

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС ТАЪЛИМ  
ВАЗИРЛИГИ**

**АБУ АЛИ ИБН СИНО НОМИДАГИ БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ  
ИНСТИТУТИ**

**УМУМИЙ АМАЛИЁТ ВРАЧИ ФАНИ БЎЙИЧА ЎҚУВ-УСЛУБИЙ  
МАЖМУА Терапия (Гастроэнтерология)**

*(Даволаш ва тиббиё педагогика факультетларининг 6 курс талабалари ва умумий  
амалиёт врачлари учун)*

**Бухоро - 2019 йил**

**Тузувчилар:** УАШ қайта тайёрлаш кафедраси катта  
ўқитувчиси, т.ф.н.

Асроров А.А

ассистент

Адизова Д.Р.

**Такризчилар:** т.ф.д., проф.

Орзиев З.М.

**БухДТИ ўқув бўлими услубчиси:**

Жумаева Ш.Б.

Абу Али Ибн сино номидаги Бухоро Давлат тиббиёт институтининг ўқув-  
методик кенгашининг 2019 йил “-----”----- -сон мажлисида  
муҳокаома этилди.

## АННОТАЦИЯ

Ушбу услубий мажмуа муаллифи олий таълимнинг 6-курс даволаш ва тиббий педагогика йўналишлари клиник тиббий фанлар блоки ўқув адабиётлари туркумига кириб, давлат стандартлари ва намунавий ўқув дастури мазмунига мос. Ўқув услубий мажмуада гастроэнтерологияда энг кўп учрайдиган патологик ҳолатларнинг клиник кечиши, уларни эрта ташхислаш, дифференциал ташхис, диагностика қилиш ва даволаш ҳақида маълумотлар келтирилган. Гастроэнтерологик касалликларни турли кечиш вариантлари, шакллари, босқичларида ташхислаш ва қиёсий ташхислаш асосий йўналиши бўлиб ҳисобланади. Мажмуада касалликларни эрта ташхислаш мақсадида мақсадга йўналтирилган қўшимча текширишларни ўтказиш ҳақида маълумотлар келтирилган. Пархез буюриш касалликка мос ҳолда унинг тартиби ва таркиби ҳақида маълумотлар келтирилган. Фан бўйича талабаларни баҳолашнинг рейтинг низоми, мустақил иш низоми ўрин олган. Хар бир мавзу бўйича баҳолаш мезонлари келтирилган. Мажмуа малака характеристикасига мос келади унда даволаш иши йўналиши талабалари учун зарурий маълумотлар келтирилган. Беморларни реабилитация усуллари ёритилган. Шунингдек мажмуадан клиник ҳолатлар, тестлар ўрин олган. Интерфаол усуллар келтирилган бўлиб мавзунини ўзлаштириш ва талабаларни билим даражасини аниқлаш ҳамда мавзунини мустаҳкамлаш мақсадида интерфаол усуллар асосий ўрин эгаллайди.

**Тузувчилар:** УАШ қайта тайёрлаш кафедраси катта ўқитувчиси,  
т.ф.н. Асроров А.А

ассистент Адизова Д.Р.

**Тақризчилар:**

т.ф.д., проф. Орзиев З.М.

## 1. Сўз боши

### 1.1. ЎҚУВ ЖАРАЁНИНИ МАҚСАДИ ВА ВАЗИФАЛАРИ.

**Мақсад:** Соғлиқни сақлашни бирламчи тизимида гастроэнтерологик касалликларини профилактикаси, уни эрта ташхислаш ва қиёсий ташхислаш, ҳамда беморларни даволаш тактикаси бўйича тегишли билими ва кўникмаларга эга бўлган, “малака характеристикаси” талабларига жавоб берадиган, “Даволаш иши” мутахассислиги бўйича шифокор тайёрлаш.

#### Ўқитиш вазифалари:

1. Соғлиқни сақлашни бирламчи тизими шароитида гастроэнтерология касалликларни турли кечишлари ва шакл босқичларида қиёсий ташхислаш, уларни даволаш тактикаси, ҳамда профилактикаси бўйича зарур билимларни эгаллаш.
2. Умумий амалиёт врачининг бемор ва соғлом кишига, оилага, жамиятга, ҳамкасбларига. Катта ва кичик тиббиёт ходимларига нисбаттан деонтологик кўникмаларини ҳосил қилиш.

### 1.2. ЎҚУВ ЖАРАЁНИДА БИЛИМ ВА КЎНИКМАЛАРГА ҚЎЙИЛАДИГАН ТАЛАБЛАР:

#### I. Билиши шарт:

1. Гастроэнтерологик касалликлар турли кечишлари ва шакл босқичларида қиёсий ташхислаш
2. Даволаш тактикаси
3. Профилактика бўйича зарур билимларни эгаллаш.

#### II. Бажара олиши шарт:

1. Тиббий этика ва деонтологияга риоя қилиш.
2. Беморлардан анамнез йиғиш, ички аъзо ва системалар бўйича кўришни ўз ичига олган клиник текширув ўтказиш
3. Тахминий ташхис қўйиш.
4. Мақсадга йўналтирилган кўшимча текширувлар ўтказиш.
5. Қиёсий ташхис ўтказиш (клиник фикрлаш орқали масалани ечиш ва тегишли қарор қабул қилиш).
6. Якуний ташхис қўйиш.
7. Овқатланиш (парҳез) тартибини тавсия этиш.
8. Рационал даволашни (рецепт ёрдамида) белгилаш.
9. Мехнатга яроқсизлик (вақтинча ва турғун)ни белгилаш. Тиббий ҳужжатларни тўғри расмийлаштириш.
10. Консултация, кўшимча тиббий текшири ва шифохонага юбориш масаласини ҳал қилиш реабилитация ўтказиш ва санатория, курортларда даволаниш учун йўлланма бериш.
11. Беморлар ва аҳолининг ҳимояланмаган гуруҳлари орасида парвариш ишларини ташкил қилиш ҳамда ўтказиш.
12. Оила шароитидан келиб чиқиб беморларни кузатиш.
13. Диспансеризация ўтказиш.
14. Юқумли ва юқумли бўлмаган касалликларда профилактик соғломлаштириш, санитар-гигиеник ва эпидемияга қарши чора тадбирлар ўтказиш

#### III. Кўникмаларни бажара олдиши шарт:

1. Соғлом ҳаёт тарзини тарғиб қилиш.
2. Беморларни мустақил қабул қилиш.
3. Асосий диагностик симптомларни аниқлаш.
4. Зарур текширув режасини тузиш.
5. Индивидуал даволашни тавсия қилиш.
6. Ўтказилган даолаш самарадорлигини назорат қилиш.
7. Консултация ва госпитализацияга кўрсатмалар.
8. Мехнатга лаёқатлик муаммоларини ечиш.
9. профилактик чора-тадбирларни ўтказиш.
10. Ҳомиладор ва фертил ёшдаги аёлларни экстрагенитал патологияда умумий амалиёт врачлари тактикаси.

### **1.3. МАЗКУР ФАНИИ ЎРГАНИШ УЧУН ЛОЗИМ БЎЛГАН БОШҚА ФАНЛАР ВА УЛАРНИНГ БЎЛИМЛАРИ**

1. Анатомия
2. Гистология эмбриология ва цитология билан
3. Биология
4. Нормал физиология
5. Биохимия
6. Патологик анатомия
7. Патологик физиология
8. Топографик анатомия ва оператив хирургия
9. Ички касалликлар пропедевтикаси
10. Рентгенология ва медицина радиологияси
11. Физиотерапия
12. Эндокринология
13. Факультет терапияси
14. Госпитал терапияси
15. Туберкулёз

### **1.4.. АМАЛИЙ МАНБУЛАТЛАР БЎЙИЧА ТОПШИРИҚЛАРНИ БАЖАРИЛИШИ МИҚДОРИГА ШАРТ БЎЛГАН МИНИМАЛ ТАЛАБЛАР**

1. Лаборатор ва асбобий текшириш усуллари таҳлил қила олиш.
- 5.1. Клиник (қон, перикард, асцитик суюқликларни таҳлили).
- 5.2. Биохимик (умумий оксил ва оксил фракциялари, ферментлар, билирубин, липидлар, қанд, электролитлар, коагулограмма, кислота-асос ҳолати, ўткир фазали синамалар).
- 5.3. Бактериологик (биоматериални экиш ва антибиотикга сезгирлигини аниқлаш).
- 5.4. Иммунологик (иммуноглобулинлар, Т ва В-лимфоцитлар, Т-хелперлар, супрессорлар, серологик реакциялар).
- 5.5. Гормонал (альдостерон, 17 ОКС, тиреоид гормон, ренин, адреналин, норадреналин).
- 5.6. Инструментал текшириш (ЭКГ, ЭХОКГ, ФКГ, рентгенологик, УТТ).
13. Диагностик ва даволаш муолажаларини бажара олиш.
- 13.1. Диагностик: артериал босимни ўлчаш. ЭКГ тушириш, ўтказиш.
- 13.2. Даволаш: оксигенотерапия, тери остига, мушак орасига, вена ичи инъекциялари, ошқозон-ичакни ювиш, юракни билвосита массаж қилиш, сунъий нафас олдириш, қон тўхтатиш учун жгут, зулук қўйиш.

## **1.5. ФАНИИ ЎҚИТИШДАГИ ЯНГИ ТЕХНОЛОГИЯЛАР**

Талабалар билим даражаси гастроэнтерология бўйича дунёдаги илм фан ва амалиёт талаблари даражасига мос келиши керак. Ўқув жараёнини таъминлашда компьютер технологияларидан “интернет” ахборот базасидан фойдаланиш, шунингдек услубий, аудио ва визуал қўлланмалар, янги педагогик технологияларни қўллаган ҳолда талабаларни ўқитиш, ҳамда улар билимини назорат қилишга эътибор бериш лозим. Уларни беморларни мустақил кўрувдан ўтказишлари, тахминий ташхис қўйишлари, лаборатор ва асбобий текшириш маълумотларини таҳлил қилишлари, қиёсий ташхис ўтказишлари, яқуний ташхис қўйишлари, бемордаги асосий, ёндош касаллик ҳамда уларнинг асоратларидан келиб чиқиб дифференциал даволаш чораларини ўтказишлари, шунингдек адабиётлардан фойдаланишларига катта эътибор бериш ва етарли даражада вақт ажратиш керак.

## 1. КИРИШ

Умумий амалиёт вақти фани - бирламчи тиббий санитария ёрдами кўрсатиш муассасаларида хизмат кўрсатадиган умумий амалиёт врачларига терапевтик фанлар бўйича маълумот берувчи фан ҳисобланади.

Умумий амалиёт вақти фани дастурини пухта ўрганиш бирламчи тиббий ёрдам кўрсатиш муассасалари шароитида касалликларни эрта аниқлаш, профилактика қилиш, адекват даволаш ва диспансеризация ишларини олиб бориш имконини беради.

### ЎҚУВ ЖАРАЁНИНИ МАҚСАДИ ВА ВАЗИФАЛАРИ

**Мақсад:** Соғлиқни сақлашни бирламчи тизимида пульмонологик касалликларни профилактикаси, уни эрта ташхислаш ва қиёсий ташхислаш, ҳамда беморларни даволаш тактикаси бўйича тегишли билим, кўникмаларга эга бўлган, «малака характеристикаси» талабларига жавоб берадиган, «даволаш иши» мутахассислиги бўйича шифокор тайёрлаш.

#### **Асосий вазифалар:**

1. Соғлиқни сақлашни бирламчи тизими шароитида кардиология, пульмонология, гастроэнтерология, ревматология ва нефрология касалликларни турли кечилари ва шакл боскичларида қиёсий ташхислаш, уларни даволаш тактикаси, ҳамда профилактикаси бўйича зарур билимларни эгаллаш.

2. Умумий амалиёт врачининг бемор ва соғлом кишига, оилага, жамиятга, ҳамкасбларига, катта ва кичик тиббиёт ходимларига нисбатан деонтологик кўникмаларини ҳосил қилиш.

## 2. Фанни ўзлаштиришда қўйиладиган талаблар:

### **I. Умумий амалиёт вақти билиши шарт:**

1. Гастроэнтерологик касалликларни турли кечилари ва шакл боскичларида қиёсий ташхислаш.
2. Даволаш тактикаси.
3. Профилактика бўйича зарур билимларни эгаллаш.
4. Касалликлар бўйича диспансер кузатувини олиб боришни

### **II. Бажара олиши шарт:**

1. Тиббий этика ва деонтологияга риоя қилиш.
2. Беморлардан анамнез йиғиш, ички аъзо ва системалар бўйича кўришни ўз ичига олган клиник текширув ўтказиш.
3. Тахминий ташхис қўйиш.
4. Мақсадга йўналтирилган қўшимча текширувлар ўтказиш.
5. Қиёсий ташхис ўтказиш (клиник фикрлаш орқали масалани ечиш ва тегишли қарор қабул қилиш).
6. Якуний ташхис қўйиш.
7. Овқатланиш (пархез) тартибини тавсия этиш.
8. Рационал даволашни (рецепт ёрдамида) белгилаш.
9. Мехнатга яроқсизлик (вақтинча ва турғун) ни белгилаш. Тиббий хужжатларни тўғри расмийлаштириш.
10. Консултация, қўшимча тиббий текшириш ва шифохонага юбориш масаласини ҳал қилиш.
11. Реабилитация ўтказиш ва санатория ва курортларда даволаниш учун йўлланма бериш.

12. Беморлар ва аҳолининг ҳимояланмаган гуруҳлари орасида парвариш ишларини ташкил қилиш ҳамда ўтказиш.
13. Оила шароитидан келиб чиқиб беморларни кузатиш.
14. Диспансеризация ўтказиш.
15. Юқумли ва юқумли бўлмаган касалликларда профилактик соғломлаштириш, санитар-гигиеник ва эпидемик қарши чора тадбирлар ўтказиш.

### **III. Қуйидаги амалий кўникмаларни ўзлаштириши шарт:**

1. Соғлом ҳаёт тарзини тарғиб қилиш.
2. Беморларни мустақил қабул қилиш.
3. Асосий диагностик симптомларни аниқлаш.
4. Зарур текширув режасини тузиш.
5. Индивидуал даволашни тавсия қилиш.
6. Ўтказилган даволаш самарадорлигини назорат қилиш.
7. Реабилитация ва диспансеризацияни ташкил қилиш.
8. Консультацияга ва госпитализацияга кўрсатмалар.
9. Меҳнатга лаёқатлик муаммоларини ечиш.
10. Профилактик чора тадбирларни ўтказиш.
11. Ҳомиладор ва фертил ёшдаги аёлларни экстрагенитал патологиясида умумий амалиёт врачлари тактикаси.

### **АМАЛИЙ МАШҒУЛОТЛАР БЎЙИЧА ТОПШИРИҚЛАРНИ БАЖАРИЛИШ МИҚДОРИГА ШАРТ БЎЛГАН МИНИМАЛ ТАЛАБЛАР**

Лаборатор ва асбобий текшириш усуллари таҳлил қила олиш.

1. Клиник (қон, перикард, асцитик суюқликларни таҳлили)
2. Биохимик (умумий оксил ва оксил фракцияси, ферментлар, билирубин, липидлар, канд, электролитлар, коагулограмма, кислота – асос ҳолати, ўткир фазали синамалар).
3. Бактериологик (биоматериални экиш ва антибиотикга сезгирлигини аниқлаш).
4. Иммунологик (иммуноглобулинлар, Т ва В лимфоцитлар, Т-хелперлар, супрессорлар, серологик реакциялар).
5. Гормонал (альдостерон, 17-ОКС, тиреоид гормон, ренин, адреналин, норадреналин)
6. Инструментал текшириш (ЭКГ, ЭХОКГ, ФКГ, рентгенологик, УТТ).
7. Диагностик ва даволаш муолажаларини бажара олиш.
8. Диагностик: артериал босимини ўлчаш, ЭКГ тушуриш, ўтказиш.
9. Даволаш: оксигенотерапия, тери остига, мушак орасига, вена ичига инъекциялар, ошқозон ичакни ювиш, юракни билвосита массаж қилиш, сунъий нафас олдириш, қон тўхтатиш учун жгут, зулук куйиш.

### **3. УМУМИЙ АМАЛИЁТ ВРАЧИ ФАНИНИ ЎРГАНИШ УЧУН ЛОЗИМ БЎЛГАН БОШҚА ФАНЛАР ВА УЛАРНИНГ БЎЛИМЛАРИ**

1. Анатомия
2. Гистология, эмбриология ва цитология билан
3. Биология
4. Нормал физиология
5. Биохимия
6. Патологик анатомия
7. Патологик физиология
8. Топографик анатомия ва оператив хирургия
9. Ички касалликлар пропедевтикаси.
10. Рентгенология ва медицина радиологияси
11. Физиотерапия



12. Эндокринология
13. Факультет терапияси
14. Госпитал терапияси.
15. Туберкулез
16. Факультет хирургияси
17. Госпитал хирургияси
18. Ортопедия
19. Педагогика
20. Урология

#### 4. ЎҚУВ МАТЕРИАЛЛАРИ ТАРКИБИ

##### 4.1. МАЪРУЗАЛАР МАТНИ ТАРКИБИ

<p><b>1. Дисфагия ва ошқозон диспепсиясини қиёсий ташхиси. Умумий амалиёт ва яра касалликларида даволашдаги замонавий . Бирламчи ва иккиламчи профилактикаси</b></p> <p>1.1 Дисфагия ва диспепсия ташхисотидаги асосий хатоликлар асосий сабаблари</p> <p>1.2 Дисфагия, диспепсия таснифи</p> <p>1.3 Ошқозон - ичак тизими функционал касалликлари</p> <p>1.4 Кўкрак қафасидаги аъзолар касалликларида дисфагия ва диспепсияни қиёсий ташхиси</p> <p>1.5 Шошилиш хирургик ёрдамга мухтож бўлмаган дисфагия, диспепсия билан кечувчи қорин бўшлиғи аъзоларининг касалликларини қиёсий ташхиси</p> <p>1.6 Дисфагия ва диспепсия билан кечувчи бошқа аъзо ва тизимлар касалликларини қиёсий ташхиси</p> <p>Мустақил иш учун мавзулар:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Дисфагия, диспепсияларни келиб чиқиш этиологияси, патогенези, оғриқларни келиб чиқиш механизми, ошқозон – ичак тизими касалликлари ривожланишидаги хавфли омиллар, касалликни клиник намоён бўлиши, клиник лаборатор критерийси, асоратлари уларни даволаш ва гастроэнтерологияда қўлланиладиган замонавий дорилар</li> </ul>	<p><b>2 соат</b></p>
<p><b>2. Қориндаги оғриқларни қиёсий ташхиси. Умумий амалиёт шифокорининг тактикаси.</b></p> <p>2.1 Қориндаги оғриқларни ташхислашдаги хатоликларни асосий сабаблари</p> <p>2.2 Қориндаги оғриқларни таснифи</p> <p>2.3 Ошқозон-ичак тизими функционал касалликларидаги қориндаги оғриқлар</p> <p>2.4 Кўкрак қафаси аъзолари касалликларидаги қориндаги оғриқларни қиёсий ташхиси</p> <p>2.5 Хирургик шошилиш ёрдамга мухтож бўлмаган қорин бўшлиғи аъзолари касалликлари натижасида пайдо бўладиган қорин соҳасидаги оғриқларни қиёсий ташхиси</p> <p>2.6 Қорин соҳасида оғриқлар билан кечувчи бошқа аъзо ва тизимлар касалликлари қиёсий ташхиси</p> <p>Мустақил иш учун мавзулар:</p>	<p><b>2 соат</b></p>

