaliyot, fan (fanlararo) bo'yicha yakuniy davlat attestatsiyasi, bitiruv malakaviy ishi va magistratura talabalarining ilmiy-tadqiqot va ilmiy-pedagogik ishlari, magistrlik dissertatsiyasi bo'yicha o'zlashtirish darajasi — 100 ballik tizimda baholanadi.

14. Talabaning fan bo'yicha o'zlashtirish ko'rsatkichini nazorat qilishda quyidagi namunaviy mezonlar (keyingi o'rinlarda namunaviy mezonlar deb yuritiladi) tavsiya etiladi:

a) 86 — 100 ball uchun talabaning bilim darajasi quyidagilarga javob berishi lozim:

- xulosa va qaror qabul qilish;
- ijodiy fikrlay olish;
- mustaqil mushohada yurita olish;
- olgan bilimlarini amalda qo'llay olish;
- mohiyatini tushunish;
- bilish, aytib berish;
- tasavvurga ega bo'lish.

b) 71 — 85 ball uchun talabaning bilim darajasi quyidagilarga javob berishi lozim:

- mustaqil mushohada yurita olish;
- olgan bilimlarini amalda qo'llay olish;
- mohiyatini tushunish;
- bilish, aytib berish;
- tasavvurga ega bo'lish.

v) 55 — 70 ball uchun talabaning bilim darajasi quyidagilarga javob berishi lozim:
mohiyatini tushunish;
bilish, aytib berish;
tasavvurga ega bo'lish.

g) quyidagi hollarda talabaning bilim darajasi 0 — 54 ball bilan baholanishi mumkin:
aniq tasavvurga ega bo'lmaslik;
bilmaslik.

15. Namunaviy mezonlar asosida muayyan fandan joriy va oraliq nazoratlar bo'yicha aniq mezonlar ishlab chiqilib, kafedra mudiri tomonidan tasdiqlanadi va talabalarga e'lon qilinadi.

16. Namunaviy mezonlarga muvofiq mutaxassislik fanlar bo'yicha tayanch oliy ta'lim muassasalari tomonidan yakuniy nazorat uchun baholash mezonlari ishlab chiqilib, oliy ta'lim muassasasi Ilmiy-uslubiy kengashi tomonidan tasdiqlanadi va turdosh oliy ta'lim muassasalariga etkaziladi.

17. Talabalarining o'quv fani bo'yicha mustaqil ishi joriy, oraliq va yakuniy nazoratlar jarayonida tegishli topshiriqlarni bajarishi va unga ajratilgan ballardan kelib chiqqan holda baholanadi.

18. Talabaning fan bo'yicha bir semestrda reytingi quyidagicha aniqlanadi:

$$R_f = \frac{V \times O^I}{100}, \text{ bu erda:}$$

V — semestrda fanga ajratilgan umumiy o'quv yuklamasi (soatlarda);

O^I — fan bo'yicha o'zlashtirish darajasi (ballarda).

19. Fan bo'yicha joriy va oraliq nazoratlarga ajratilgan umumiy ballning 55 foizi saralash ball hisoblanib, ushbu foizdan kam ball to'plagan talabalar yakuniy nazoratga kiritilmaydi.

Joriy va oraliq nazorat turlari bo'yicha 55 va undan yuqori ballni to'plagan talaba fanni o'zlashtirgan deb hisoblanadi va ushbu fan bo'yicha yakuniy nazoratga kirmasligiga yo'l qo'yiladi.

Tibbiyot oliy ta'lim muassasalarida fan bo'yicha joriy, oraliq va yakuniy nazoratlarning har biriga ajratilgan ballning 55 foizi saralash ball etib belgilanadi va bunda joriy va oraliq nazoratlarning har biriga ajratilgan ballning 55 va undan yuqori foizidagi ballni to'plagan talabalar ushbu fan bo'yicha yakuniy nazoratga kiritiladi.