<p>- Қориндаги оғриқларни келиб чиқиш этиологияси, патогенези, оғриқларни келиб чиқиш механизми, хавф омиллари касалликни клиник намоён бўлиши, синдромлар бўйича ташишлаш, копрологик синдромлар, дисбактериоз, даволаш усуллари профилактика.</p>	
<p><b>3. Сарикликда қиёсий ташхислаш. Умумий амалиёт ваи тактикаси.</b>  3.1 қориндаги оғриқларни таснифи  3.2 конституционал сариклик  3.3 жигар сариклиги  3.4 жигар ости (холестатик сариклик)  3.5 сарикликни даволашдаги замонавий услублар, УАШ тактикаси</p> <p>Мустақил иш учун мавзулар:  - Сарикликни келиб чиқиш сабаблари, жигар ости, жигар усти, механик, гемолитик сариклик патогенези, таснифи этиологик омилларнинг таъсири, касалликнинг патогенетик ривожланиши касалликнинг клиник намоён бўлиши, синдромлар бўйича ташхислаш, даволаш усуллари, профилактикаси</p>	<p><b>2 соат</b></p>
<p><b>4. Гепатомегалияда қиёсий ташхислаш. Умумий амалиёт шифокорининг тактикаси гепатит ва циррозларни замонавий даволаш услублари ва профилактикаси.</b>  4.1 Гепатомегалия синдромини тушунчаси  4.2 Овқат хазм қилиш ва бошқа системаларни гепатомегалия билан биргаликда кечувчи касалликларни қиёсий ташхислаш белгилари  4.3 Сурункали гепатит ва жигар циррозини даволаш  4.4 Гепатомегалия синдромида УАШ тактикаси</p> <p>Мустақил иш мавзулари:  - Гепатомегалияни келиб чиқиш сабаблари, патогенези, таснифи, этиологик омилларнинг таъсири, касалликни патогенетик ривожланиши, касалликни клиник намоён бўлиши, синдромлар бўйича ташхислаш, ташхис структураси, даволаш усуллари ГКСни тавсия қилишнинг ўзига хослиги профилактикаси, реабилитацияси</p>	<p><b>2 соат</b></p>
<p><b>5. Ичак дисфункциясида қиёсий ташхислаш. Дисбактериоз. Энтерит ва колитларни замонавий даволаш услублари ва профилактикаси</b>  5.1 Қабзиятни функционал ва органик сабаблари  5.2 Қабзиятни асосий сабаблари  5.3 Энтеритларни клиник намоён бўлишини ўзига хослиги  5.4 Колитларни клиник намоён бўлишини ўзига хослиги  5.5 Ичак дисбактериозини клиник намоён бўлишини ўзига хослиги  5.6 Сурункали энтеритларни замонавий даволаш усуллари ва уларни профилактикаси  5.7 Сурункали энтеритларни замонавий даволаш усуллари ва уларни профилактикаси</p> <p>Мустақил иш учун мавзулар:  - Қабзиятнинг этиологияси, таснифи, этиологик омилларнинг таъсири, касалликнинг патогенетик ривожланиши? Касалликни клиник намоён бўлиши, синдромлар бўйича ташхислаш, копрологик синдромлар, дисбактериоз, даволаш усуллари, профилактикаси</p>	<p><b>2 соат</b></p>

#### 4.2 Маъруза машғулоти мавзуси

1	2	3	4	5
№	Мавзунинг номи	Соати	Адабиётлар	Мазмуни
1	Дисфагия ва ошқозон диспепсиясини қиёсий ташҳиси. УАВ тактикаси. Гастрит ва яра касалликларида даволашдаги замонавий ёндошиш. Бирламчи ва иккиламчи профилактикаси.	2	Затурофф «Симптомы внутренних болезней». М., 1997 г. Практикум. Мерк, Шарп, Доум «Руководство по медицине» - 2 том, «Мир», 1997 г. Беркоц Р. «Руководство по медицине», I-II том, М. 1997 Ллойд М. Найхус, Джозеф М. Вителло, Роберт Э.Конден. Боль в животе. Москва, 2000 г. Питер Р. Мак нелли. Секреты гастроэнтерологии. Москва, Санкт-Петербург, 2001. Даминов Т.О., Гадаев А.Г. и др. «Современные методы обучения и контроля знаний в подготовке врача общей практики», Ташкент, 2002 г	Дисфагия ва ошқозон диспепсиясини қиёсий ташҳиси. УАВ тактикаси. Гастрит ва яра касалликларида даволаш-даги замонавий ёндошиш. Бирламчи ва иккиламчи профилактикаси.
2	Қориндаги оғрикларни қиёсий ташҳиси. УАВ тактикаси.	2	Затурофф «Симптомы внутренних болезней». М., 1997 г. Практикум. Мерк, Шарп, Доум «Руководство по медицине» - 2 том, «Мир», 1997 г. Беркоц Р. «Руководство по медицине», I-II том, М. 1997 Ллойд М. Найхус, Джозеф М. Вителло, Роберт Э.Конден. Боль в животе. Москва, 2000 г. Питер Р. Мак нелли. Секреты гастроэнтерологии. Москва, Санкт-Петербург, 2001. Даминов Т.О., Гадаев А.Г. и др. «Современные методы обучения и контроля знаний в подготовке врача общей практики», Ташкент, 2002 г	Қориндаги оғрикларни қиёсий ташҳиси. УАВ тактикаси.
3	Ичак дисфункциясида қиёсий ташҳислаш. Дисбактериоз. Энтерит ва колитларни замонавий даволаш услублари ва профилактикаси.	2	Затурофф «Симптомы внутренних болезней». М., 1997 г. Практикум. Мерк, Шарп, Доум «Руководство по медицине» - 2 том, «Мир», 1997 г. Беркоц Р. «Руководство по медицине», I-II том, М. 1997 Ллойд М. Найхус, Джозеф М. Вителло, Роберт Э.Конден. Боль в животе. Москва, 2000 г. Питер Р. Мак нелли. Секреты гастроэнтерологии. Москва, Санкт-Петербург, 2001. Даминов Т.О., Гадаев А.Г. и др.	Ичак дисфункциясида қиёсий ташҳислаш. Дисбактериоз. Энтерит ва колитларни замонавий даволаш услублари ва профилактикаси.

			«Современные методы обучения и контроля знаний в подготовке врача общей практики», Ташкент, 2002 г	
4	Гепатомегалияда қиёсий ташҳислаш. УАВ тактикаси. Гепатит ва циррозларни замонавий даволаш услублари ва профилактикаси.	2	Затурофф «Симптомы внутренних болезней». М., 1997 г. Практикум. Мерк, Шарп, Доум «Руководство по медицине» - 2 том, «Мир», 1997 г. Беркоц Р. «Руководство по медицине», I-II том, М. 1997 Ллойд М. Найхус, Джозеф М. Вителло, Роберт Э. Конден. Боль в животе. Москва, 2000 г. Питер Р. Макнелли. Секреты гастроэнтерологии. Москва, Санкт-Петербург, 2001. Даминов Т.О., Гадаев А.Г. и др. «Современные методы обучения и контроля знаний в подготовке врача общей практики», Ташкент, 2002 г	Гепатомегалияда қиёсий ташҳислаш. УАВ тактикаси. Гепатит ва циррозларни замонавий даволаш услублари ва профилактикаси.
5	Сарикликда қиёсий ташҳислаш. УАВ тактикаси.	2	Затурофф «Симптомы внутренних болезней». М., 1997 г. Практикум. Мерк, Шарп, Доум «Руководство по медицине» - 2 том, «Мир», 1997 г. Беркоц Р. «Руководство по медицине», I-II том, М. 1997 Ллойд М. Найхус, Джозеф М. Вителло, Роберт Э. Конден. Боль в животе. Москва, 2000 г. Питер Р. Макнелли. Секреты гастроэнтерологии. Москва, Санкт-Петербург, 2001. Даминов Т.О., Гадаев А.Г. и др. «Современные методы обучения и контроля знаний в подготовке врача общей практики», Ташкент, 2002 г	Сарикликда қиёсий ташҳислаш. УАВ тактикаси.

Жами 10 соат.

#### Амалий машғулотлар таркиби 4.3. Амалий машғулотлар

1	2	3	4	5
№	Мавзунинг номи	Соат	Мавзунинг мазмуни	Интерфаол усул
1	Дисфагияларнинг қиёсий ташҳиси. УАВ тактикаси. Ихтисослаштирилган бўлимларда даволанишга кўрсатма. Дисфагияли беморларни диспансер кузатуви ва амбулатор даволаш. Мехнат қобилиятини аниқлаш.	5	Дисфагияларнинг қиёсий ташҳиси. УАВ тактикаси. Ихтисослаштирилган бўлимларда даволанишга кўрсатма. Дисфагияли беморларни диспансер кузатуви ва амбулатор даволаш. Мехнат қобилиятини аниқлаш.	Ақлий хужум

2	Ошқозон диспепсияларида қиёсий ташхис. Гастритлар. Хеликобактериялар хусусияти. Клиник-морфологик шакллари. Дуоденитлар.	6	Ошқозон диспепсияларида қиёсий ташхис. Гастритлар. Хеликобактериялар хусусияти. Клиник-морфологик шакллари. Дуоденитлар	Ким кўпроқ ким тезроқ
3	Операция қилинган ошқозон касаллиги. Хеликобактер ахамияти. Ошқозон диспепсиясида УАВ тактикаси. Шифохонага ётқизиш учун кўрсатмалар. Диспансер кузатув ва амбулатор даволаш. Мехнатга лаёқатини аниқлаш. Касалликнинг кечиш турига қараб амбулатор шароитда қиёсий даволаш.	6	Операция қилинган ошқозон касаллиги. Хеликобактер ахамияти. Ошқозон диспепсиясида УАВ тактикаси. Шифохонага ётқизиш учун кўрсатмалар. Диспансер кузатув ва амбулатор даволаш. Мехнатга лаёқатини аниқлаш. Касалликнинг кечиш турига қараб амбулатор шароитда қиёсий даволаш.	Асалари уяси
4	Ичак функционал касалликларида қориндаги оғриқларнинг қиёсий ташхиси. УАВ тактикаси. Ичак яллиғланиш касалликларида УАВ тактикаси. Госпитализацияга кўрсатмалар. Даволаш ва тез ёрдам тадбирлари. Мехнатга яроқлилиқни аниқлаш.	7	Ичак функционал касалликларида қориндаги оғриқларнинг қиёсий ташхиси. УАВ тактикаси. Ичак яллиғланиш касалликларида УАВ тактикаси. Госпитализацияга кўрсатмалар. Даволаш ва тез ёрдам тадбирлари. Мехнатга яроқлилиқни аниқлаш.	Ручка стол марказида
5	Қоринда оғриқ билан кечувчи ошқозон-ичак йўллари патологияси билан боғлиқ бўлмаган қиёсий ташхиси: абдоминал эпилепсия, даврий касаллик, ревматизм, геморрагик иситмалар, геморрагик васкулитлар, антикоагулянтларни назоратсиз қабул қилиш, безгак, порфирия, тугунчали периаартеритлар.	5	Қоринда оғриқ билан кечувчи ошқозон-ичак йўллари патологияси билан боғлиқ бўлмаган қиёсий ташхиси: абдоминал эпилепсия, даврий касаллик, ревматизм, геморрагик иситмалар, геморрагик васкулитлар, антикоагулянтларни назоратсиз қабул қилиш, безгак, порфирия, тугунчали периаартеритлар.	Ручка стол марказида
6	«Ўткир қорин» клиникасини тасвирловчи кўкрак қафаси аъзолари касалликларининг ташхиси ва қиёсий ташхиси: миокард инфаркти, перикардит, крупоз зотилжам, плеврит. Тез ёрдам. Шифохонага ётқизиш учун кўрсатмалар.	7	«Ўткир қорин» клиникасини тасвирловчи кўкрак қафаси аъзолари касалликларининг ташхиси ва қиёсий ташхиси: миокард инфаркти, перикардит, крупоз зотилжам, плеврит. Тез ёрдам. Шифохонага ётқизиш учун кўрсатмалар.	Муаммонинг ечими
7	Оператив даво талаб қилмайдиган қорин бўшлиғи аъзолари қорин парда орти, қорин девори касалликлари ташхиси ва қиёсий ташхиси: ўткир ва сурункали гастрит, Шенлейн-Генох касаллиги, буйрак касалликлари, Крон касалликлари, абдоминал пурпура,	7	Оператив даво талаб қилмайдиган қорин бўшлиғи аъзолари қорин парда орти, қорин девори касалликлари ташхиси ва қиёсий ташхиси: ўткир ва сурункали гастрит, Шенлейн-Генох касаллиги, буйрак касалликлари, Крон касалликлари, абдоминал пурпура,	Заиф ҳалқа

	буйрак касалликлари, Крон касалликлари, абдоминал пурпура, антикоагулянтларни назоратсиз қабул қилиш, қорин парда орти гематомаси, аорта аневризмасини ёрилиши, дисменореяни қиёсий ташхиси. Тез ёрдам кўрсатиш. Госпитализацияга кўрсатмалар.		антикоагулянтларни назоратсиз қабул қилиш, қорин парда орти гематомаси, аорта аневризмасини ёрилиши, дисменореяни қиёсий ташхиси. Тез ёрдам кўрсатиш. Госпитализацияга кўрсатмалар	
8	Диареяларнинг қиёсий ташхиси. Диарея ҳақида тушунча. Диареянинг патогентик вариантлари (гиперсекретор, гиперосмоляр, гипер ва гипокинетик диареялар), клиник симптомлар ва ташхис қўйиш.	5	Диареяларнинг қиёсий ташхиси. Диарея ҳақида тушунча. Диареянинг патогентик вариантлари (гиперсекретор, гиперосмоляр, гипер ва гипокинетик диареялар), клиник симптомлар ва ташхис қўйиш.	Муаммонинг ечими
9	Диарея билан кечувчи касалликларнинг қиёсий ташхиси: ферментопатия, экссудатив энтеропатиялар, Уипл, Спру касалликлари, пеллагра, дисбактериоз, дизентерия, сальмонеллез, таъсирланган ичак синдроми. Ичак дисфункциясини даволаш. УАВ тактикаси. Сурункали диареяларни этиологияси ва механизмига қараб даволаш.	7	Диарея билан кечувчи касалликларнинг қиёсий ташхиси: ферментопатия, экссудатив энтеропатиялар, Уипл, Спру касалликлари, пеллагра, дисбактериоз, дизентерия, сальмонеллез, таъсирланган ичак синдроми. Ичак дисфункциясини даволаш. УАВ тактикаси. Сурункали диареяларни этиологияси ва механизмига қараб даволаш.	Заиф ҳалқа
10	Ичак яллиғланиши билан кечувчи касалликларнинг қиёсий ташхиси (сурункали энтеритлар, сурункали колитлар, НЯК, Крон касаллиги). Касаллик синдромлари ва кечиши. Эрта ташхис қўйиш.	7	Ичак яллиғланиши билан кечувчи касалликларнинг қиёсий ташхиси (сурункали энтеритлар, сурункали колитлар, НЯК, Крон касаллиги). Касаллик синдромлари ва кечиши. Эрта ташхис қўйиш.	Ургимчак тури
11	Қабзият синдромида қиёсий ташхис (таъсирланган ичак синдроми, колитлар, йўғон ичак ўсмалари, дивертикулёз, долихоколон). Қабзиятларни даволаш. Мехнатга яроқлилигини аниқлаш.	7	Қабзият синдромида қиёсий ташхис (таъсирланган ичак синдроми, колитлар, йўғон ичак ўсмалари, дивертикулёз, долихоколон). Қабзиятларни даволаш. Мехнатга яроқлилигини аниқлаш.	Муаммонинг ечими
12	Гепатомегалия жигарни метаболик зарарланиши. КоноваловҒвильсон касаллиги, гемохроматоз гепатомегалия ўнг қоринча етишмовчилигида, Бадди-Киари синдромини қиёсий ташхиси, қиёсий даволаш усуллари, мехнатга яроқлилигини аниқлаш. Клиник даволаш усуллари, мехнатга	5	Гепатомегалия жигарни метаболик зарарланиши. КоноваловҒвильсон касаллиги, гемохроматоз гепатомегалия ўнг қоринча етишмовчилигида, Бадди-Киари синдромини қиёсий ташхиси, қиёсий даволаш усуллари, мехнатга яроқлилигини аниқлаш. Клиник ташхиси. УАШ тактикаси. Профилактика.	Ургимчак тури

	яроқлиликни аниқлаш. Клиник ташхиси. УАШ тактикаси. Профилактика.			
13	Гепатомегалия. Жигарни метаболик зарарланиши. Коновалов - Вильсон касаллиги. Гемохроматоз. Гепатомегалия. Ўнг қоринча етишмовчилигида, Бадди-Киари синдромини қиёсий ташхиси. Қиёсий даволаш усуллари. Мехнатга яроқлилигини аниқлаш. Клиника. Ташхис. УАВ тактикаси. Профилактика.	5	Гепатомегалия. Жигарни метаболик зарарланиши. Коновалов - Вильсон касаллиги. Гемохроматоз. Гепатомегалия. Ўнг қоринча етишмовчилигида, Бадди-Киари синдромини қиёсий ташхиси. Қиёсий даволаш усуллари. Мехнатга яроқлилигини аниқлаш. Клиника. Ташхис. УАВ тактикаси. Профилактика.	Ручка стол марказида
14	Сарикликларнинг қиёсий ташхиси. Сариклик. Таснифи. Сабаблари. Гемолитик сариклик билан кечувчи касалликларнинг қиёсий ташхиси: Минковский-Шаффар касаллиги, наслий микросфероцитоз, наслий стомацитоз, 6-глюкозофосфат дегидрогеназа дефицитли наслий гемолитик камқонлик, талассемия, тунги пароксизмал гемоглобинурия, аутоиммун гемолитик камқонлик. Конституционал сариклик билан кечадиган касалликларни қиёсий ташхиси: Жильбер синдроми, Криглер-Наяр синдроми, Дубин-Жонсон синдроми, Ротор синдроми. УАВ тактикаси. Мутахассислар маслахатига кўрсатмалар. Касаллигига қараб қиёсий даволаш. Стационарда даволашга кўрсатма.	5	Сарикликларнинг қиёсий ташхиси. Сариклик. Таснифи. Сабаблари. Гемолитик сариклик билан кечувчи касалликларнинг қиёсий ташхиси: Минковский-Шаффар касаллиги, наслий микросфероцитоз, наслий стомацитоз, 6-глюкозофосфат дегидрогеназа дефицитли наслий гемолитик камқонлик, талассемия, тунги пароксизмал гемоглобинурия, аутоиммун гемолитик камқонлик. Конституционал сариклик билан кечадиган касалликларни қиёсий ташхиси: Жильбер синдроми, Криглер-Наяр синдроми, Дубин-Жонсон синдроми, Ротор синдроми. УАВ тактикаси. Мутахассислар маслахатига кўрсатмалар. Касаллигига қараб қиёсий даволаш. Стационарда даволашга кўрсатма.	Ақлий хужум
15	Холестатик (механик) сариклик билан кечадиган касалликларнинг қиёсий ташхиси: - жигардан ташқари: холангит, холедохолитиаз, ўт йули стриктураси, ўт йўли раки, ошқозон ости беши бошчасининг раки, ўт пуфаги раки, аскаридоз. - жигар ичи: дорили холестаза, бирламчи жигар циррози,	7	Холестатик (механик) сариклик билан кечадиган касалликларнинг қиёсий ташхиси: - жигардан ташқари: холангит, холедохолитиаз, ўт йўли стриктураси, ўт йўли раки, ошқозон ости беши бошчасининг раки, ўт пуфаги раки, аскаридоз. - жигар ичи: дорили холестаза, бирламчи жигар циррози, иккиламчи жигар циррози, жигар хосилалари. УАВ тактикаси. Мутахассислар маслахати	Кичик гуруҳда ишлаш

	иккиламчи жигар циррози, жигар хосилалари. УАВ тактикаси. Мутахассислар маслахати учун кўрсатмалар. Касаллик турига қараб қиёсий даволаш. Шифохонага ётқизиш учун кўрсатамалар.		учун кўрсатмалар. Касаллик турига қараб қиёсий даволаш. Шифохонага ётқизиш учун кўрсатамалар.	
16	Жигар сариклиги билан кечадиган касалликларнинг қиёсий ташхиси: вирусли гепатит (А,В,С,Д,Е), криптоген, аутоиммун, дори воситали, токсик, алкоголи гепатитлар, жигар циррози. *** Инфекцион касалликлар (сарик иситма, инфекцион моноклеоз, сальмонеллез, сепсис, бруцеллез, лептоспироз, Васильев - Вейл касаллиги, орнитоз, эпидемик паротит, ичак иерсинози), паразитар касалликлар: описторхоз, фасциалёз, аскаридоз, эхинококкоз, амёбиаз, токсоплазмоз. УАВ тактикаси.	7	Жигар сариклиги билан кечадиган касалликларнинг қиёсий ташхиси: вирусли гепатит (А,В,С,Д,Е), криптоген, аутоиммун, дори воситали, токсик, алкоголи гепатитлар, жигар циррози. *** Инфекцион касалликлар (сарик иситма, инфекцион моноклеоз, сальмонеллез, сепсис, бруцеллез, лептоспироз, Васильев - Вейл касаллиги, орнитоз, эпидемик паротит, ичак иерсинози), паразитар касалликлар: описторхоз, фасциалёз, аскаридоз, эхинококкоз, амёбиаз, токсоплазмоз. УАВ тактикаси.	Асалари уяси

Жами 100 соат.

### Амалий машғулотлар

№	Мавзу	Соат	Адабиётлар
1.	Дисфагияларнинг қиёсий ташхиси. УАШ тактикаси. Ихтисослаштирилган бўлимларда даволанишга кўрсатма. Дисфагияли беморларни диспансер кузатуви ва амбулатор даволаш. Мехнат қобилятини аниқлаш. <b>Мустақил иш учун мавзу:</b> Дисфагиянинг келиб чиқиш этиологияси, патогенези, оғриқларни ривожланиш механизми. Дисфагияни келтириб чиқарувчи омиллар	5  3	1,4,6,7
2.	Ошқозон диспепсияларида қиёсий ташхис. Гастритлар. Клиник – морфологик формалари, дуоденитлар. Операци қилинган ошқозон касаллиги. Хеликобактер ахамияти. Ошқозон диспепсияларида УАШ тактикаси Шифохонага ётқизиш учун кўрсатмалар. Диспансер кузатув. Ва амбулатор даволаш. Касалликнинг кечиш турига қараб амбулатор шароитида қиёсий даволаш. <b>Мустақил иш учун мавзу:</b> Диспепсиянинг келиб чиқиш этиологияси, эзофагит ва гастритларни даволаш.	6  3	2,4,5,7,8,9



3.	<p>Операция қилинган ошқозон касаллиги, Хеликобактер ахамияти. Ошқозон диспепсиясида УАВ тактикаси. Шифохонага ётқизиш учун кўрсатмалар. Диспансер кузатув ва амбулатор даволаш. Меҳнатга лаёқатини аниқлаш.</p> <p><b>Мустақил иш учун мавзу:</b> Диспепсиянинг ривожланиш этиологияси патогенези, оғриқларни келиб чиқиш механизми, гастритларни келиб чиқишидаги хавфли омиллар, клиник лаборатор мезонлар, асоратлар ва даволаш.</p>	6 3	2,4,5,7,8,9
4.	<p>Ичак функционал касалликларида қориндаги оғриқларнинг қиёсий ташхиси. УАШ тактикаси. Ичак яллиғланиш касалликларида УАШ тактикаси. Госпитализацияга кўрсатмалар Даволаш ва тез ёрдам чора - тадбирлари. Меҳнатга яроқлиликни аниқлаш.</p> <p><b>Мустақил иш учун мавзу:</b> Колитларнинг ривожланиш этиологияси, патогенези, оғриқлар келиб чиқиш механизми, касалликнинг клиник кечиши, клиник – лаборатор ташхис мезонлари, асоратлари, дисбактериозларни даволаш</p>	7 3	1,4,6,7,8.
5.	<p>Қоринда оғриқ билан кечувчи ошқозон-ичак йўллари патологияси билан боғлиқ бўлмаган касалликларнинг қиёсий ташхиси: Абдоминал эпилепсия даврий касаллик, ревматизм, геморрагик иситмалар, геморрагик васкулитлар антикоагулянтларни назоратсиз қабул қилиш, безгак, порфирия, тугунчали периаартериитлар.</p> <p><b>Мустақил иш учун мавзу:</b> Юқоридаги касалликларнинг этиологияси патогенези. ривожланиш механизми, клиник кечиш, клиник – лаборатор ташхис мезонлари, асоратлари.</p>	5 4	1,4,6,7,8.
6.	<p>“Ўткир қорин” клиникасини тасвирловчи кўкрак қафаси аъзолари касалликларининг ташхиси ва қиёсий ташхиси: микард инфаркти, прекардит, крупоз пневмония, плеврит. Тез ёрдам. Шифохонага ётқизиш учун кўрсатмалар.</p> <p><b>Мустақил иш учун мавзу:</b> Юқоридаги касалликларнинг этиологияси. Патогенези. Оғриқларнинг ривожланиш механизми. Келтириб чиқарувчи омиллар. Клиник кечиши, клиник-лаборатор ташхис мезонлари. Асоратлари, замонавий даволаш усуллари</p>	7 3	1.2.3.4.5.6. 7.8. 10.14.15.18 .2022.24.25 .
7.	<p>Оператив даво талаб қилмайдиган қорин бўшлиғи аъзолари, қорин парда орти қорин девори касалликлари ташхиси ва қиёсий ташхиси: ўткир ва сурункали гастрит, шенлейн-генох касаллиги, буйрак касалликлари, крон касалликлари, абдоминал пурпура, антикоагулянтларни назоратсиз қабул қилиш, қорин парда орти гематомаси, аорта аневризмаси ёрилиши, дисменореяни қиёсий ташхиси. Тез ёрдам кўрсатиш, госпитализацияга кўрсатмалар.</p> <p><b>Мустақил иш мавзуси:</b> Қорин парда ва қорин парда орти аъзоларини анатомияси ва физиологияси. Буйрак абсцесси ва карбункулини клиникаси, ташхиси. УАШ тактикаси</p>	7 3	1.2.3.4.5.6. 7.8 10.14.15.18 . III (1-10)
8.	<p>Диареяларнинг қиёсий ташхиси. Диарея хақида тушунча. Диареянинг патогенетик вариантлари (гиперсекретор, гиперосмоля, гипер ва гипо кинетик диареялар), клиник симптомлар ва ташхис қўйиш.</p> <p><b>Мустақил иш мавзуси:</b> Диареялар келиб чиқиш этиологияси, патогенези клиник-лаборатор ташхис мезонлари, асоратлари, замонавий даволаш усуллари. Турли</p>	5 3	1.2.3.4.5.6. 7.8 10.14.15.18 . III (1-10)

	этиологияли диареяларнинг ўзига хос клиник хусусиятлари		
9.	Диарея билан кечувчи касалликларнинг қиёсий ташхиси: Ферментопатия, экссудатив энтеропатиялар, уиппл, спру касаллиги, пеллагра. Дисбактериоз, дизентерия, сальмонеллёз, таъсирланган ичак синдроми. УАШ тактикаси. Ичак дисфункциясини даволаш. УАШ тактикаси. Сурункали диареяларни этиологияси ва механизмига қараб даволаш. <b>Мустақил иш мавзуси:</b> Диареялар келиб чиқиш этиологияси, патогенези клиник-лаборатор ташхис мезонлари, асоратлари, замонавий даволаш усуллари. Турли этиологияли диареяларнинг ўзига хос клиник хусусиятлари	7   3	1.2.3.4.5.6. 7.8  10.14.15.18  III (1-10)
	Ичак яллиғланиши билан кечувчи касалликларнинг қиёсий ташхиси. Сурункали энтеритлар, колитлар, НЯК, крон касаллиги. Касаллик синдромлари ва кечиши, эрта ташхис қўйиш. <b>Мустақил иш учун мавзу:</b> Ичакни диагностик текширув усуллари. НЯК асорати.	7  3	1.2.3.4.5.6. 7.8.10.14.1 5.17.18.20. 22.24.25. III (1-10)
10.	Қабзият синдромида қиёсий ташхис (таъсирланган ичак синдроми, колитлар, ўғон ичак ўсмалари, дивертикулёз, долихоколон) қабзиятларни даволаш. Мехнатга яроқлилиқни аниқлаш. <b>Мустақил иш учун мавзу:</b> Юқоридаги касалликуларда қабзиятнинг келиб чиқиши, этиологияси, патогенези, оғриқ ривожланиш механизми, клиник кечиши, клиник лаборатор ташхис мезонлари. Ичак дисфункциясида қўлланадиган дори воситалари фармакодинамикаси	7  3	1.2.4.5.6.7. 8.1516.21
11.	Гепатомегалия жигарни метаболик зарарланиши. Коновалов-Вильсон касаллиги, гемохроматоз гепатомегалия ўнг қоринча етишмовчилигида, Бадди-Киари синдромини қиёсий ташхиси, қиёсий даволаш усуллари, мехнатга яроқлилиқни аниқлаш. Клиник ташхиси. УАШ тактикаси. Профилактика. <b>Мустақил иш мавзу:</b> Коновалов- Вильсон касаллиги, гемохроматоз ва жигар ёғли дистрофияси, этиологияси, патогенези	5  3	1.2.4.5.6.7. 8.1516.21
12.	Гепатомегалия жигарни метаболик зарарланиши. Коновалов-Вильсон касаллиги, гемохроматоз, гепатомегалия ўнг қоринча етишмовчилигида, Бадди-Киари синдромини қиёсий ташхиси, қиёсий даволаш усуллари, мехнатга яроқлилиқни аниқлаш. Клиник ташхиси. УАШ тактикаси. Профилактика <b>Мустақил иш мавзу:</b> Гепатитлар таснифи, жигар циррозлари таснифи, гепатологияда қиёсий текшириш методлари.	7  3	1.2.4.5.6.7. 8.1516.21
13.	Сарикликларнинг қиёсий ташхиси. Сабаблари, гемолитик сариклик билан кечувчи касалликларнинг қиёсий ташхиси. Минковский шаффар касаллиги наслий микросфероцитоз, наслий стомацитоз, 6- глюкоза фосфатдегидрогеназа етишмовчилиги наслий камқонлик ўртаер денгизи камқонлиги, талассемия, тунги пароксизмал гемоглобинурия, аутоиммун гемолитик камқонлик, конституционал сариклик билан бирга кечадиган касалликларни қиёсий ташхиси. Жильбер синдроми, криглар-Найра синдроми, Дабин-Джонсон синдроми, УАШ тактикаси. Мутахассислар маслахатига кўрсатма. Касаллигига кура қиёсий даволаш. Стационарда даволашга кўрсатма. <b>Мустақил иш мавзулари:</b> Сарикликларнинг этиологияси ва патогенези, турли сарикликларда	5   3	1.2.4.5.6.7. 8.1516.21

	беморларнинг ташқи кўриниши, сарикликларда текшириш усуллари		
14.	Холестатик, механик сарикликлар билан кечадиган касалликларнинг қиёсий ташхиси. Жигардан ташқари холангит, холедохолитиаз, ўт йўли стриктураси, ўт йўли раки ошқозон ости беши бошчасининг раки, ўт пуфаги раки, аскаридоз, жигар ичи дорилари, холестаз, бирламчи жигар мциррози, иккиламчи жигар циррози, жигар хосилалари УАШ тактикаси мутахассислар маслаҳати учун кўрсатмалар, касаллик турига кура қиёсий даволаш, шифохонага ётқизиш учун кўрсатмалар. <b>Мустақил иш учун мавзу:</b> Этиопатогенез клиник кечиши синдромлар бўйича ташхис қўйиш	7          3	1.2.4.5.6.7. 8.1516.21
15.	Жигар сариклиги билан кечадиган касалликларнинг қиёсий ташхиси: вирусли (А,В С,Д,Е), криптоген, аутоиммун, дори воситалари токсик, алкоғолли гепатитлар жигар циррози, инфекцион касалликлар. Сарик иситма. Инфекцион моноклеоз, сальмонеллёз, сепсис, бруцеллёз, лептоспироз, васильев-вейл касаллиги орнитоз, эпидемик паротит, ичак иерсиниози. Паразитар касалликлар: опимсторхоз, фасциолёз, аскаридоз, эхинококкоз, амёбияз, лямблиоз,токсоплазмоз УАШ тактикаси. <b>Мустақил иш учун мавзу:</b> Жигар сариклиги билан кечадиган касалликларнинг этиопатогенез, клиник кечиши синдромлари бўйича ташхис қўйиш.	7          3	1.2.4.5.6.7. 8.1516.21
	<b>Жами: Амалий машғулотлар</b>	<b>100</b>	
	<b>Мустақил иш</b>	<b>49</b>	

### Фаннинг мустақил иши.

#### Мустақил иш мавзуси

Мустақил ишга қўйилган талаблар.

- Янги билимларни мустақил равишда ўзлаштириш ва билимларга эга булиш
- Керакли маълумотларни излаб топишнинг қулай йўллари излаб топиш
- Ахборот маанбалари ва манзилларидан самарали фойдаланиш
- Маълумотлар базасни тахлил этиш

№	Мавзу номи ва унинг таркибий қисмлари	Соати	Мустақил иш шакли
1.	Дисфагия, диспепсия этиологияси, патогенези, оғриқларни келиб чиқиш механизми. Дисфагиянинг келиб чиқишидаги хавфли омиллари.	3	семинар Касаллик тарихи Интернет маълумотлари.
2.	Дисфагия, диспепсия этиологияси, патогенези, оғриқларни келиб чиқиш механизми. Хавфли омиллари, клиник кечиши, клиник-лаборатор мезонлар, асоратлар, даволаш.	3	доклад Касаллик тарихи Интернет маълумотлари.
3.	Диспепсининг этиологияси, патогенези, оғриқларни келиб чиқиш механизми, гастритларни келиб чиқишидаги хавфли омиллар, клиник-лаборатор мезонлар,	3	семинар Касаллик тарихи Интернет маълумотлари.

	асоратлар ва даволаш.		
4.	Колитларни этиологияси, патогенези, оғриқларни келиб чиқиш механизми, клиник-лаборатор мезонлар, асоратлар ва даволаш. Дисбактериозни даволаш. Ичак яллиғланиш касалликларини даволаш.	3	доклад Касаллик тарихи Интернет маълумотлари.
5.	Абдоминал эпилепсия, ревматизм, геморрагик иситма. Геморрагик васкулитни этиопатогенези, оғриқларни келиб чиқиш механизми, клиник кўринишлари, клиник-лаборатор мезонлар, асоратлари.	4	семинар Касаллик тарихи Интернет маълумотлари.
6.	«Ўткир қорин» клиникасини симуляция қилувчи кўкрак қафасидаги оғриқларни механизми. Келиб чиқишидаги хавфли омиллар. Касал-ликни клиник кўриниши, клиник-лаборатор мезонлар, асоратлар ва даволаш.	3	доклад Касаллик тарихи Интернет маълумотлари.
7.	Қорин бўшлиғи ва қорин орқасидаги органларни анатомияси, физио-логияси. Буйрак абсцесси, буйрак карбункули, клиника, диагностика.	3	семинар Касаллик тарихи Интернет маълумотлари.
8.	Диарейлар, келиб чиқиши, этиологияси, патогенези, клиник-лаборатор ташхис мезонлари, асоратлар.	3	доклад Касаллик тарихи Интернет маълумотлари.
9.	Диарейлар, замонавий даволаш усуллари, турли этиологияли диарейларнинг узига хос клиник хусусиятлари	3	семинар Касаллик тарихи Интернет маълумотлари.
10.	Ичакни ташхисий текшириш усуллари. НЯК асоратлари.	3	доклад Касаллик тарихи Интернет маълумотлари.
11.	Қабзиятни этиологияси, патогенези, клиник кўриниши, клиник-лаборатор мезонлари. Ичак дисфункциясидаги ишлатиладиган дори воситалари фармакодинамикаси.	3	семинар Касаллик тарихи Интернет маълумотлари.
12.	Жигар ёғли дистрофияси, гемохроматоз, Коновалов-Вильсон касаллиги этиопатогенези.	3	доклад Касаллик тарихи Интернет маълумотлари.
13.	Гепатит ва жигар циррози таснифи. Гепатологияда ташхисий текшириш усуллари.	3	семинар Касаллик тарихи Интернет маълумотлари.
14.	Сариқлик этиопатогенези. Сариқликнинг хар хил турида беморни ташқи кўриниши. Сариқликдаги текшириш усуллари.	3	доклад Касаллик тарихи Интернет маълумотлари.
15.	Холестатик сариқликни этиопатогенези, клиник кўринишлари, синдромал ташхисот.	3	семинар Касаллик тарихи Интернет маълумотлари.
16.	Жигар сариқлиги этиопатогенези, клиник кўринишлари, синдромал ташхисот.	3	доклад Касаллик тарихи Интернет маълумотлари.
	<b>Жами гастроэнтерологиядан мустақил иш соати</b>	<b>49</b>	

### 5. Ўқув юкларининг ҳажми

	Меҳнат ҳажми	Ўқитиш ҳажмини аудитор машғулотларнинг турига кўра тақсимлаш (соатларда)					
		Ҳаммаси	Маърузалар	Амалий машғулотлар	Ўқув амалиёт	Мустақил иш	
						Мустақил иш	Ўқув амалиёт
Гастроэнтерология		159	10	100		49	

## II. АСОСИЙ ҚИСМ

### МАЪРУЗА МАШҒУЛОТЛАРИНИНГ ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИ

**1 – мавзу: Дисфагия ва ошқозон диспепсиясини киёсий ташҳиси. УАВ тактикаси. Гастрит ва яра касалликларида даволашдаги замонавий ёндошиш. Бирламчи ва иккиламчи профилактикаси.**

#### 1.1. Таълим бериш технологиясининг модели

Машғулот вақти – 2 соат	Талабалар сони : 18-36 гача
Машғулот шакли	Кириш-ахборотли маъруза.
Маъруза режаси	Талабаларни дисфагия ва диспепсия синдроми билан кечадиган касалликлар билан таништириш. Гастрит ва яра касалликларида замонавий даво усули; Дисфагия ва ошқозон диспепсиясида киёсий ташхисотни аниқлаш; Дисфагия ва диспепсия синдромидаги УАВ тактикаси;
Ўқув машғулотнинг мақсади:	Дисфагия ва ошқозон диспепсияси синдроминанинг келиб чиқиш сабаблари, улардаги киёсий ташхисотни аниқлаш ва УАВ тактикаси; Дисфагиянинг келиб чиқиш сабаблари, патогенези, таснифи, клиник курилишлари ва даволаш принципларини тушунтириш. Диспепсия турлари ва сабаблари. Гастрит ва яра касалликларини замонавий даволаш.
Таълим бериш усуллари	Кургазмали, маъруза, суҳбат
Таълим бериш шакллари	Оммавий, жамоавий
Таълим бериш воситалари	Ўқув қўлланма, дарслик, маъруза матни, проектор, компьютер
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория.
Мониторинг ва баҳолаш.	Оғзаки назорат: савол – жавоб.

#### 1.2. Маъруза машғулотининг технологик картаси

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёргарлик босқичи (5 дақиқа)	1. Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2. Кириш маърузаси учун тақдимот слайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
1. Мавзуга кириш (15 дақиқа)	1. Мавзу мақсади ва вазифаси билан таништиради 2. Мавзу бўйича саволлар беради.	Тинглайдилар Талабалар берилган саволларга жавоб берадилар
2. Асосий босқич (55 дақиқа)	1. Мавзунини тушунтириб беради, слайдлар намойиш қилинади 2. Кўргазмали плакатлардан фойдаланади	Тинглайдилар Тинглайдилар
3. Яқуний босқич	1. Яқунловчи хулоса қилади	Тинглайди

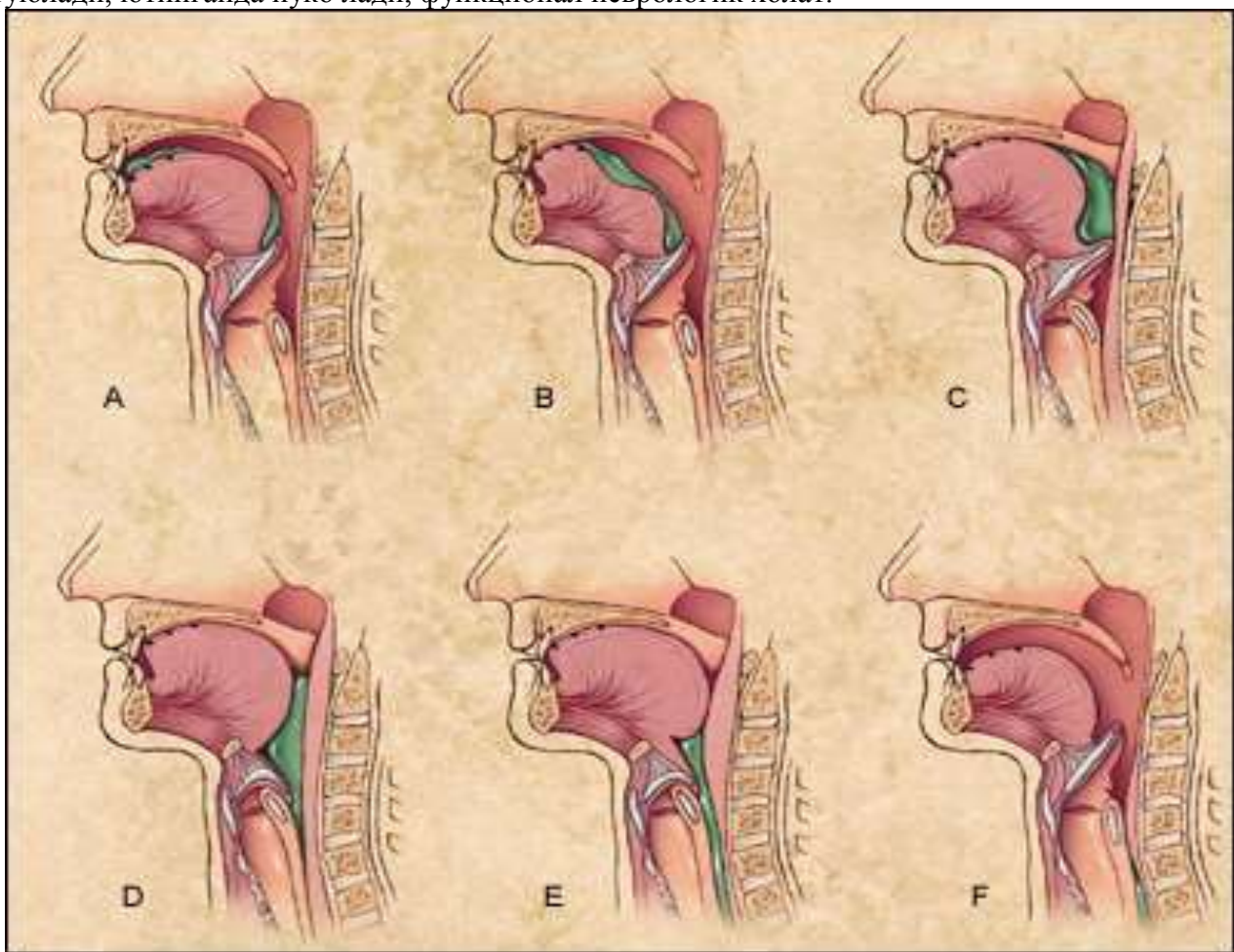
(10 дақиқа)	2. Мустақил иш беради 3. Уйга вазифа беради	Ёзиб олади Ёзиб олади
4. Мустақил таълим учун топшириқлар (5 дақиқа)	Мустақил тайёрланиш учун топшириқлар беради	Тинглайди Ёзиб олади
Жами 90 дақиқа (2 соат)		

### Маъруза матни

**Дисфагия** - бу ютишнинг кийинлашуви

**Одинофагия** – огрикли ютиниш

**Томокда лунда борлиги хисси** - томокнинг орка деворида доимий равишда нимадир бордай туюлади, ютинганда йуко лади, функционал неврологик холат.