20. Talabaning semestr davomida fan bo'yicha to'plagan umumiy balli har bir nazorat turidan belgilangan qoidalarga muvofiq to'plagan ballari yig'indisiga teng.

IV. Nazorat turlarini o'tkazish muddati

21. Oraliq va yakuniy nazorat turlari kalendar tematik rejaga muvofiq dekanat yoki fakultet tuzilmasi bo'lmagan oliy ta'lim muassasalarida o'quv bo'limi (o'quv-uslubiy boshqarma) tomonidan tuzilgan reyting nazorat jadvallari asosida o'tkaziladi. Yakuniy nazorat semestrning oxirgi 2 haftasi mobaynida o'tkaziladi.

22. Talaba fan bo'yicha kurs loyihasi (ishi)ni ushbu fan bo'yicha to'plagan ballari umumlashtirilishiga qadar topshirishi shart.

23. Joriy va oraliq nazoratlarda saralash balidan kam ball to'plagan va uzrli sabablarga ko'ra nazoratlarda qatnasha olmagan talabaga qayta topshirish uchun, navbatdagi shu nazorat turigacha, so'nggi joriy va oraliq nazoratlar uchun yakuniy nazoratgacha bo'lgan muddat beriladi.

Kasalligi sababli darslarga qatnashmagan hamda belgilangan muddatlarda joriy, oraliq va yakuniy nazoratlarni topshira olmagan talabalarga fakultet dekani farmoyishi yoki fakultet tuzilmasi bo'lmagan oliy ta'lim muassasalarida o'quv bo'limi (o'quv-uslubiy boshqarma)

yoki o'quv ishlari bo'yicha prorektorning ruxsatnomasi asosida, o'qishni boshlaganidan so'ng ikki hafta muddatda qayta topshirishga ruxsat beriladi.

24. Talabaning semestrda joriy va oraliq nazorat turlari bo'yicha to'plangan ballari ushbu nazorat turlari umumiy ballining 55 foizidan kam bo'lsa yoki semestr yakunida joriy, oraliq va yakuniy nazorat turlari bo'yicha to'plangan ballari yig'indisi 55 balldan kam bo'lsa, u akademik qarzdor deb hisoblanadi.

Tibbiyot oliy ta'lim muassasalarida semestr yakunida fan bo'yicha joriy, oraliq yoki yakuniy nazorat turlarining har biri bo'yicha saralash ballidan kam ball to'plagan talaba akademik qarzdor hisoblanadi.

Akademik qarzdor talabalarga semestr tugaganidan keyin (bahorgi semestr natijalari bo'yicha esa, talabalarining yozgi ta'tili hamda professor-o'qituvchilarning mehnat ta'tilidan so'ng) qayta o'zlashtirish uchun bir oy muddat beriladi. SHu muddat davomida fanni o'zlashtira olmagan talaba fakultet dekani yoki fakultet tuzilmasi bo'lmagan oliy ta'lim muassasalarida o'quv bo'limi (o'quv-uslubiy boshqarma) boshlig'ining tavsiyasiga ko'ra belgilangan tartibda rektorning buyrug'i bilan talabalar safidan chetlashtiriladi.

25. Talaba nazorat natijalaridan norozi bo'lsa, fan bo'yicha nazorat turi natijalari e'lon qilingan vaqtdan boshlab bir kun mobaynida fakultet dekani yoki fakultet tuzilmasi bo'lmagan oliy ta'lim muassasalarida o'quv bo'limi (o'quv-uslubiy boshqarma) boshlig'iga ariza bilan murojaat etishi mumkin. Bunday holda fakultet dekani yoki fakultet tuzilmasi bo'lmagan oliy ta'lim muassasalarida o'quv bo'limi (o'quv-uslubiy boshqarma) boshlig'ining taqdimnomasiga ko'ra rektor buyrug'i bilan 3 (uch) a'zodan kam bo'lmagan tarkibda apellyasiya komissiyasi tashkil etiladi.

Apellyasiya komissiyasi talabalarining arizalarini ko'rib chiqib, shu kunning o'zida xulosasini bildiradi.