© 2000 Muriam Kikmagal-Oh

### Анамнез йиғиш

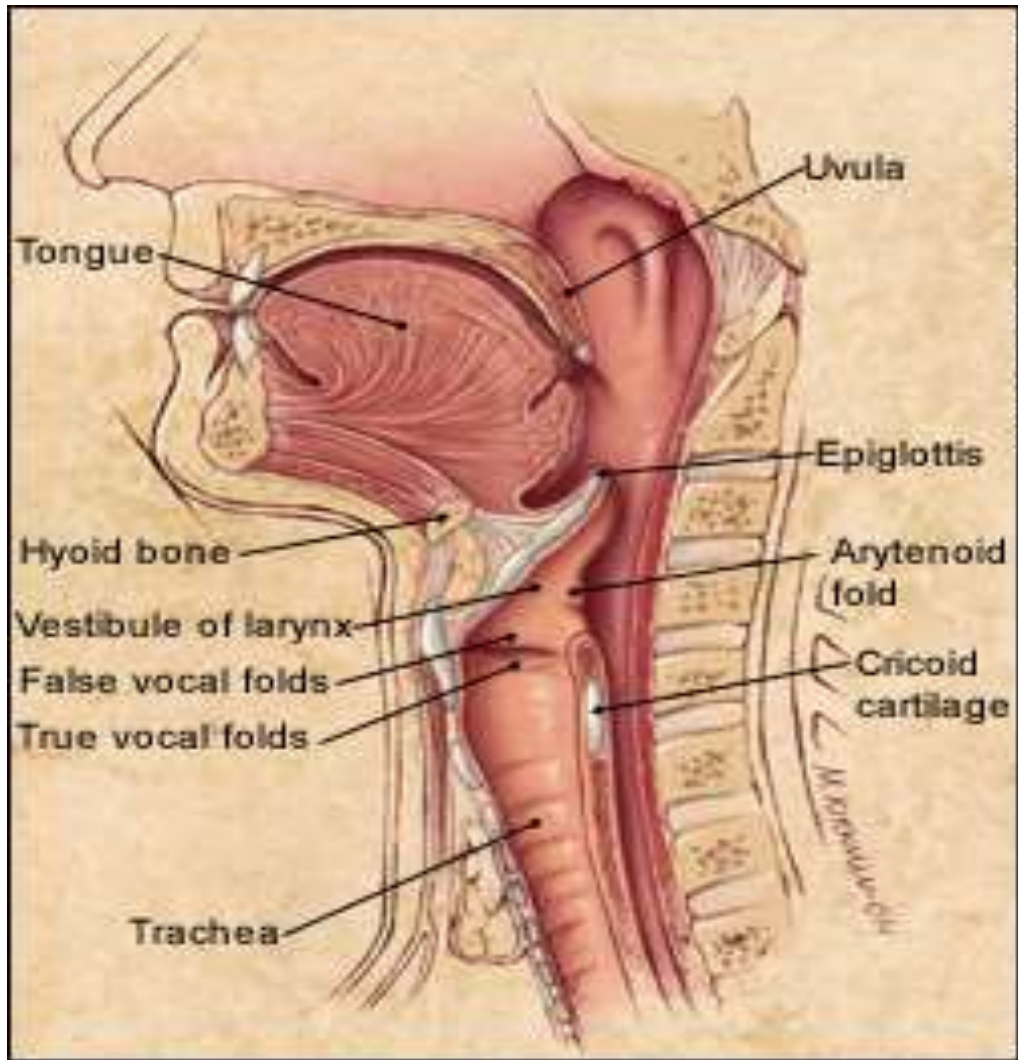
Хар куни ёки доимий?

Каттик овқат, суюкликлар ёки иккаласи ҳам?

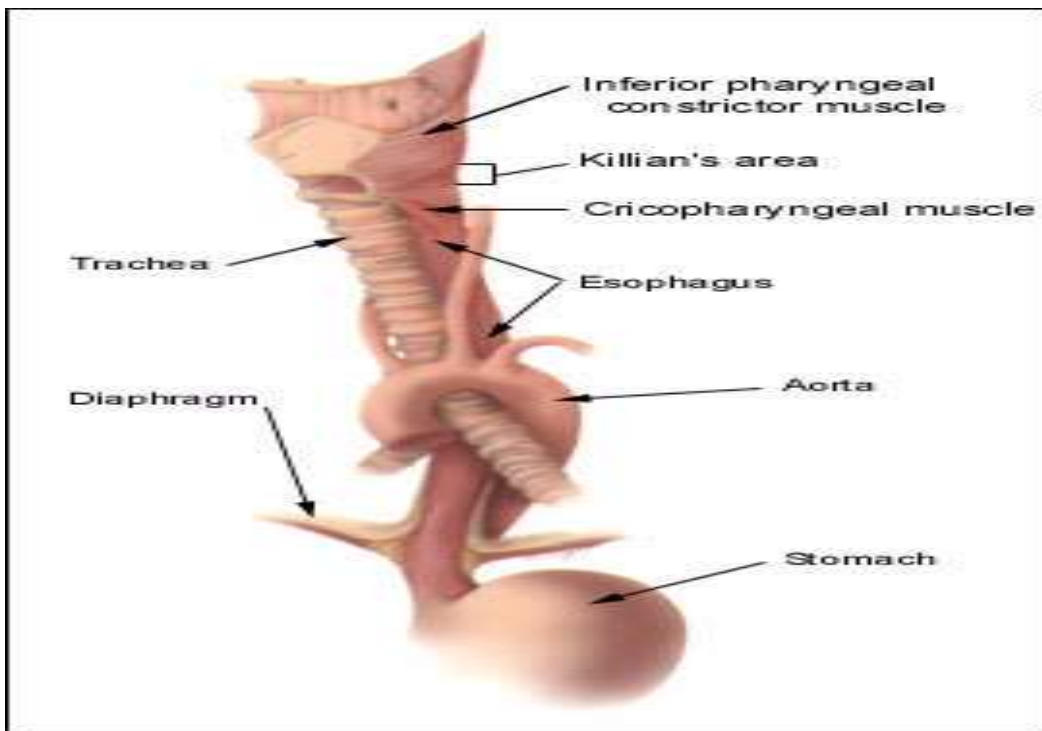
Йўтал, товушнинг узгариши, томокка учиш, зарда кайнаши ёки кукракда огрик кузатиладими?

Тушинтириб булмайдиган тана вазнининг камайиши?

Рухий холатни баҳолаш?

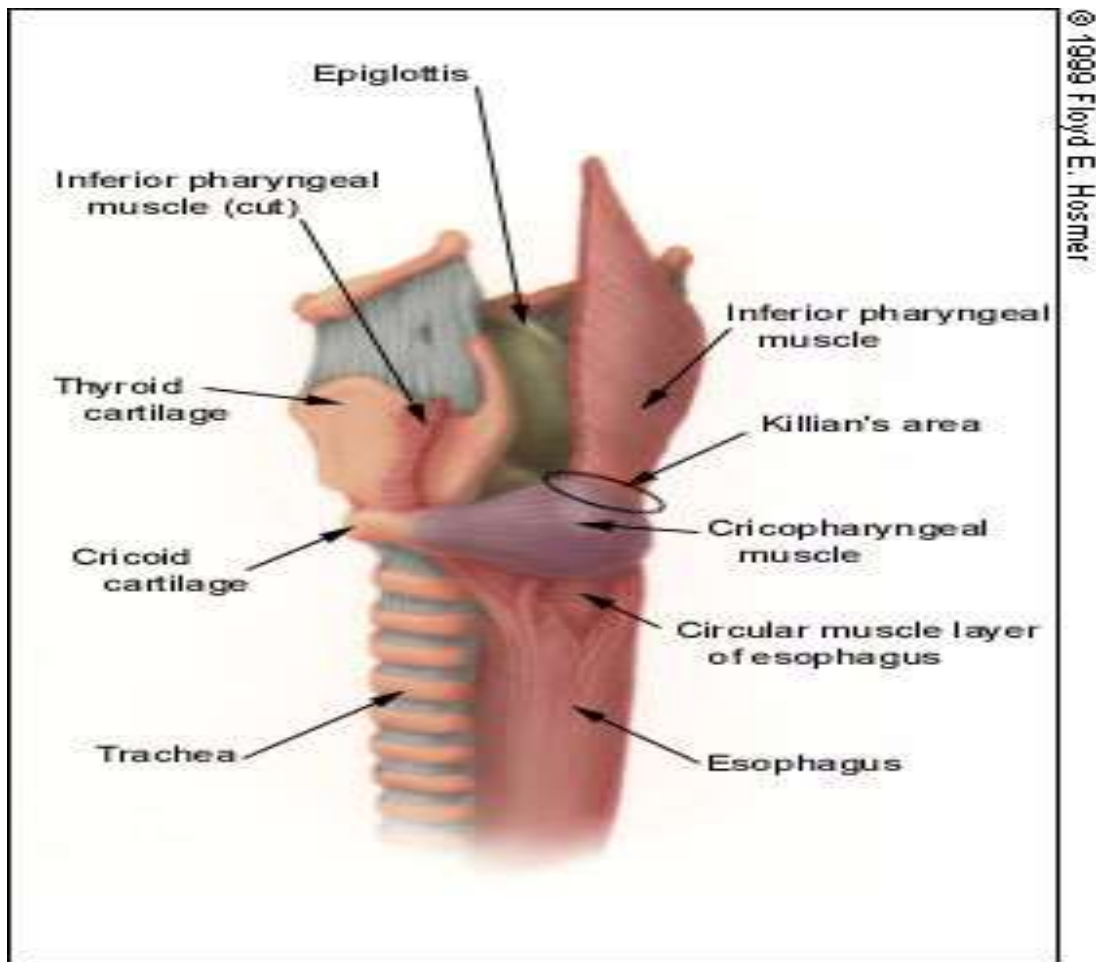


© 2000 Myriam Kirkman-Oh



© 1999 Floyd E. Hosmer





**Дисфагия билан касал булган беморларни текширишдаги 5 кадам.**

1. Бош ва буйинни тула текшириш
2. Ютишда иштирок этувчи мия асабларини сезувчанлик ва харакат функцияларини текшириш:
  - ✚ V-3 учламчи асабнинг пастги жог шохи - огиз тубини харакатлантиришда иштирок этади.
  - ✚ VII - таъм, огиз бушлиги туби харакатида иштирок этади.
  - ✚ IX харакатлар - халкум юкори кисми, сезувчанлик – тилнинг орка кисми
  - ✚ X харакатлар – халкум кискаришлари, кизилунгач
  - ✚ XII тил харакатлари
3. Системали касалликлар бор-йуклигини текшириш: Паркинсон касаллиги, кандли диабет, полиомиелит, системали склеродермия ва блар.
4. Лимфа тугунлари катталашганлигига, умуртка пагонасининг деформациясига, янги усмалар пайдо булганми йукми эътибор килинг.
5. Беморга ичишга сув беринг ва унинг ютишини кузатинг!

**Текширишлар**

Барий ютиш - тугридан-тугри ютишни кузатиш (рентгеноскопия)  
 Эндоскопия - купинча кизилунгач касалликларида кулланилади

**Тактика**

Умумий амалиёт врачига ким ёрдам бера олади?

Гастроэнтеролог  
 Логопед  
 Оториноларинголог  
 Невропатолог

Диетолог

**Мумкин булган дисфагия сабаблари:**

1. Асаб системаси патологияси
2. Мушакларнинг шикастланиши
3. Яллигланиш
4. Структурали узгаришлар
5. Системали касалликлар

Дисфагия билан касалланган беморларга 5 маслахат

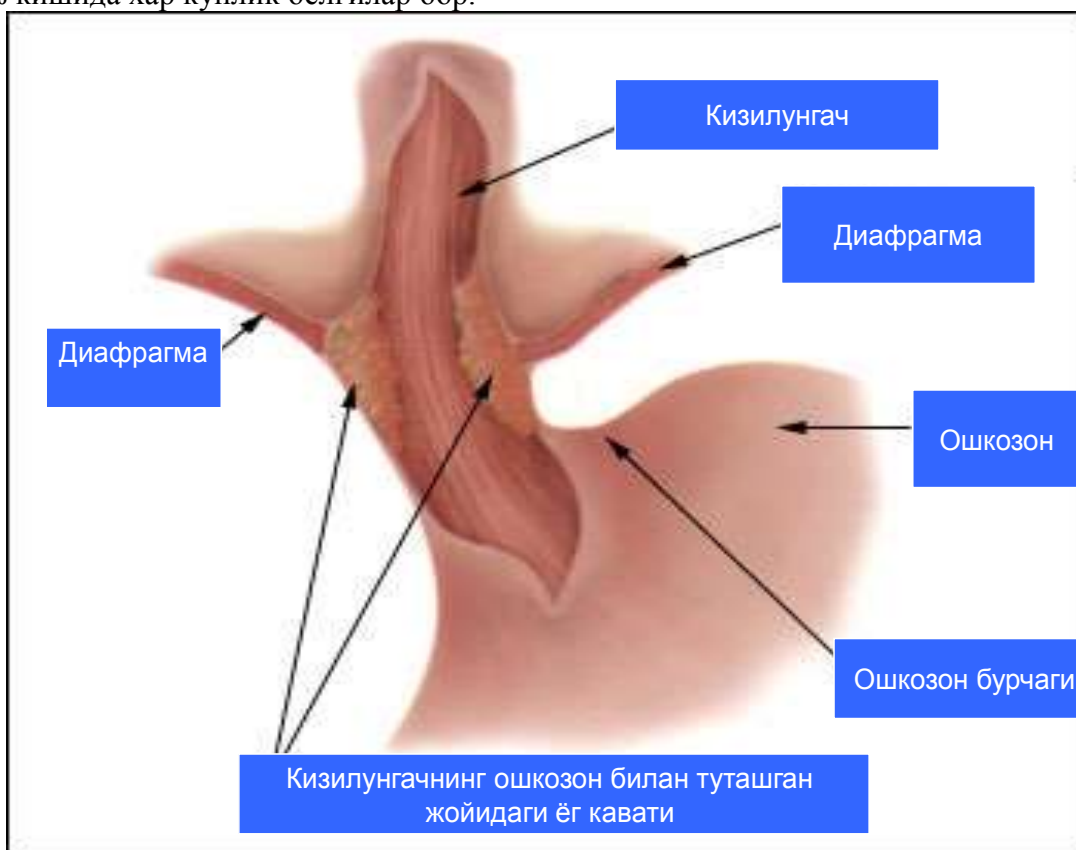
1. Бошни тугри тутган холда, утириб овкатланиш
2. Тишлар булмаса овкатланганда протез токиш ёки кийиш
3. Кичкина булаклар билан овкатни секин ейиш
4. Беморга овкатни яхши чайнаб ютишни уктириш керак
5. Бемор сув ичганда бошини оркага ташламаслиги учун, сув ичадиган идиши тула булиши керак

**Диспепсия синдроми:**

**Зарда кайнаши**

40% кишилар бу холатни ойига бир марта хис килишади

13% кишида хар кунлик белгилар бор.



**Диспепсия:**

- коринда огрик
- узини нохуш сезиш
- тулиб колиш хиси
- корин дамлаши (метеоризм)
- анорексия
- кунгил айнаши

**Киёсий ташхис:**

Зарда кайнаши

1. Гастроэзофагеал рефлюкс
2. Кизилунгач, ошкозон, 12 бармокли ичак инфекцияси ёки яллигланиши

3. Ошкозоннинг патологик ҳаракатчанлиги
4. Хомиладорликдаги иккиламчи рефлюкс

### **Киёсий ташхис**

#### Диспепсия

1. Функционал диспепсия ва кузгатилган ичак синдроми
2. Эзофагит, гастрит
3. Пептик ошкозон яраси
4. Гастро - эзофагеал рефлюкс
5. Ошкозоннинг ёмон сифатли усмаси
6. Холецистит
7. Бошкалар

#### **Анамнез**

#### **Зарда кайнашига шикоят қилинганда бериладиган саволлар**

1. Сизги каерда жойлашган?
2. Қачон пайдо булади? Жисмоний зуриқкандами?
3. Тез-тез булиб турадимми?
4. Огзингизда нордон ёки аччик там сезасизми?
5. Ошкозондаги овқат томогингизга қайтиб келгандай туюладими?
6. Бу ҳолатни нима енгиллаштиради?

#### **Зарда кайнашига шикоят қилинганда бериладиган саволлар**

7. Антацидлар қабул қиласизми? Бошқа дори воситаларичи?
8. Ётганингизда, эгилганингизда, зуриққанингизда белгилар узгарадимми?
9. Қайси бир маҳсулотлар белгиларни узгартиради?
10. Чекасизми?
11. Тана вазнингиз қамайдими?
12. Ютинганда кийинчиликлар сезасизми?
13. Иштаха пастлиги?
14. Қора ахлат?

#### **Диспепсияга шикоят қилинганда бериладиган саволлар**

1. Белгилар овқатдан сунг 1-3 соатдан кейин пайдо буладими?
2. Қунгил айниши, қусиш, қорин дамлаши, огрик, қориннинг юқори қисмида ноҳуш ҳис сезасизми, ахлат ранги ва қонсистенцияси узгарганми?
3. Қандай огрик овқат қабул қилиш белгиларини қамайтиради ёки қупайтиради? Огрик гоҳ пайдо булиб гоҳ йуқоладими? Қечқурун огриқдан уйғонасизми?

#### **Диспепсияга шикоят қилинганда бериладиган саволлар**

4. Стресс симптоматикани ёмонлаштирадими?
5. Уйқусизлик ва тез чарчаш белгиларини ҳис қиласизми?
6. Ичаклар фаолияти қай тарзда? Ичаклар фаолияти қуйидагича : қабзиятнинг диареяга утиб туриши қузатиладими?

#### **Қуздан қечиришда. Нималарни аниқлашимиз мумкин?**

1. Эпигастрал соҳада огрик
2. Меръфи белгиси
3. Қориннинг қатталашуви, органомегалия, усмалар
4. Қуқрак қафасида ёки орқада огрик
5. Пайпаслаганда: буйин ёки умров усти лимфоаденопатияси
7. Сариклик
8. Огиз бушлиги ва ҳалқум яралари
9. Тиш ва милқ қасалликлари
10. Рангининг оқариб қетганлиги
11. Теридаги узғаришлар

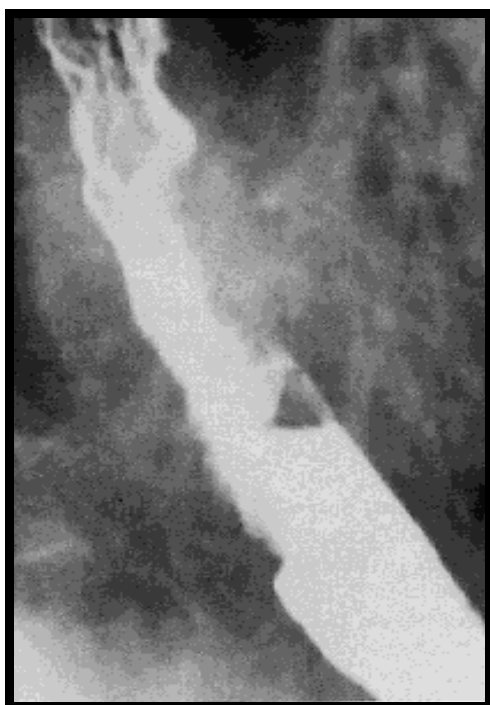
#### **Ташхис синамалар.**

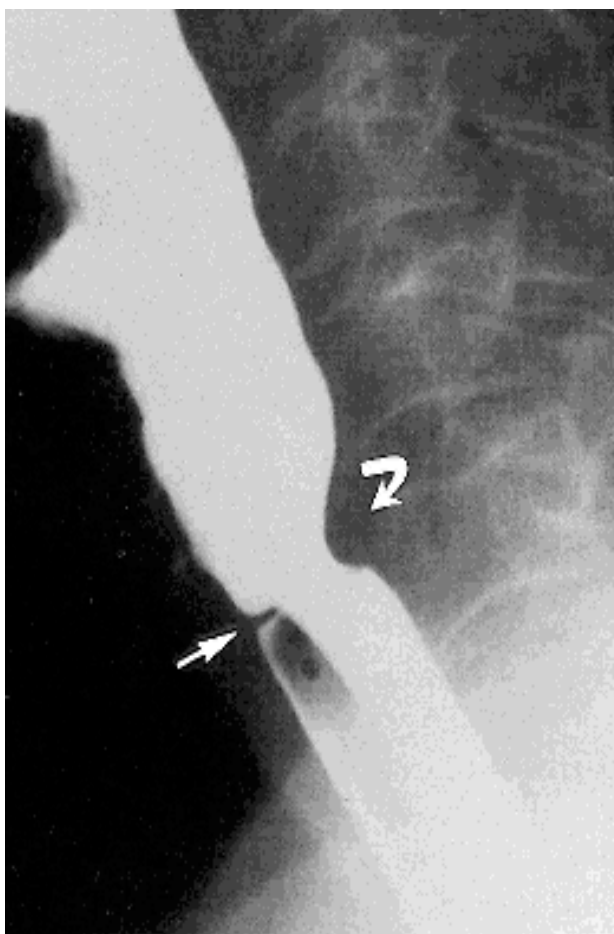
1. ЭГДФС (эзофагогастроуденоскопия)

2. Агар ЭГДФС натижалари нормада булса: Бернштейна синамасы : суюлтирилган **соляную** кислотани кизилунгачнинг дистал кисмига куйилади ва белгилар яна пайдо булиши кузатилади.

3. Иккиламчи контраст эзофагография

4. Эзофагогастроскопия килинади ва *Helicobacter pylori* борлиги аникланади.





**Зарда кайнашини даволаш:**

**Антацидлар:**

Суриладиганлар: кальций бикарбонат ва натрий бикарбонат

Сурилмайдиганлар: алюминий гидроксид, магний гидроксид ёки уларни биргаликда белгилаш

**Диспепсия билан касалланган беморларга 5 маслахат:**

1. Чекишни тухтаташ
2. Вазни камайтириш, меъридан куп овкатланишдан узини тийиш
3. Овкатланишдан 3 соат олдин hech нарса истеъмол килмаслик
4. Спиртли ва белгиларни кузгатадиган махсулотлар истеъмол килмаслик
5. Тушакнинг бош кисмини баландрок кутариш

**H2 блокаторлар**

циметидин

ранитидин

фамотидин

низатидин

**Протон помпа ингибиторлари**

Омепразол

Ланзопразол

**Харакатланишга таъсир курсатадиган агентлар**

Метоклопрамид (церукал)

Ошкозон шиллик каватини камраб олувчи моддалар

Сукральфат

Инфекцияга карши.

## 2 – мавзу: Қориндаги оғрикларни қиёсий ташҳиси. УАВ тактикаси.

### 2.1. Таълим бериш технологиясининг модели

Машғулот вақти – 2 соат	Талабалар сони : 18-40 гача
Машғулот шакли	Кириш-ахборотли маъруза.
Маъруза режаси	<p>Қорин соҳаси оғриклари ва уларни УАВ шароитида қиёсий ташхислаш умумий қоидалари.</p> <p>Қорин соҳасида уткир оғриклар билан ифодаланиб кечувчи касалликлар ва уларда УАВ тактикаси.</p> <p>Қорин соҳасида сурункали оғриклар билан ифодаланиб кечувчи касалликлар ва уларда УАВ тактикаси.</p> <p>Хазм аъзолари ишемия касаллигида оғрик синдроми хусусиятлари ва уни урганиш услублари.</p> <p>Хазм аъзоларини табиатини очиш ва ташхислашнинг УАВ шароитида алоҳида усусиятлари.</p>
Ўқув машғулотнинг мақсади:	<p>Қориндаги оғрикларнинг келиб чиқиш сабаблари, қориндаги оғрик синдромида қиёсий ташхисотни аниқлаш ва УАВ тактикаси;</p> <p>Қорин соҳасидаги (уткир ва сурункали оғриклар) оғрик турлари ва таснифини тушунтириш;</p> <p>Оғрикларнинг келиб чиқиш сабаблари, патогенези, таснифи, клиник қуринишлари ва даволаш принципларини тушунтириш.</p>
Таълим бериш воситалари	Ўқув қўлланма, дарслик, маъруза матни, проектор, компьютер
Машғулот услуби	Ахборотли сухбат, маъруза ва х.к.
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория.
Мониторинг ва баҳолаш.	Оғзаки назорат: савол – жавоб.

### 2.2. Маъруза машғулотининг технологик картаси

Иш босқичлари ва вақти.	Фаолият мазмуни	
	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёргарлик босқичи (5 дақиқа)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш.</li> <li>2. Кириш маърузаси учун тақдимот слайдаларини тайёрлаш</li> <li>3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш</li> </ol>	
1. Мавзуга кириш (15 дақиқа)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Мавзу мақсади ва вазифаси билан таништиради</li> <li>2. Мавзу бўйича саволлар беради.</li> </ol>	Тинглайдилар Талабалар берилган саволларга жавоб берадилар
2. Асосий босқич (55 дақиқа)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Мавзунини тушунтириб беради, слайдлар намойиш қилиш</li> <li>2. Кўргазмали плакатлардан фойдаланади</li> </ol>	Тинглайдилар Тинглайдилар
3. Яқуний босқич (10 дақиқа)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Яқунловчи хулоса қилади</li> <li>2. Мустақил иш беради</li> <li>3. Уйга вазифа беради</li> </ol>	Тинглайди Ўзиб олади Ўзиб олади
4. мустақил таълим учун	Мавзу бўйича мустақил ўзлаштириш учун топшириқлар беради	Тинглайди Ўзиб олади

топшириклар беради (5 дақиқа)		
Жами 90 дақиқа (2 соат)		

## МАВЗУ БАЁНИ

**Кириш.** Корин огриги куплаб касалликларнинг аломатидир, клиник ахамияти ута кенг диапазоига эга у хаётга тахдид килиб кечувчи холатларни хамда яхши кечиш билан ифодаланувчи функционал табиатга эга булган бузилишларни курилиши булиб белги беради. УАВ амалиётида тез-тез учраб турадиган, аксарият холларда УАВ биринчи маротаба тукнаш келадиган бу синдром УАВ имконияти ва нуктаи назардан келиб чикадиган мукобил ташхисий стратегияни талаб этади.

Ташхислаш учун умумий коидалар:

- Корин огригида аввало хирургик усул билан даволашни такозо этадиган корин бушлиги касалликларни истисно килиш лозим (чин корин синдроми).

- Умуман уткир, нимуткир, сурункали ва рецидивланиб курилиш берувчи огрикларни ажратиб олиш лозим ва мукобил харакат олиб борилиши даркор.

- Корин огриги хирургик, гинекологик, психик ва аксарият ички касалликларда кузатилади: уткир аппендицитда (31 фоиз), ичак буйрак ва ут санчикларида (29 фоиз).

- Хазм аъзолари юкори кисмлари касалликларида огриклар эпигастрияда, куйи кисмлари касалликларида - гипогастрияда жойлашиб курилиш беради.

- Такрорий кайд килиш билан биргаликда ифодаланувчи тулгоксимои огриклар ин-гичка тикилишига хос булади.

- Коринни симметрик ифодаланиб кабзиятланиши (таранг тортиши)ва корин сохасида тулгоксимон огрик булиши - йугон ичак утгазувчанлиги бузилишига хос булади. Уткир хирургик касаликларда доимо аввал огрик кейинрок кайд килиш кузатилади.

- Бемор ёши уткир булиб, атеросклероз ёки титрок аритмияси билан хасталанган булса ёки сал илгарирок миокард инфарктини бошидан утказган булса-ю, унда корин огриги пайдо булса мезентериал кон айланиши бузилганлиги гумон килиниши даркор.

- Корин огриги куйидаги симптомлар билан кушилишиб ифодаланган такдирда, корин бушлиги аъзолари уткир касалликлари шубха килинади: бош айланиш, кайтни кайталаниб туриши, кориннинг дам булишини кучайиши, корин огригини кучайиши, кучли холсизлик, апатия, окаринкираш, совук терга ботиш, артериал гипотония, титрок аритмия ёки тахикардия, иситма, Щеткин-Блюмберг симптоми, корин олдинги девори мушакларини таранглашуви, дефекация пайтида хушдан кетиб колиш (кориндан ички кон кетиш белгиси) ва олигуриялар кабилар билан.

Корин огригини бахолашда хушёр булиш керак. Чунки бир катор холатлар булади-ки, огрик нотугри талкин килинади ёки унга эътиборсизлик туфайли диагноз кеч куйилади. Хусусан, корин огригида ташхисий чалгишларни аксарият сабабчилари куйидагилар булиб хисобланадилар:

1. Бачадондан ташкари хомиладорликни ташхислашда хатога йул куйилади.

- Перорал контрацептив дорилар ичиб юрган аёлларда, хомила булиб колиши мумкинлигини мутлако инкор кила беришлари натижасида.

- Киндан конли аралашмалар ажралиб туриши туфайли (улар менструаль кон деб кабул килинади).

2. Ичак тутилишида корин девори нуфуз кисмлари нотулик текширилиши натижасида.

3. Купчилик холларда шифокор бир нарсани унитиб куядилар: аппендикс ва ошкозон ёки 12-бармокли ичак яраси тешилиб кетганидан кейин бир мунча вакт бемор ахволи яхшиланади. Унга ишониб, огрик нотугри бахоланади.

4. Кексалар ва кортикостероидлар истеъмол килиб юривчиларда (огрик сезиш нисбатан камаяди) перфорацияни ташхислаш кечнади.

5. Мезентериал кон айланиши бузилишини ташхислашда йул куйиладиган хатолар: кексаларда булади ва киндик худудида кучли тугруксимон огрик булиши билан ифодала-нади.

6. Айрим холларда корин сохасида буладиган огриклар сийиш ва сийдикни тезлашуви билан кушилиб куриниш берадилар. Бундай вазият доимо хам сийдик йуллари касалликлари учун ута хос симптом булиб хисобланмайди чунки у дивертикулитда, аппендицитда (таз сохаси жойлашувида), сальпингоофоритда ва бачадон найи ёрилиб кетишида хам кузатилиши мумкин. Буни билмаслик ташхисий хатога олиб боради.

Корин огриги булганда, унинг характери кандай булишлилигига карамасдан ва табиатидан катъий назар УАВ куйидаги текширувларни утказиши лозим:

- анамнестик маълумотларни (нафакат бемордан, у билан алока килиш кийин булган огир холатларда якинларидан олинган булиши керак) синчковлик билан тахлил килиш. Бунинг учун махсус суровномадан фойдаланиш мумкин ёки узвийликда катор саволлар ойдинлаштирилади: истеъмол килинган дорилар (алкогол эритромицин, аспирин, вальпроев кислотаси, имипрамин, кортикостероидлар, ИПВС, никотин, темир препаратлари, феинтони, цитостатиклар), огрик хусусиятлари, бошдан утказилган касалликлар ёки операциялар, менструация цикли хакида маълумотлар ва х.к. лар.

Физик текширувлар (умумий ахволига бахо бериш, огиз бушлигини куриш; пульсии, иситмани, КБ ва нафас частотасини бахолаш; юрак ва упкани мукамал текшириш; ётказилган холда коринни куриш, пальпация, перкуссия ва аускультация килиш; корин девори буш худудларини урганиш, сон артериясида пульсни текшириш, кукрак ва бел остеохондрозини истисно килиш, эркакларда-ректал ва аёлларда гинекологик текширув утказиш; сийдикни - лейкоцитларга, эритроцитларга, глюкозаларга, кетон таначаларига ва порфиринларга текшириш ва ниҳоят, алохида перитонеал симптомларни излаш).

- Алохида ташхисий ахамият касб этувчи вазиятларни урганиш: корин огрик кам жойдан бошлаб эҳтиёткорлик билан пальпация кшшнади, корин пардаси таъсирланганда огрик муайян худудда жойлашиб аникланади (бемор буни аник курсатиб бера олиши мумкин), ички касалликлар хасталанганда (висцерал огрик) огрик ёйилиб аникланади ва бемор бу худудга кафтини куйиб курсатади (аник курсата олмайди).

- Алохида лаборатория текширувларида куйидагиларга эътибор бериб урганилади: анемия, лейкоцитоз, ЭЧТ ни ортиши, зардоб амилазасини бир неча маротабага ортиши (панкреатитда, хомиладорлик бачадондан ташкарида руй бериши тухтатилгандан кейин яра тешилганда, ут пуфаги ёки корин аортаси аневризмаси ёрилганда), гематурия, лейко-цитурия, билирубиния, кетонурия, сийдикда газ пайдо булиши (ичак окма яраларида), ах-латда кон пайдо булиши (мезентериал кон айланиши утқир бузилганда, ичак инвагина-циясида ит узуми шаклига кирган ахлат аникланади), йугон ичак ракида, дивертикулитда, крон касаллигида.

- Корин бушлиги аъзолари рентгенографияси.

- Корин бушлиги ультратовушли текшируви.

- Экстретор урография.

- Ирригоскопия.

- Холесцинтиграфия.

-Эндоскопик текширувлар (ЭФГД, ректороманоскопия, колоноскопия).

- Эндоскопик ретроградли холангиопанкреатография.

- ЭКГ.

Мазкур текширувларни уз вақтида утказилиши натижаларини тугри бахоланиши ва эрта эътиборга олинishi огригини биринчидан тула табиатини очиб беради ва иккинчидан, «чин» хамда «ночин» абдоминаль синдроми мукамал тарзда ойдинлаштириб беради, демак «мулжалли» УАВ тактикасини утказишга пойдевор куйилади-ки, унга бемор хаёти бевосита боғлиқ булади.

Корин сохасида утқир ва сурункали огрикларда УАВ учта нарсани хал этиши даркор:

- Зудлик билан касалхонага ётказиш масаласи.



- Режали тарзда ётказиш масаласи.
- Амбулатория шароитида даволаш ва кузатиб бориш масаласи.

Бундай тактика чизма ва жадвалларда акс этдирилганидек олиб борилади (чуқур изох берилади).

Юкорида айтиб утган ва изохлаб берганимиз огрик синдроми сизларга маълум адабиётларда яхши ёритилган деса булади. Аммо лекин корин аортаси асосий кисми шахобчалари ва мезентериал томирлар атеросклерози билан алокадор «корин огриклар» хақида маълумотлар мужассамлаштириб ёритилмаганлигини биз алохида таъкидлаб утмоқчимиз.

Бу огриклар хазм аъзолари ишемия касаллигида (ишемик абдоминал висцеропатия) да кузатилади, асосий сабаби корин аортаси атеросклерози. Бу икки хил курунишда руй беради:

1. Корин санчиги.

2. Хазм аъзолари фаоликларининг бузилишлари (ишемик гипоацид гастрит), сурун-кали ишемик яра касаллиги, уткир атеросклерози ошқозон яра касаллиги («ошқозон ин-фаркти»), ишемик энтероколит ёки колонопатия, ишемик сурункали панкреатит ёки пан-креатопатия кабилар.

Узига хос куйидаги симптомлар билан ифодаланади (мукаммал жадвалда ёритилган, изох бериб утилади) уни ташхислаш тактикаси учта боскичда (жадвалда курсатиб куйилганидек, изох берилади) УАВ шароитида утказилади ва ташхис куйилади. Ташхис буйича консерватив ёки хирургик йул билан даволаш тавсия этилади, назорат олиб борилади.

### **Қориндаги огриклар сабабининг клиник классификацияси (Almeyda, 19)**

#### **А. Органик сабаблар:**

1. Корин деворидаги патологик узгаришлар

а) корин деворини узини яллигланиши (грыжа, яра, яллигланиш, фиброзит)

б) суяклар ва кушувчи туқималар яллигланиши (ревматоид артрит, остеоартрит ва хоказо)

в) нерв системаси жарохатланиши (радикулит, герпис, миелит, скинная сухотка).

2. Корин бушлигида патологик узгаришлар:

а) висцерал (ошқозон-ичак, буйрак, ут копчаси, овкат хазм тракти, эрозлар, усмалар, дискинезияси, органлар яллигланиши, жигар, ут пуфаги, талок, буйрак, сийдик кончаси, бачадон, мезентериал кон томирлар тромбозия, ичаклар тутилиши)

б) перитонит (уткир ва хроник яллигланиш, корин парда усмаси, чандиклар, юмалок органлар тешилиши).

3. Кукрак кафаси органлари патологияси:

а) юрак кон-томирлар касалликлари (ИБС, перикардитлар, аорта аневризмаси)

б) нафас системаси касалликлари (пневмония, диафральмаль плеврит ва поддиафрагмаль абсцесс).

4. Кон касалликлари: (капилляротоксикоз, эритремия, гемолитик сариклик ва хоказо).

5. Болаларда урта кулок ва юкори нафас органлари касалликлари (мехотимпанит, бодомчалар ва бурун-тамок яллигланиши).

#### **Б. Психик сабаблар:**

(истерия, невроз, ипохондрия, психозлар).

### **Чин абдоминал синдром билан зотилжамда буладиган псевдоабдоминал синдром тавофутилари**

<i>Симптом</i>	Корин бушлиги касалликлари	Крупозли зотилжам
- Безгак	-	+
Хансираш	-	+
- Ёрдамга нафас мушакларини нафасда иштироки	-	+

- Зангсимон балгам	-	+
- Лаб учуклари	-	+
- Ёноклар гиперемияси ва цианози	-	+
- Йутал билан ёки нафас билан огрикни кучайиши	-	+
- Совуккотиш омиллари	-	+
- Иситма тури	Субфебриль	Доимий юкори даражада Бу нисбат 1:2 ёки 1:3
- Пульс ва нафас частотаси	Нафас сонининг пульс частотасига нисбати 1:4-1:4,5	
- Кукрак рентгенографияси	Узгаришсиз	Упка булаклари доирасида инфильтрация Кам
- Кайт килиш	Купинча келади	Аник ифодаланган булади, пальпацияда камаяди.
- Корин мушаклари таранглашуви	Кучли ифодалангани, пальпацияда йуколмайди.	Корин босилганда сусайиши мумкин, ковургалар ораси босилганда кучаяди.
- Пальпацияда огрикнинг узгариши	Кучаяди	Катта худудда кук-рак кафаси куйи кисмларини эгаллаб намоён булади.
- Тери гиперстезияси худуди	Хасталанган корин бушлиги аъзолари доирасига тугри келади.	

Чин псевдоабдоминал синдромларини тафовутлари

Курсаткич	Синдром	
	Абдоминал	Торакоабдоминал
Анамнез	Огрик иситмасиз ва безгаксиз бошланади	Безгак булмайди, юрак хасталиги бор.
Бемор вазияти	Сокин, унг ёнбошда, оёклар коринча тортилиб ётиш вазияти.	Ортоаноз
Огриклар	Тусатдан пайдо булади, хуружсимон, кайд килиш Билан бир вақтда булади.	Стенокардия тусида
Бемор юзи	Уткирлашган, ок, совук, кузлари киртайган.	Куркув ифодаси акс этдириб ок-кукимтир ранга киради.
Пульс	Тезлашган, иситмага Монанд тезлашиб боради.	Кучсиз аритмик
Тил	Куруклашиб туради ёки курук	Нам ёки курук
Корин пальпацияси	Огрикли, чукур пальпацияда огрик кучаяди.	Огрикли, чукур пальпацияда огрик унчали эмас.
Мушак химояланиши	Кучли ифодаланган ва чегараланган, корин доимо хам таранглашган холда эмас.	Корин дам булиб туради, мушак химояланиши таркок холда ва кучсиз ифодаланган.
Щеткин-Блюм-берг симптоми	Ижобий кучли ифодаланган	Манфий

Корин сохасида-ги огрикни йуталга алокаси	Кучаяди.	Кукрак сохасидаги огрик би-лан бир вақтда кучаяди.
Ичак перистальтикаси	Корин дам булиши кучайиб бориши билан сусайиб боради.	Ичак парези кучли ифода-ланган ва перистальтика эшитилиб туради.
Иситма	Огрикдан сунг кутарилади, лекин унчалик юкори даражада эмас.	Секин аста, 2-3 кундан кейин пайдо булади.