26. Baholashning o'rnatilgan talablar asosida belgilangan muddatlarda o'tkazilishi hamda rasmiylashtirilishi fakultet dekani, kafedra mudiri, o'quv bo'limi hamda ichki nazorat va monitoring bo'limi tomonidan nazorat qilinadi.

V. Reyting natijalarini qayd qilish va tahlil etish tartibi

27. Talabaning fan bo'yicha nazorat turlarida to'plagan ballari semestr yakunida reyting qaydnomasiga butun sonlar bilan qayd qilinadi. Reyting daftarchasi yoki talabalar reytingini hisobga olish elektron tizimining «O'quv rejasida ajratilgan soat» ustuniga semestr uchun fanga ajratilgan umumiy o'quv yuklama soatlari, «Fandan olingan baho» ustuniga esa 100 ballik tizimdagi o'zlashtirishi qo'yiladi.

Talabaning saralash balidan past bo'lgan o'zlashtirishi reyting daftarchasiga qayd etilmaydi.

28. Har bir fan bo'yicha o'tkaziladigan nazorat turlarining natijalari guruh jurnali hamda qaydnomada qayd etiladi va shu kunning o'zida (nazorat turi yozma ish shaklida o'tkazilgan bo'lsa, 2 (ikki) kun muddat ichida) talabalar e'tiboriga etkaziladi.

29. Yakuniy nazorat natijalariga ko'ra fan o'qituvchisi talabalarining fan bo'yicha reytingini aniqlaydi hamda reyting daftarcha va qaydnomaning tegishli qismini to'ldiradi.

Talabalar reytingini hisobga olish elektron tizimi joriy etilgan oliy ta'lim muassasalarida talabalarining fan bo'yicha reytingi reyting qaydnomasi va ushbu tizimga qayd etiladi.

30. Talabaning reytingi uning bilimi, ko'nikmasi va malakalari darajasini belgilaydi. Talabaning semestr (kurs) bo'yicha umumiy reytingi barcha fanlardan to'plangan reyting ballari yig'indisi orqali aniqlanadi.

31. Talabalar umumiy reytingi har bir semestr va o'quv yili yakunlangandan so'ng e'lon qilinadi.

32. Diplom ilovasi yoki akademik ma'lumotnomani dekanat yoki fakultet tuzilmasi bo'lmagan oliy ta'lim muassasalarida o'quv bo'limi (o'quv-uslubiy boshqarma) tomonidan rasmiylashtirishda fan bir necha semestr davom etgan bo'lsa, reytinglar yig'indisi olinadi.

Talabaga imtiyozli diplom belgilashda uning har bir semestr yakunidagi fanlar bo'yicha o'zlashtirish ko'rsatkichi hisobga olinadi.

33. Talabalarning nazorat turlari bo'yicha erishgan natijalari kafedralar, dekanatlar va o'quv-metodik bo'linmalarda kompyuter xotirasiga kiritilib, muntazam ravishda tahlil qilib boriladi.



3.6. Foydalanilgan adabiyotlar

Asosiy adabiyotlar:

7. Ichki kasalliklar propedeutikasi. Gadaev A.G., Toshkent, 2012.
8. Vnutrennie bolezni, tom 1, Muxin N.A., 2009, Moskva
9. Vnutrennie bolezni, tom 2, Muxin N.A., 2009, Moskva

Qo'shimcha adabiyotlar:

19. Klinicheskaya immunologiya i allergologiya s osnovami obshchey immunologii. L.V. Kovalchuk, L.V. Gonkovskaya, R.YA. Meshkova. Moskva, 2011.
20. Klinicheskaya immunologiya i allergologiya s osnovami obshchey immunologii. L.V. Kovalchuk, L.V. Gonkovskaya, R.YA. Meshkova. Moskva, 2011.

Internet saytlari:

1. www.zionet.uz
2. www.bsmi.uz
3. www.medlincs.ru
4. www.medbook.ru