**Псевдоабдоминал синдром куриниши билан кечувчи патолгик жараёнлар**

Корин бушлигида жой-лашмаган аъзолар касалликлари	Корин бушлиги аъзолари касалликлари	Алохида касалликлар
1. Диабетик, прекомтаоз холат: гипергликемия, ацетонурия. 2. Гипогликемик холат: гипогликемик 3. Тиреотоксик криз 4. Гипотиреоид кома 5. Буйрак усти беги сурункали етишмовчилиги 6. Кургошин билан захарланиш 7. Порфирия 8. Таллий билан захарланиш 9. Тетания 10. Эссенциаль гиперлипемия 11. Уремия 12. Гемохроматоз 13. Гемолитик криз 14. Уткир миокард инфаркти 15. Уткир жигар димланиши юрак пороклари. ЮИК упка артерияси тромбоз 16. Диафрагмаль плеврит ва унг томонлама булакчи пневмония 17. Уткир лейкоз, остеомиелосклероз 18. Системали васкулитлар 19. Вебер – Крисчан касаллиги 20. Табетик кризлар 21. Аорта аневризмаси ёрилиши 22. Уткир глаукома 23. Даврий касалликнинг абдоминаль варианты 24. Неврозлар 25. Иккиламчи порфиринурия	1. Сурункали пери-тонит кайталаниши  2. Умумий ут йулла-ри терминал кисми стенози 3. Уткир гепатит  4. Сурункали гепатит  5. Жигар циррози  6. Метастатик жигар	1. Корин аортаси аневризмаси ёрилиши 2. Ишемик абдоминаль синдром  3. Кора талок ва буйрак инфаркти 4. Гинекологик касалликлар  5. Урологик касалликлар а) уткир пиелит б) сийдик тош касалликлари в) простата беги аденомаси туфайли сийдик тугилиши 6. Терминал илеит

**Кориндаги огрикларда дифференциал диагноз куйиш  
(Р.Хеглин, 1965)**

	Кизилунгач диафрагма тешиги гръжаси	Яра касаллиги		Гастрит	Холоцистопатия		Хроник панкреатит	Ошкозон ости бези ракида	Жигар паренхимасининг яллигланиши
		Ошко-зон	12 бармок - ли ичак		холеци стит	ут-тош касаллиги			
Огрик даврийлиги	-	+	+	-	+		Купинча кайталанувчи	-	-
Суткалик ритми	Купинча кечаси	+	+	+ -	Огриклар вакти хар хил		↓	-	-
Огрик характери - ачитиб огриш - бугик босувчи - сакиб огриши - ханжарсимон	Санчиксимон, тана холатига боглик	Давомли, санчик симон ёки буровчи	Аник булмаган	Санчиксимон	Аник балмаган	Узок давом этувчи кайталанувчи	Аник булмаган		
Огрик хуружининг давомий-Лиги	Минутларда баъзан соатлаб	1-2 соат	Аник булмаган	1-2 соат ва купрок	Протокда тош булса, ут-тошга ухшаш	-	-		
Огрикларнинг давомийлиги	-	3-4 хафта	-	2-3 кун	-	-	-		
Огрик жойлашиши	Ханжарсимон усимтада юрак ва ош козон сохага берилади	Чап унг эпигастрал баъзан аник жойлашади.	Подложечная сохада, чегара йук	Унг кобиргада, белга, буйинга, берилади.	Кориннинг чап урта сохасида	Чап урта коринда чап кобирга ёйи, белда	Аник булмайди		
Овкат кабул килишига богликлиги	Купинча ахвол яхшиланади (рефлекс-эзофагитда)	Яхшиланади Яхшиланади Ёки ёмонлашади.	Яхшиланади ёки ёмонлашади	Боглик эмас, ёглик овкатдан кейин хуруж булади.	Боглик эмас, купинча боглик	Боглик эмас	Булмайди		
Кунгил айнаши	Булмайди	Булмайди	+	+	+	+	+		

			-	-	-	-	-
Клиник курсаткигичлар	Йук	Урта чизикдан чап ва ун тарафдан босил- ганда чегаралан- ган огрик	Коринни бос- ганда, юкори кисмида огрик (таркалган)	Ут пуфаги жой- лашган сохада сезгирлик	Чап урта корин сохасида сезгирлик	Баъзан усма пайпасланади	+ -
Рентген текшириш  Огрикнинг берилиши	Типик	Типик	Жуда кийин- лик билан	Типик	Яхши курин- майди, ёки кумлар	Бош кисмида 12-бармокли ичак катталаш ган, дум кисми да булганда – чап сийдик чи- карувчи найча кисилган	-
Лаборатор курсаткичлар	Хос эмас	Купинча кислоталик ошик булади.	Кислоталилик ошик, анацид холат	12-бармокли ичак массивада кристаллар	Хуруж вактида диастога ку- паяди. Панк- реатит фермен тлар пасайяди, патологик кант эгрилигинаг рузкада	Функционал текширувда узгариш йук	Жигарни функционал текширувида узгариш

**Коринда буладиган сурункали огрикларини кийси урганиш тактикаси.**

Аломатлар	Ичакларни таъсирланиши ортиши синдромлари	Ичакларни органик касалликлари
Ёши	-гача	дан юкори
Анамнез муддати	Йиллар	Ойлар
Огрик хусусияти	Диффуз, жойлашуви ва интенсивлиги узгариб туради	Чегараланиб жойлашган хуружсимон тусда, киска ва тунги огриклар булиши
Огрик узгаришлари	Асаб омили билан кучайди	Овкат билан кучаяди
Дефекация	Эрталабда	Тунда
Ахлатда кон ва йиринг булиши	Йук	Булиши мумкин
Озиб кетиш	Иук	Булиши мумкин
Психовегетатив бузилишлар	Бор	Одатда йук
Кон анализи	Узгаришсиз	Анемия, ЭЧТ ортиши

### **3 – мавзу: Ичак дисфункциясида қиёсий ташҳислаш. Дисбактериоз. Энтерит ва колитларни замонавий даволаш услублари ва профилактикаси.**

#### **3.1. Таълим бериш технологиясининг модели**

Машғулот вақти – 2 соат	Талабалар сони : 40-60 гача
Машғулот шакли	Кириш-ахборотли маъруза.
Маъруза режаси	Ингичка ичак анатомияси ва физиологиясини. Ингичка ичак касалликлардаги асосий клиник кечинмаларни билиши, асорат сабаблари, жойлашиши келтириб чиқариш сабаблари. Ингичка ичак касалликлар хар-хил турларида клиник фарқлаш Крон касаллигида асосий кечинмалари Диагностик муолажалар хажми Уз вақтида ташҳис қуйиш зарурлигини билиш ва уз вақтидаги давони асоратлар олдини олиш. Профилактика асосий принципларини урнатиш, меҳнат экспертлари
Ўқув машғулотнинг мақсади:	Талабаларга ичак касалликлари Ичак дисфункцияларининг қиёсий ташҳисотлари. Дисбактериоз. Колит ва энтеритларининг даволашининг замонавий йуналишлари аниқлаш Талабаларга умумий амалиёт врачи амалиётида учраб турадиган ичак дисфункцияларида тиббий ёрдам курсатиш ва даволаш усулларини, ҳамда шу ҳолатларни олдини олишга қаратилган чора тадбирларни амалга ошириш йўллариини ўргатиш.
Таълим бериш воситалари	Ўқув қўлланма, дарслик, маъруза матни, проектор, компьютер
Машғулот услуби	Ахборотли сухбат, маъруза ва х.к.
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория.
Мониторинг ва баҳолаш.	Оғзаки назорат: савол – жавоб.

#### **3.2. Маъруза машғулотининг технологик картаси**

<b>Иш босқичлари ва вақти.</b>	<b>Таълим берувчи</b>	<b>Таълим олувчилар</b>
Тайёргарлик босқичи 5 дақиқа	1. Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2. Кириш маърузаси учун тақдимот слайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
1. Мавзуга кириш (15 дақиқа)	1. Мавзу мақсади ва вазифаси билан таништиради 2. Мавзу бўйича саволлар беради.	Тинглайдилар Талабалар берилган саволларга жавоб берадилар
2. Асосий босқич (55 дақиқа)	1. Мавзунини тушунтириб беради, слайдлар намойиш қилиш 2. Кўргазмалар плакатлардан фойдаланади	Тинглайдилар Тинглайдилар
3. Якуний босқич (10 дақиқа)	1. Якунловчи хулоса қилади 2. 3. Уйга вазифа беради	Тинглайди Ёзиб олади
4. мустақил	Мустақил тайёрланиш учун вазифалар беради	Ёзиб олади

таълим учун топшириқлар (5 дақиқа)		
Жами 90 дақиқа (2 соат)		

## МАВЗУ БАЁНИ

### Ингичка ичак ичак туткичи анатомияси.

Ингичка ичак туткичи корин бушлигини урта ва пастки кисмларида жойлашади (Расм 1). Кичик чанок бушлигига ҳам баъзи кисмлари тушади, тугри ичак ва сийдик пуфаги буш холатларда.



Расм 1. Ингичка ичакни корин бушлигида жойлашиши. 1 - omentum majus; 2 - colon transversum; 3 – ингичка ичак ковузлоклари; 4 - colon descendens; 5 - colon sigmoideum; 6 - caecum; 7 - colon ascendens.

Ингичка ичак туткичи кисми умуртка погонасини чап томонидан II бел умурткаси атрофидан, flexura duodenojejunalis хосил буладиган жойда, ва унг ёнбош чукурчада, йугон ичакка утиб тугайди. Шуни айтиб утиш керакки аччик ичакка тегишли булган петиялар юкорида ва чапда жойлашган булади, горизонтал холатга эга булади, ичакнинг тугайдиган кисмидаги петиялари унг ёнбош кисмида ётади ва вертикал жойлашишади.

Ингичка ичакнинг ичак туткич кисми 2 га булинади: аччик ичак (юкори 2/5) ва ёнбош ичак (пастки 3/5). Ташки куринишидан бу икки кисм бир биридан фарк килмайди ва чегарасиз бир бирига утишади. Ингичка ичакнинг ёнбош кисмини узунлиги катталарда уртача 5-7 м га тенг.

### ИНГИЧКА ИЧАК ФИЗИОЛОГИЯСИ

Ингичка ичак жуда ҳам мухим орган хисобланади, унда куйидагилар амалга ошади: 1) ошкозондаги хазм булишни ичак хазм булишига утиши 2) учта асосий хазм булиш турлари (бушликдаги, мембранадаги ва хужайра ичи) 3) сурилиш ва ажратиб чикариш (секреция) 4) секрецияни бир неча турларини бирикиши (ташки ва ички) 5) ишлаб чикариш – ичак гормонларини ва биологик актив моддаларни, 6) организмни ички мухитига кирувчи хар хил зарарли моддаларни организмга киришидан тускинлик, химоя.

### Овкат хазм килиш

Овкат хазм килиш деганда мураккаб моддаларни соддаларга ферментлар ёрдамида кайта ишланишига айтилади. Бу жараён аник кетма-кетликда, овкатни ошкозон-ичак тракти буйлаб харакатланишида содир булади. Ферментатив парчаланиш натижасида овкат парчалари ташки куриниш спецификасини йукотади, лекин энергетик ва пластик кийматини ва сурилиш хусусиятини саклаб колади. Мономерлар холатида улар конга ва лимфага утишади ва организм улардан энергетик ва пластик материал сифатида фойдаланилади.

Замонавий овкат хазм килиш теорияси А.М.Угалева томонидан яратилган. У учта этапдан иборат: бушликдан хазм булиш – мембраналардаги хазм булиш сурилиш.



Ичакдаги хазм булиш жараёнидан олдин хазм булиш огиз бушлигида ва ошкозонда содир булади.

**Ингичка ичакдаги хазм булиш.** Асосий гидролитик жараёнлар ингичка ичакда содир булади. Ичакдаги мухит нейтралга якин булади. Бу нейтраллик ичакка тушаётган ут ва панкреотик суюкликлари, Na, Cl ионларини, бикарбонат ва сувнинг актив секрецияси ва абсорбцияси ёрдамида таъминланади. Овкат таркибида оксиллар, ёғлар, углевод ва нуклеин кислоталар булади. Уларнинг хар бири учун ферментлар йигими булади, улар полимер шахромолекулаларни мономерларгача парчалайди улар сурилиши мумкин.

**Бушликдаги хазм булиш.** Ошкозон ости беги ишлаб чикарадиган ферментлар хисобига амалга ошади. Пептидлар трипсин, химотрипсин, карбоксипептидаза ва эластаза билан гидролизланишади. Бу ферментларнинг кетма-кет таъсири натижасида пастиолекуляр пептидлар ва оз микдордаги аминокислоталар хосил булади. Углеводлар (крахмал ва гликоген) панкреатик амилаза таъсирида диохаридлар ва куп микдорда булмаган глюкозага гидролизланади. Бушликдаги хазм булиш жараёни сув мухитида содир булади, бу мухитда ферментлар эриган булади. Улар хар кандай полимр боғларни парчалаш хусусиятига эга.

**Мембраналардаги хазм булиш.** Бушликдаги гидролиз жараёнида хосил буладиган олигомерлар энтероцитларни щеточный наёмка зонасига киради, у ерда улар мембрана гидролизига учрайди, хосил буладиган мономерлар эса плазматик мембранани юзасига чикади ва сурилади.

Мембраналардаги хазм булиш энтероцитларни а пикал мембранасини ташки юзасида содир булади. Мембраналардаги хазм булишда иштирок этадиган ферментлар микроворсинкаларни юзасида жойлашган. Ферментларни актив марказлари сув мухитига каратилган. Ферментатив гидролизга факат майда молекулалар учрайди, олигомерлар, чунки йирик молекулалар щеточной каемка зонасига кира олишмайди. Шунинг учун мембран хазм булиш ёрдамида гидролизни якуний боскичлари амалга оширилади.

Мембранали хазм булиш ичак ферментлари ёрдамида амалга ошади, бу ферментлар энтероцитларда синтезланади ва апикал мембранада жойлашган булади, бу жараёнда яна панкреатик ферментлар иштирок этади.

Адсорбцияланган ферментлар асосан биополимерлар гидролизини оралик боскичларини амалга оширади, ичак ферментлари асосан – оксил, углевод ва ёғларни охирги парчаланиш боскичларини амалга оширади. Гидролизнинг бошлангич боскичлари ичак ичига секрецияланадиган панкреатик ферментлар ёрдамида амалга ошади. Тугалланмаган гидролиз натижасида хосил булган моддалар щеточный каемкага бирикиб, у ерда адсорбцияланган панкреатик ва мембран. Ферментлар таъсирида мономерларга гидролизланади ва сурилади.

## **СУРИЛИШ**

Сурилиш овкат хазм булишининг якуний боскичи хисобланади, унда мураккаб биологик жараёнлар, яъни моддаларни ичакдан кон ва лимфага сурилиши содир булади.

Моддаларни ичакдан организмни ички мухитига утишини 2 та йули мавжуд: эпителиоцитлар ва хужайралараро бушликлар (персорбция) оркали.

Эпителиоцитлар оркали нутриентлар биринчи хужайрани апикал мембранасига кечиш организмни ички мухитига базал ва базолатерал мембрана оркали утади.

Сурилиш жараёнида трансмембран утказиш (актив ва пассив транспорт) эндоцитоз, персорбция катнашади. Ингичка ичакда углеводларни, аминокислоталарни, ут кислоталарини ёғларни, витамин, Na ва сув, Cl, Ca ва Fe ни сурилиши содир булади.

## **МОТОРИКА**

Овкат хазм килиш системасини мотор фаолияти асосида силлик мускуллар хужайраларини кискариши ва таъсирга кискариш билан жавоб бериши ётади. Силлик мускулларни спонтан активлиги уларни мембрана хужайраларини пермодик деполаризацияси Билан тушунтирилади циклик жараён куринишида. Циклик ион силжишлар ва мембран потенциалининг даражасини узгариши мускуллар кискаришга олиб келади. Суст тулкинлар

базал электрик ритми деб хам аталади. Перистальтик кискаришларни частотаси, тезлиги ва йуналиши суи электрик тулкин билан аникланади.

Перистальтик кискариш суи тулкиндан кичик келади, лекин унинг пайдо булиш сабаби булиб потенциал таъсир хисобланади. Суи тулкин силлик мускулларни кискариш фаолиятида интегратив ёки синхронлашган вазифани бажаради. Харакатланиш компонентлари 90-минутли циклларда 20-30 мин давом этадиган кискариш даврларидан таркиб топган. Тинчлик нисбатини давомийлик даври 60-70 мин.ни ташкил килади.

Кискариши ва тинч даврларни умумлашуви кайталанувчи циклларни хосил килади – периодик фаолиятни ритми.

Силлик мускулларни кискариш жараёнларини 2 гуруҳга булиш мумкин: сегментловчи ритмик ва перистальтик кискаришлар.

**Сегментловчи ритмик кискаришлар.** Улар айланма мускул каватини кискариши хисобига содир булади, бунинг натижасида ичак навбат билан лата булмаган сегментларга булинади. Бунинг натижасида ичак ичидаги массани аралашуви ва гомогенизацияси содир булади. Хар бир кискариш, химусни маятниксимон харакатлантириб, уни ичак буйлаб силжитади.

**Перистальтик кискаришлар.** Перистальтик тулкинлар ингичка ичакнинг хар бир кисмида содир булиши мумкин. Улар ичак таркибидаги массани дистал йуналишда силжитади. Бундан ташқари, бу перистальтика тури буйлама мускул толаларини ритмик кискариши тарзида хам намоён булади, улар айланма мускул каватини кискариши билан бирикади. Ва маятниксимон харакатни хосил килишади. Кискарувчи тулкинлар биринчи дистал сунг проксимал йуналишда пайдо булади. Бундай кискаришлар туфайли ичак ичидаги масса биринчи бир тарафга, кейин бошка томонга силжийди, бунинг натижасида бу масса хар сафар шиллик парданинг Янги кисмларига тегиб утади. Бу ритмик маятниксимон харакатларнинг частотаси 1 мин. 10-12 мартани ташкил килади. Бу кискаришлар оддий, монофаз, амплитудаси 8 дан 40 мм сим.уст. ва давомийлиги 12-60 с. Булган формада регистрацияланади. Улар учун хос булган босим 60-80 мм сим.уст ва кискариш давомийлиги 15-20 с ни ташкил килади.

Пропульсив харакатлар перистальтик тулкинларни келтириб чикаради, улар химусни ичак буйлаб силжитади. Бу харакатлар ичак конунига асосланади. Бу конун W.M.Bouliiss ва E.H.Starling (1899,1901) томонидан аникланган локал ичак реакциясида (ички интенционал лефликс) у шиллик мускуллар билан чегараланган. Перистальтик рефлекс изоляцияланган ичак сегментида содир булади ва денервацияланган ичак (сегментида) петлиясида колади.

Ичакдаги асосий (базис) босим мускул деворини тонуси а корин девори босими билан аникланади. Одамда у 8-9см сув.уст. ташкил килади. Деворларни кискариши ичак ичидаги босимни тебранишига олиб келади.

**Хазм булиш жараёнидаги фаолият.** Хазм булиш жараёнидаги ингичка ичакнинг моторлик фаолияти овкатнинг хусусиятларига боглик. Нон ва гушт ейилгандан сунг кучли кискаришлар пайдо булади, тонус ошади, бу жараён аччик ичакда 1-2 соат давом этади. Кейинги фазадан бошлаб моторли тулкинсимон сусайиши давом этади. Хазм булиш жараёни тугагунча. Ёгли овкат килгандан кейин 2-3 соат давомида куп фазали моторика содир булади, юкори амплитуда ва тонусли кискаришлар 3-8 мин утгандан сунг 4-7 мин давом этадиган тормозланиш билан алмашинади.

Кейинчалик мотор активлигини кайта тикланиш содир булади, бушлик давлениясини амплитуда тебранишлари 1,4 мартага ошади. Кичик тинчлик даври келади: бушлик босимини параметри пасаяди. Актив хазм булиш тугаши билан 30- минут давом этадиган давр бошланади, у ката булмаган амплитудага эга булган кискаришлар билан характерланади.

**Ворсинкалар ва шиллик каватнинг харакатчанлиги, ворсинкалар** харакатчанлиги тебранувчи харакатлар д-кискаришлардан хосил булади. Ворсинка харакатчанлиги воликинин таъсирида содир булади. Традикинин, каллидин ва элеоидин каби полипептидлар кискариш частотасини камайтиради.

## **ИНГИЧКА ИЧАКНИНГ БАРЪЕР ФУНКЦИЯСИ**

Озик моддаларнинг ассимиляция жараёни нафакат пластик ва энергетик материаллар қабул қилиниши билан, яна организм ички мухитига антиген ва токсик моддаларни кириши билан ҳам хавфли булади. Катта хавфни ёт оксиллар ҳам курсатади. Овқат хазм қилиш системасида эволюция жараёнида кучли химоя системаси пайдо бўлган. Ингичка ичакнинг барьер ёки химоя функцияси унинг фуликатив активлиги иммун хусусияти макро ва микро структуралари утказувчанлигига боғлиқ булади. Ингичка ичакнинг нормал барьер функцияси овқат хазм қилиш системасидан оксил молекулаларини утишини чегароловчи мухит фолтал хисобланади.

Бу вазифа амалга оширилади:

- 1) оксил антигенларини сурилишини чегароловчи, химоя барьер системаси орқали;
- 2) организм ички мухитига утувчи йуллар орқали;
- 3) оксилларни хар-хил иммунокомпотент органлари билан таъсирланиш;
- 4) организмни иммун жавоби орқали.

Патоген микроорганизмларни оксилли токсинларни елган барьерларини утиш хусусиятига эга. Нормада ингичка ва йугон ичакнинг барьерли микроорганизмлар учун утиб бўлмас хисобланади. Лекин ёмон овқатланиш натижасида, совук утиб кетганда, чиак ишемиясида, шиллик кавати жароҳатланиши натижасида, узок тулик парентерал ва элементлар энтерол овқатланиш натижасида купгина бактериялар ичак барьеридан ута олади ва жигар, талок, лимфа тугунларига утади.

Ичак барьерининг бузилиши оксидан факторлар таъсирида, ичакнинг механик ишемиясида ва микроциркуляцияни бузилишида, томирлар спазмида, пайдо булади. Алманмас аминокислотларни элементар деспиди тида, эёлозоноид ва А витаминини дестидитида шиллик каватнинг нормал репарацияси бузилади, апиқал мембрани ультра тузилиши узгайиб кетади.

## **ИЧАК ДИВЕРТИКУЛАЛАРИ**

Дивертикул – бушликсимон орган деворини тугма ёки ортирилган бурти қилиши, ошқозон хазм қилиш системасини ҳамма қисмларида учрайди.

Ингичка ичакнинг дивертикулалари купрок 12 бармок ичакда пайдо булади. Рентгенологик текширувларни натижалари буйича, улар уртача 0,016-5,76%, ёришлар натижаси буйича –5,8-15.5% холларда учрайди. 1/3 касалларда улар тупланган куп сонли булади ва улар ичакни пастловчи ёки горизонтал қисларида 12 бармокли ичакнинг шундай қисларида жйолашган булади. Ортирилган дивертикулалар 12 бармокли ичакнинг яраларидан ва кайталанувчи панкула титлардан кейин пайдо булади.

Аччик ва ёнбош ичакларда дивертикулалар кам учрайди (1% холларда), одатда улар аччик ичакда ва ичакнинг бошка қисмларида ҳам учрайди. Баъзида ёнбош ичакда Меккелев дивертикулини учратиш мумкин, 20-30% холларда у ошқозон ости безининг туқимасидан хосил булади.

### **Классификация, этиология ва патогенези.**

Тугма ва ортирилган дивертикулалар булади.

#### **1. Тугма дивертикулалар.**

- 1.1. Меккель дивертикуласи
- 1.2. 12 бармок ичакнинг дивертикуласи
- 1.3. бошка локализациядаги дивертикулалар

#### **2. Ортирилган дивертикулалар**

- 2.1. Пульсимон дивертикул
- 2.2. Трақцион дивертикул
- 2.3. Сохта дивертикул

**Тугма дивертикул.** Тугма хосила, ичак деворининг 3 та пардасидан тузилган, куп учрайди.

**Ортирилган дивертикул** Пульсимон, трақцион ва сохта булиши мумкин.

Пульсимон дивертикул кучли ичак давлениясини узгарган ичак деворига – таъсири натижасида вужудга келади.

Тракцион дивертикул эса битиш жараёнида, ичак девори тортилиши натижасида пайдо булади.

Сохта дивертикул факат шилилк каватнинг мускул каватидаги деспектдан чикиб колиши натижасида пайдо булади. Сохта дивертикулалар ичак ичидаги босимни куталиши натижасида булади.

**Клиника.** Дивертикулалар куп холларда клиник симптомларсиз утади. 12 бармок ичакдаги дивертикулалари бор касаллар унг ковурга остидаги, белга ва унг кукракка иррадиацияловчи огрикларга шикоят килишади. Баъзида ураб олувчи характерли огриклар булиши мумкин.

Яллигланиш, изъявления, перепорация, кон кетиш каби асорталар пайдо булагнада бошкача симптоматика кузатилади.

#### **Дивертикуллар асоратлари:**

1. Уткир дивертикул
2. Сурункали дивертикул
3. Ичак тутилиши (дивертикул атрофиясидаги бирикиш жараёни)
4. Дивертикул ёрилиши
5. Ичакдан кон кетиш
6. Ингичка ичак дивертикулёзида ингичка ичакни бактериялар билан зарарланиши

ва ёугон ичак дивертикулёзида ёугон ичакнинг дисбактериози.

Йирингли асорталари уткир дивертикулит, абсцесс) огрик, баланд тана харорати, корин пардасининг таъсирлариш симптоми, ичак тутилиши кабилар билан кузатилади. Яллигланиш жараёнида дивертикулни перфорацияси, абсцесс, ички ва ташки ичак ёрилиши содир булиши мумкин.

Уткир дивертикулнинг сурункали рецидивлочи дивертиметга олиб келиши мумкин. Бундай холларда касалларда вакти вакти билан кучли огриклар пайдо булиши мумкин, яллигланган жойда (ичакдаги), купрок сигмасимон чамбар ичакда.

Яллигланган дивертикул 12 бармок ичакнинг пастловчи кисмида жойлашган булса, ошкозон ости безининг асосий найчасини якинида булса, бу дивертикул механик сариклик ва уткир пакреатитнинг пайдо булишига сабаб булиши мумкин.

Аччик ичакнинг дивертикулалари корин бушлигига перерация ва очилишга килиши мумкин. Меккель дивертикулида инвагинацион ичак тутилиши пайдо булиши мумкин.

Купчилик аччик ичак дивертикулёзи билан огриган беморларда ингичка ичакни бактериалар билан зарарланиш синдроми пайдо булади, у сурункали диарея, озиб кетиш ва трофикани бошка бузилишлари билан характерланади, бу мальабсорбция синдромига хос булган белгилар хисобланади.

**Ташхис.** 12 бармок ичакнинг дивертикулнинг яллигланишида панкулатит ва ут-тош касаллигига хос булган симптомлар билан кузатилади. Рентгенологик ва эндоскопик текширувлардан сунг тугри ташхис куйилади. Аччик ичакнинг куп сонли дивертикулалари сурилишни бузилиши каби огир синдромга олиб келади. Ингичка ичакнинг рентгенлогик текширувидан сунг тугри ташхис куйилади.

**Дифференциал ташхис.** Ингичка ичакнинг дивертикулёзида сурилиши бузилиши билан кузатиладиган касалликлар билан дифференциал ташхис утказиш керак. Ингичка ичакда дивертилез бор касалларда кориндаги огрик ва ичакдан кон кетиш бу касаллик билан факатгина дивертикулёзни яллигланганда ва дивертикул перфорацияланганда боглик булади. Бундай холларда дифференциал ташхисни корин бушлигидаги уткир касалликлар, (яллигланиш ва ) ингичка ичакнинг яллигланиш ва усма касалликлари билан утказилади.

**Даволаш.** Дивертикулёзни огир булмаган турларида даволаш диета билан амалга оширилади: касалга доимий тарзда бугдойни яхши майдаланган донларини (пшеничные отруби грубого помола) ичишни тавсия килинади, улар ичакдаги босимни пасайтириш хусусиятига эга. Дозани 1 кунда 2-3 чой кошикдан 3-9 ош кошиккача купайтириш керак. Бунда ахлат келиши 2

кунда 1 марта келса доза оптимал хисобланади. Кушимча килиб зарур булганда прониетиклар (мотиямусс, препульсид, цирукал) ва фермент препаратлар (креон ва бошк) куланилади. Диарея, коринда дам булиши каби каби холларда: интетрикс, элсеспурил ва бошка антибактериал препаралар кулланилади.

Дивертикулит холатида агар корин пардасини таъсирланиш симптоми йук булса, юкори иситмада ва лейкоцит формуласи силжиганда, дивертикул зонасида яллигланиш жараёнларни йукотгунча парентерал антибактериал терапия белгиланади.

Ингичка ичакда майда, оз микдордаги, огирлашмаган дивертукулалари бор касаллар оператив даволашга мухтож эмас. Операцияга курсатма – дивертикул резекциялари – факатгина унинг катта улчамларида ва яллигланишга мойил булганда пайдо булади. Дивертикулезларда одатда кон кетиш массив булмайди ва улар консерватив йул билан даовланади. Эндоскопик кон тухтатиш хам мумкин. Давомий, кайталанувчи кон кетишларда, анемияларда, ичакнинг жароҳатланган кисмини резекцияси зарур.

**Прогноз.** ингичка ичакни куп сонли дивертикулалари прогнозиди сурилишни бузилиш синдромини пайдо булиши прогнози кийинлаштиради. Ичакни таркалган жароҳатланишиджа прогноз. Яхши эмас, чунки оператив даовлашни яхши натижани хам бундай холларда чегараланган булади: кенгайган резекция сурилишни хавфли бузилишларига олиб келади.

### **КРОН КАСАЛЛИГИ**

Крон касаллиги (регионар энтуит, гранулематоз имит ёки копия) – номаълум этиологияга эга булган, ёбош ичакнинг терминал кисмида жойлашган, хазм булиш системасининг гранулематоз яллигланиши: ичакнинг жароҳатланган кисмини стенози, ёриклар (свицлар) пайдо булиш билан характерланади. Бу касаллик 1932 йили В.В. hn томонидан тасвирлаб берилган.

Патологик жараёни жойлашувига караб Крон касаллигини 2 та турини ажратишади. 1 тип: а) сегмент билан чегараланган йугон ичакнинг жароҳатланиши; б) имоцекал кисм жароҳатланган; в) 1 та сегмент билан чегараланган ингичка ичакнинг жароҳатланиши 2 тип: а) ингичка ва йугон ичакнинг сегментлари жароҳатланади. б) ичак жароҳати балан бирлашувини мавжудлиги.

**Этиология.** Касаллиги сабаби аникланмаган. Хар-хил гипотезалар чиқарилган, иммунологик, инфекцион. Вируслар, кламидиялар бактериялар айникса мико бактериялар сабабли деб уйлашган. Кузатишлар шуни курсатдики Крон касаллигини купайишида озик махсулотларига кушилаётган кушимчалар (пищёвые добавки) ва озик махсулотларида клетчаткани етишмаслиги катта урин эгалайди. Лекин бу гипотезаларда хеч кайсиниси тасдиқланмаган. 20 % касалларда бу касаллика булган олилавий мойиллик кузатилади.

**Патогенез.** Яллигланиш жараёни ичакнинг шиллик каватини остиди пайдо булади, яъни инфильтратлар (грануленолар) хосил буладиган жойда.

Гранулмалар лейкоцитлар туплашдан иборат, уларнинг марказида Пирогов- Лангханс хилидаги гигант хужайраларни учратиш мумкин. Туберкулез гранулемалоридан фаркли Крон касаллигида хеч қачон казеоз некрозли учоғлар хосил булмайди.

Инфильтрация ичак деворининг шиллик, сероз каватларига таркалади. Бунинг натижасида ичак девори калинлашади, шиллик кават нотекис рельефга эга булиб қолади, унинг юзасида эса куп сонли эрозия ва язвалар хосил булади, бутун ичак буйлаб худди ериклар сингади. Баъзи холларда язвалар перепарацияланади, бу эса ичаклар уртасида свицлар пайдо булишига олиб келади. Деворнинг чандикли узгаришлари ичакни ички тарафани торайишига олиб келади, бу эса кисман ёки бутунлай ичак тутулиб қолишига сабаб булади.

**Патоморфология.** Крон касаллигида жароҳатланишни энг биринчи макроскопик белгиси бу- шиллик пардани майда яралар хамда (аорта). Яллигланиш жараёни бир маромда ичак деворининг хамма каватларига таркалади, айникса шиллик каватининг остига. Бунинг натижасида бошка характерловчи белги пайдо булади- жароҳатланган орган ёки унинг сегментини деворини калинлашуви ва унинг торайиши, шиллик кават ва свицларни аниқ чегараларини, чуқур ерикларини мавжудлиги, куп холларда инфильтрат корин бушлигида пайдо булади, пальпация килинади. Шиллик парданинг рельефи ичак деворини лимфоид

хужайралар билан инфльтрация хисобга ва ундан чукур ериклар утиши натижасида узига хос куринишига эга булиб қолади.

Крон касаллигидаги гистологик куринишни мухим ахамияти- ичак деворини типик трансмурал жарохатланиши. Яллигланиш сероз пардага, кушни тукима ва органларга свищ ва битишмалар хосил килиб таркалиши мумкин.

Касалликни бошка характерли томони- Пирогов- Лангханс хужайрали кацеоз булмаган саркоидсимон эпителиод гранулемоларни пайдо булишидир.

Крон касаллигида патологик жараён куп холларда ингичка ичакнинг терминал кисмида жойлашган булади, лекин хазм килиш системасини хар бир кисмида жйолашиши мумкин- огиз бушлигидан орка чиқариш тешигига, ёнбош ичакнинг чегараланган жарохатланиш тахминан 35% холатларда кузатилади, ёнбош ва йугон ичакни – 45%, йугон ичакни крон касаллиги тахминан 20%. Аноректал кисми чегараланган жарохатланиш 3% касалларда учрайди. Бир вақтнинг узиди хазм килиш системасини бир нечта кисми жарохатланиши мумкин.

**Клиника.** Умумий клиник симптомларига диарея, кориндаги огриклар, безгак ва тана вазни йукотиш киради.

*Диарея* купчилик касалларда пайдо булади, лекин патогенез механизми буйича фарк килади. Ёнбош ичакнинг жарохатланиши натижасида желчный тузларни сурилиши бузилади, бу эса йугон ичакда ва сув секрециясини ошишига олиб келади (хологен диарея). 100 см атроспидаги ёнбош ичакнинг жарохатланиши катта микдорда желчный тузларни йукотишига олиб келади ва мицелла хосил булишини бузилиш натижасида стеатореяни чакиради. Ингичка ичак структураси ичак стазига ва бактериялар билан зарарланишга способствовать килади, бунинг натижасида моторика ва сурилиш бузилади. Баъзи касалларда тенезмалар булиши мумкин, бунга тугри ичакнинг жарохатланиши сабаб булади, лекин ярали колитдан фаркли ахлатда кон булмаслиги мумкин.

*Кориндаги огрик* куп холларда огрик пастки унг квадратда булади. Кучли тулгоқ симон огриклар ичакни трансмурал жарохатланишини, ичакни торайишини ёки уни тутилишини курсатиб туради. Иситма, лейкоцитоз билан кузатиладиган доимий огрик, абсцесс пайдо булганлиги хакида шубха хосил килиш керак.

*Субфебрил харорат ва умумий лохаслик*- ичакни яллигланиш касаллигига хос булади. Юкори тана хароарти абсцесс пайдо булганлигини, септик безгак эса септицемияни курсатиб туради.

*Тана вазнини йукотиши* кахексиягача булиш мумкин. Трофикани бузилиши емон сурилиш, яллигланиш натижасида оксил катаболизмини ошиши натижасида булиши мумкин.

Терминал имит билан касалланган болаларда, буйининг усишини секинлашуви, жинсий ривожланишда колоқлик кузатилади, бунда ичак симптомлари йук булиши хам мумкин. Аёлларда куп холларда аменорея пайдо булади.

Баъзи бир касалларда объектив текширув жараёнида корин симметриясини куриш мумкин, бу унг пастки квадратни буртиб чиқиши натижасида булади. Пальпация жараёнида юмшок консистенцияли инфилтратни аниқлаш мумкин, бу инфилтрат ичак деворининг калинлашуви ёки ичаклараро абсцесс хисобига булиши мумкин. Перинал соха куздан кечирилганда анал ериклар, проктит ёки парапроктит каби холатларни кузатишимиз мумкин.

**Крон касаллигининг клиник формалари.** Ичакда жойлашган крон касаллиги куйидаги клиник формаларга эга: 1) уткир имит (имотифлит) 2) суюноилит ингичка ичакни тутилиши синдроми билан 3) сурункали суюноилит сурилишни бузилиш синдроми билан 4) гранулематоз колит 5) гранулематоз практит.

**Уткир формаси** кориндаги огирк приступларпи билан характерланади, айникса унг ёнбош сохада. Купчилик касаллар стационарнинг хирургиясига уткир аппендицит деб келишади. Лапаротомия вақтида эса ёнбош ичакнинг терминал кисмини яллигланиши аниқланади, баъзида бу яллигланиш кур ичакка тарқолган булади, ёки перфорация сабабли перитоник ёки жарохатланган жойнинг некрози булиб чиқади. Некроз ёки перфорация булса ичакни жарохатланган кисмини резекция килинади, бошка холатларда эса ичак ревизия

килинади ва новакаин ва антибиотиклар эритмаси билан ингичка ичакни ичак туткичи инфилтратция килинади.

**Стенозирловчи** формали крон касаллиги узок вақт аниклаб булмайдиган, кориндаги огриклар билан кечиши мумкин. Касаллик куп йилларда давомида аникланмай колиши мумкин. Агар касаллик болаликда бошланса, касал физик сексуал ривожланмай колиш мумкин. Пальпация жараёнида корин бушлигида инфилтратни аниклаш мумкин. Кейинчалик ичак тутилишини кучайиши натижасида огрик приступлари купрок унғ енбош тарафда пайдо булади, кусиш, корининг шиши, корин кулдураши, ахлатни ушлаб колиши каби холатлар содир булади. Олди тарафдаги окрин девори пермодин кутарилувчи «валлар» формасидаги кузга куринадиган перистальтика пайдо булади. Ташхис асосан рентген текширувидан сунғ ёки лапаратомия вақтида куйилади.

Бирламчи сурункали Крон касаллиги кайталанувчи диарея, анемия, гипопротеинемия, шишиш ва сурилишни бузилиши каби симптомлар билан кечади. Огрик синдроми ва иситмани куриниши ичак тутилиши ва яллигланиш даражасига боглик булади.

**Ичак ташкарисидаги белгилар ва асоратлар.** Ичак ташкарисидаги белгилар 3 хил булади.

**Биринчи гурух.** Бу гурухга крон касаллигини ичак симптомлари билан бир вақтда пайдо буладиган ичак тошидаги манифестациялар киради. Уларга артрит, афтозли стоматит, тугунли эритема ва гангроноз пиодермия киради. Бу белгилар 1/3 ким касалларда кузатилади ичакнинг яллигланиш касалликларда, ярали колит ва крон касаллиги учун умумий хисобланади. Санаб утилган асоратларни патогенези ичакни яллигланиши билан боглик булади, ва алохида даволашни талаб килмайди.

**Иккинчи гурух.** Ичакни яллигланиш касаллиги билан боглик булган, лекин специал даволашни талаб килмайдиган орган ва системалар жарохатланишини уз ичига олади. Уларга анкипозирловчи спондилит ва сакроилит, увит ва бирламчи склерозирловчи холангит киради.

**Учинчи гурух.** Сурилишни бузилиши билан белгиланади. Уларга сийдик тош касаллиги, ут тош касаллиги, анемия, кон ивишни бузилиши киради. Сийдик тош касаллиги оксалатларни меъеридан ортик сурилиш натижасида пайдо булади, улар нормада ичак ичида кальций билан богланишади. Ёғ сурилишини бузилиши натижасида кальций ёғ кислоталари билан осон богланади ва совун хосил килади. Пайдо буладиган гипероксалатурия буйракларда тошалр пайдо булишга сабаб булади. Ут тош касаллиги ёнбош ичак жарохатланганда ут кислоталарини энтерогепатик циркуляцияси бузилганда пайдо булади. Бундан ташкари Крон касаллигида сийдик чикариш канали, найчаларини инфилтратлар билан сикилиб колиши натижасида гидронефроз пайдо булиши мумкин. Яна бу гурухга иккиламчи амилоидоз ҳам киради. Куп холларда ингичка ичакнинг юкори кисмини жарохатланиш натижасида темирни сурилиши бузилганда ёки сурункали кон кетишларда темир танкислиги анемияси пайдо булади. Енбош ичакли катта кисми жарохатланганда В<sub>12</sub> витаминини сурилиши бузилади ва макроцитар анемия вужудга келади. Сульфасалазин билан узок вақт даволаш натижасида фолиевый кислотани сурилиши бузилади ва гемолиз пайдо булади бу эса анемияга сабаб булади.

Ёгда эрувчи витаминларни сурилишини бузилиши натижасида купгина салбий холатлар пайдо булади: организмда А витамини танкислиги хисобига куриш бузилади, гипокальциемия (Д гиповитаминоз) ва протромбинни камайиши хисобига кон кетишлар давомийлиги ошади (К гиповитаминоз).

**Лабаратор текширувлар.** Клиник кон анализларида темир танкислиги анемияси: ёки В<sub>12</sub> – танкислиги анемияси, кон кетиш давомийлигини бузилиши, протомбитни камайиши аникланади. Латологик жараён ингичка ичакда содир булганда кон зардобида оксил микдорини камайиши кузатилади, кучли эксудатация натижасида.

**Ташхис.** Крон касаллигини утқир формаси билан огриган беморларда ташхис одатда утқир аппендицит деб тахмин килингандаги лапаратомия вақтида куйилади. Операицьяда ичакнинг зичлашган гиперемияланган кисми, ичак туткич деворини катталашган лимфа тугунлари ва асоратлар (перфорация, абсцесс, стеноз) кузга ташланади. Бундай холларда ирсинозни олдини олиш максатида серологик текширувлар утказиш керак.

Диагностика учун одатда рентгенологик текширув фойдаланилади. Ирригоскопияда нафакат йугон ичак жарохатланишини балки терминал имит белгиларини ҳам куриш мумкин: нотекис рельеф ва енбош ичакнинг торайиши.

Ингичка ичакнинг тутилиши белгилари йук булгандагина ошкозон ва ингичка ичакнинг рентгенологик текширишини утказиш мумкин. Касалликнинг бошлангич вақтларида ташхис куйиш кийнрок, лекин барий клизмаси ёки сульфат барийни силжиши буйлаб юзадаги аорат ва чизиксимон яраларни куриш мумкин.

Рентгенологик методлар ердамида Крон касаллигини 3 та морфологик боскичларини белгилаш мумкин.

**1 б о с к и ч** (эрта узгаришлар). Бурмаларни шишиш натижасида калинлашуви ва текисланиши, куп сонли диаметри 0,1-0,2 см булган яраларни мавжудлиги, ичак девори эластиклигини саклаб қолади.

**2 б о с к и ч** (оралик узгаришлар). Нодуляр рельеф, изъязвления, ичак туткич чеккаларини ригидтиги, псевдодивертикул шаклида уларни чикиб қолиш билан фарк қилади. Ичак девори калинлашган.

**3 б о с к и ч.** (аник намоён булган узгаришлар). Шиллик каватнинг язва- нодуляр рельефи, чуқур ериксимон уймаларнинг борлиги. Петлялар орасидаги масофа узоклашган, деворлар калинлашган, таранглашган.

Крон касаллигининг активлик даражаси алохида индекс ёрдамида аникланади [Best W. Et al., 1976].

### БЕСТ индекси. Крон касаллигининг активлик даражаси.

1. Хафта давомидаги неформмный дефекациялар сони	x 2 = .....
2. Хафта давомидаги кориндаги огрикларнинг интенсивлиги (0-грик йук; 1- энгил огрик, 2- билинарли, 3- кучли огрик)	x 5 = .....
3. Хафта давомидаги хоалти (0- яхши, 1- коникарли, 2- ёмон, 3- жуда ёмон)	x 7 = .....
4. Куйидаги формула буйича хисобланадиган тана вазнини танкислиги: 1- тананинг фактик вазни, кг тананинг керакли вазни, кг	x 100 = .....
5. Пальпация вақтида корининг тортилиши (0- йук, 2- шубхали, 5- бор)	x 10 = .....
6. Диареяни симптоматик даволашни зарурлиги (0- йук, 1- бор)	x 30 = .....
7. Гематокрит, мавжуд ва нормадаги орасидаги фарк (эркакларда норма 1, аёлларда 42)	x 6 = .....
8. Крон касаллигини бошка симптомлари (хар бир симптомнинг борлиги- 1, йуклиги-0) бугимлардаги огрик, артрит иридоциклит, увеит тугунли эритма пиодумма афтоз стоматит анал оқма, параректол абсцесс оқма ва абсцесслар бошка жойлардаги хафта давомида тана харорати 37 <sup>0</sup> С дан юкори Мусбат симптомлар йигиндиси	x 20 = .....
Активлик индексини йигиндиси	йигиндиси - п 1-8

Соглом одамларда активлик индекси 0 га тенг, катта булмаган активликда у 1 дан кам, катта активликда 1 дан куп.

**Дифференциал ташхис.** Крон касаллигини клиник симптомлари жуда куплиги сабабли тгри ташхис касаллик бошлангандан бир неча йил утгандан сунгина куйилади.

Касалликни уткир формаси бор касалларда серсиниоз ва бошка уткир ичак ва паразитар касалликларни йук қилиш керак. Крон касаллиги билан касалланган пуманал свицлари ва



ериклари, иситмаси, тугунчали эритмаси ва сабаби аникланмаган артрити бор касалликларда дифференциал ташхис утказиш керак.

Крон касаллиги билан ухшаш булган рентгенологик белгилар кур ичак ролида, корциноидда лимфосаркомада радицион энтеритта ва туберкулезли имотерлитда булиши мумкин.

Шуни эътиборда тутиш керакки корнинг патски квадратдаги огриклар аёлларда бачадон ташкарисидаги хомиладорликда, тухумдон киста, ва усмаларда булиши мумкин.

**Даволаш.** Касалликлар тулик жисмоний ва рухий тинчлик булиши керак. Бунинг учун седатив даволаш тавсия килинади.

Жараёни патологик активлик даражасига караб даволаш олиб борилади. Активлик катта булмаганда яхши эффектлари содир булганда гармонлар белгиланади ва порентерал озикланишга утказилади. Баъзи холатларда касалларга оператив чоралар зарур булади. Даволашни эффективлигини кузатиш максасида Бест индексида фойдаланиш кулай.

**Пархез.** Касаллик активлиги 1 баллдан хам булган беморларга №4 диета тавсия килинади. Ундан унга нисбатан торантлиги пасайган махсулотлар чикариб ташланади. Активлик даражаси юкори булганда (1 баллдан юкори) кисман парантерал озикланиш белгиланади. Касаллар №4 диета шлакларни йук булган махсулотлар билан олишади (парталак виосорб, сурвимед) уларнинг таркибида калта – ва урта занжирли ёглар осон кабул килинади оксиллар булади. Препаратлар дозаси калорияга булган мухтожликга боглик булган. Кабул килишни кичик дозалардан бошлаш керак. Одатда бошида бир ош кошик препарат 200 мл литр сувда эритилган холда тавсия килинади. Агар кун давомида касал бу дозани яхши кутара олса унда кунига бу дозани 3-4 марта кабул килиши мумкин. Шкалсиз озукани ёмон тъмли булгани сабабли назогастрал зонд оркали томчилаб жунатиш мумкин.

Парентериал озукани холи хам белгиланади хар куни 0 мл дан аминокислоталар эритмаси (аминосол, альвезин) 1-1,5 литр микдорида 10 % глюкоза эритмаси кунига 0 мл дан ёгли эмульсиялар (интралипид, липофундит).

Сурилишни бузилиши синдромида ва ингичка ичак жарохатланганда ёгда эрувчи витаминлар фоливая кислота ва В<sub>12</sub> тавсия килинади. Уларга Fe, K, Mn, Zn препаратларини кушимча килиш керак. Ишта ёмон булганда агар ингичка ичакда сурилиши бузилмаган булса кисман энтерал озукани берилади.

Касалларда ингичка ичакнинг 100 мл ли резекцияларидан сунг стеаторея пайдо булади, ут кислоталарини сурилишини бузилиши натижасида бундай холларда ёг микдори кам булган диет тавсия килинади. Кушимча килиб урта занжирли тугунчалар буюрилади, бунга сабаб улар ут кислоталарни сурилишини талаб килмайди.

Крон касалликни даволашда яллигланишга карши хусусиятга эга булган препаратлар, антибиотиклар ва симптоматик воситалар кулланилади.

**Яллигланишга карши воситалар:** сульфасалазин, писалазин (солофальк) ва кортикостероидлар.

**Сульфасалазин** – яллигланиш жараёни йугон ичакда ва имоцекал сохада жойлашганда, унинг активлиги катта булмаганда (1 баллдан оз) эффектив хисобланади. Препаратни 3-6 ч/сут, 2 хафтага белгиланади. Яллигланиш жараёндари камайиши билан суткаси дозани 1-1,5 г гача камайтиради.

Доза билан боглик муаммолар (иштаха йуколиши, кунгли айниши, бош огриши) дозани камайтириш билан йукотилиши мумкин.

Аллурия, иситма, тери тошмалари сингари ножуя таъсирларни проблар утказиш билан олди олинади. Лекин агранулоцитоз, массив гемолиз, гепатит ва упкадаги асоратлар каби асоратларни олдини олиш мушкул.

Месалазин (салофалья, лисакол, солозинал) таблеткасини сувда эрувчи кобиги 15-30% 5-АСК борлиги сабабли у ёнбош ичакда эрий бошлади. Асосий актив кисми (60-75%) таблеткадан йугон ичакда ажралади.

Йугон ва ингичка ичакнинг дистол кисмидаги Крон касаллигини рецидивларини частотасини камайтириш учун салофальс кулланилади. Аччик ичакдаги жойлашувига эса пентаса кулланилади.

Юкори активликда (1 баллдан юкори) 5- АСК препаратларидан фойда булмаса хам преднизалон кулланилади.

**Преднизолон** – Крон касалиги ингичка ичакда содир булганда фойда беради. Касаллик уртага огир ва огир кечаётган беморларга бериледи.

Кунлик дозаси касалликни огирлашигига боглик булиши керак, яна тана вазнинига 1,0 мг/кг булиши керак. Кортикостероидлар огир холатларида катта дозаларда томир ичига жунатилади. Агар Крон касаллиги тугри ичакда жойлашгана булса, кортикостероидлар клизма шаклида хар куни 2 мартадан жунатилади.

Кортикостероидлар билан узок даовлаш натижасида системали асоратлар ва ножуя таъсирлар пайдо булади- диабет, артериал гипертнезия, остеопороз, кон кетиш, 3-4 хафтадан сунг препарат дозасини хафтасига 5 мг килиб камайтирилади.

5- АСК сульфасолазин ва преднизалон препаратлари билан даволаш узок вакт давом этиши керак, каса стационалардан чиккандан сунг поликлиника терапевти кузатувида давом эттирилади. Ойлар давомида бемор кабул килиши мумкин булган минимал суткалик дозалар: лисазлазин- 0,5-1 г, сульфасолозин- 1-1,5 г; преднизолон 5-10 мг.

Буденофальк асосан чамбар ва енбош ичакдаги енгил ва урта огриклардаги уткир боскичидаги Крон касаллигида тавсия килинади, ошкозон ва ингичка ичакнинг юкори кисмларидаги Крон касаллигида кулланилмайди. Бугим, куз, теридаги касалликда хам таъсир килинмайди, чунки у махалий таъсирига эга.

**Антибиотиклар.** Иккиламчи инфекция кушилганда, йирингли асоратлар пайдо булганда, корин бушлигида инфилтрат хосил булганда касалга антибиотиклар тавсия килинади.

Хар бир 4-6 соатда мускул еки томир ичига 0,5-1г дозоларда ярим синтетик пенициллинлар (ампициллин, пентрессия) кулланилади. Огир диабактериоз пайдо булиш хавфи борлиги учун даволаш курси 2 хафтадан ошмаслиги керак. Бир вақта кунига 1-1,5 г дн метронидазол хам куллаш мумкин.

Метронидазол Крон касаллигида эффектив альтернатив дори хисобланади: айникса куп вактларда у перионал, имоцекал кисмларда, йугон ичакда жойлашганда кулланилади.

Метронидазол дозаси суткасига 10-20 мг/ кг ни ташкил килади. Лекин яхши кучли таъсир 4-6 хафтадан кейин сезилади. Препарат организмга ёмон таъсир курсатмайди, лекин узок вакт кулланилганда парестезия каби ножуя таъсир пайдо булади, дори кабул килиш тухтатилганда одатда йуколиб кетади.

**Симптоматик воситалар.** Огрик, диарея вактида симптоматик восита сифатида дифеноксилат, имодиум ва кодеин фосфат кулланилади. Имодиум томчиларда кунига 1-2 марта 25 томчидан ёки капсулада кунига 2-3 марта 2 мг дан кулланилади. Фосфат кофеин кунига 3-4 махал 0,015 г дан.

Шуни эътиборга олиш керакки юкорида санаб утилган дорилар чиакдаги босимни ошириб юборишади, шу сабабли хавфли хисобланади, чунки токсик дилотацияни ёки ичак перфорациясини келтириб чикариши мумкин. Шунинг учун касалликни уткир даврида бу дориларни куллаб булмайди. Уларни факат стационар даволашни охирги боскичларида ремиссия вактида амбулатор шароитларида симптоматик восита сифатида куллаш мумкин.

Агар ичак тутилишини белгилари йук булса, диареяни камайтириш максатида смекта ёки олма гель куллаш мумкин. Касалларда ёнбош ичакнинг катта жарохатларида ёки унинг резекциясидан сунг хам стиралин тавсия килинади, у йугон ичакда сув ва электролит секрециясини чикарувчи ут кислоталарини боглайди.

Препаратни кунига 3 махал овкатдан 40 минут олдин 1 чой қошиқдан сув билан кабул килинади. Даволаш курси 7 кундан 14 кунгача.

Ёнбош ичак жарохатланганда В<sub>12</sub> – танкислик анемияси пайдо булиши хавфи тугилади., олдини олиш максатида хар 6-8 хафтада мускул ичига 600 мкг ционокоболалин жунатилади.

**Кулловчи даво.** Крон касаллигини ремиссияси бошланганда кортикостероидлар тухтатилади. Дорилар қабул қилишни секин 1 маромда тухтатиш керак (хар 14 кунда 2,5-5 мг куп эмас) ва кулловчи даволашга қолдирилади (хар куни 5-15 мг преднизолон) ой- йил давом этади.

**Рецидивлар профилактикаси.** Хамма касалар гастроэнтерологни динамик кузатувида булишлари керак, улар доимий даволашга мухот булишади, патогенетик ва симптоматик таъсирга эга булган препаратлар билан даволаш зарур. Профилактика симптоматик воситалар билан амалга оширалади.

Сурункали диареяни даволаш учун узок вақт давомида холитирамин қабул қилиш керак. Бундай ҳоларда одатда сувли диарея тухтатиб қолади. Шу вақтнинг узида холитираминни узок вақт қабул қилиш натижасида стеаторея ҳосил булади бунга мицеллолар пайдо булишида ут кислоталарни иштирок этмаслиги сабаб булади.

**Прогноз.** Уткир грануломатозли имитдон кичик тулик тузалишга эришиб булмайди. Исриниозли имитдан сунг тузалиши мумкин.

Сурункали Крон касаллиги ҳаёт давомидаги қайталаниб туради. Буйнинг усмай қолиши кузатилмайди, агар касаллик ёки янаям кечроқ пайдо булса. Ичакнинг жарохатланган қисмини резекциясидан сунгги рецидивлар, операция қилинмаган касаллардагига нисбатан ҳам урчайди. Ичак тугилиши ичак перфорацияси, сепсис, оизб кетиш ёки ичак ракиннинг пайдо булиши қаби асоратлар прогнози қийнлаштиради.

**4 – мавзу: Гепатомегалияда қиёсий ташхислаш. УАВ тактикаси.  
Гепатит ва циррозларни замонавий даволаш услублари ва  
профилактикаси.**

**4.1.Таълим бериш технологиясининг модели**

Машғулот вақти – 2 соат	Талабалар сони : 18-36 гача
Машғулот шакли	Кириш-ахборотли маъруза.
Маъруза режаси	Гепатомегалия тушунчаси, унинг сабаблари Гепатомегалия билан кечувчи касалликлар Гепатомегалия турлари, уларнинг диагностикаси Вирусли гепатитлар, диагностикаси Аутоиммун гепатитлар, диагностика Гепатитларнинг давоси ва диспансеризацияси Жигар циррози, сабаблари, диагностикаси Жигар циррозини даволаш принциплари Гепатомегалияда УАВ тактикаси
Ўқув машғулотнинг мақсади:	Гепатомегалия синдромини ташхислашни урганиш ва гепатомегалия синдроми билан кечувчи касалликларни қиёсий ташхислашни урганиш
Таълим бериш воситалари	Ўқув қўлланма, дарслик, маъруза матни, проектор, компьютер
Машғулот услуби	Ахборотли сухбат, маъруза ва х.к.
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория.
Мониторинг ва баҳолаш.	Оғзаки назорат: савол – жавоб.

**4.2. Маъруза машғулотининг технологик картаси**

<b>Иш босқичлари ва вақти.</b>	<b>Таълим берувчи</b>	<b>Таълим олувчилар</b>
Тайёргарлик босқичи (10 дақиқа)	1. Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2. Кириш маърузаси учун тақдимот слайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	Талабалар
1. Мавзуга кириш (15 дақиқа)	1. Мавзу мақсади ва вазифаси билан таништиради 2. Мавзу бўйича саволлар беради.	Тинглайдилар Талабалар берилган саволларга жавоб берадилар
2. Асосий босқич (55дақиқа)	1. Мавзунини тушунтириб беради, слайдлар намойиш қилиш 2. Кўргазмалар плакатлардан фойдаланади	Тинглайдилар Тинглайдилар
3. Якуний босқич (10 дақиқа)	1. Якунловчи хулоса қилади 2. Мустақил иш беради 3. Уйга вазифа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади
Жами 90 дақиқа (2соат)		

## Маъруза матни

Гепатомегалия – жигар улчамларининг катталашуви булиб, клиник жихатдан у куйидаги бир канча касалликларнинг сабаблари булиши мумкин.

Гепатомегалия сабаблари:

- Жигарнинг ёгли дистрофияси (гепатозлар)
- Уткир ва сурункали гепатитлар
- Жигар циррози
- Жигар фибрози
- Жигар кисталари
- Жигар паразитар касалликлари (эхинококкоз ва альвеококкоз)
- Жигар усмалари
- Унг қорича етишмовчилиги

Сурункали гепатит – 6 ойдан купрок давом этадиган жигарнинг полиэтиологик диффуз яллигланиш жараёни билан характерланади.

(Рим, 1988; Лос-Анджелес, 1994 –гастроэнтерологларнинг Европа ва Бутунжаҳон конгресслари)

Тарқалиши ҳар 100 000 аҳолига -60 кишини ташкил қилади. Катта ёшли аҳоли орасида 5%ни ташкил қилади. □Сурункали гепатитлардан улим 15-25%ни ташкил қилади. Дунёда 300 000 000 дан ортик гепатит В вирусини ташувчилар бор.

### Лос-Анджелес классификацияси 1994 йил

#### α1-антитрипсин етишмовчилиги натижасида келиб чиқадиган жигарнинг сурункали касаллиги

Этиологияси	Активлик даражаси	Фиброз даражаси
1. Сурункали гепатит В	Минимал активликдаги сурункали гепатит	Фиброз йук
2. Сурункали гепатит С		Суст ривожланган фиброз
3. Сурункали гепатит D		
4. Сурункали аутоиммун гепатит	Суст ривожланган активликдаги сурункали гепатит	Уртача ривожланган фиброз
5. Дорили гепатит		Огир даражали фиброз
6. Криптоген гепатит	Уртача ривожланган сурункали гепатит	Жигар циррози
	Огир даражали сурункали гепатит	

Оксил метаболизмнинг аутосом-рецессив типдаги бузилишига олиб келадиган кон зардобида α-антитрипсин ферментининг етишмовчилиги натижасида келиб чиқадиган жигарнинг сурункали касаллиги ҳисобланади.

#### Сурункали гепатит В

Уткир ВГВ соғлом одамлар орасида 5-10% ҳолатларда сурункали формага утади.

Иммунитетида узғариш булган одамлар орасида бу курсаткич 20-% ни ташкил қилади.

Сурункали гепатитнинг 30-40% и жигар циррозига утади.

Диагностикаси:

Кон зардобида гепатит В вирусининг маркерлари:

HBsAg – юза (superficialis) оксил-антиген;

HBsAg (HBcoreAg) – факат гепатоцитлар ядросида жойлашадиган ва конда аникланмайдиган антиген аникланади.

**Сурункали гепатит D** Сурункали гепатит D вирусли гепатит B маркерлари ташувчилар уткир вирусли гепатит D билан касалланган пайтида суперинфекция курунишида кечади. HDV-нинг сурункали формага утиш частота 60-70% ни ташкил килади.

Сурункали гепатит D циррозоген хусусияти купрок (14-15%), ва ВГВ га нисбатан 10-15 олдин ривожланади. ВГД огир утади, ракка айланиш эхтимоли камрок, чунки леталлик курсаткичи юкори, купчилик беморлар касаликнинг ракка утгунига кадар яшамайди.

Иммунология: Т-супрессорлар сони камайди, иммуноглобулинлар микдори ортади. Кон зардобади анти-HDV IgM топилади.

Морфология: некроз, лимфоид инфильтрация.

УЗИ и радиоизотоп текшириш жигар ва талокнинг диффуз катталашуви **Сурункали гепатит C** Уткир вирусли гепатитнинг сурункали формага утиши 75-80%ни ташкил килади.

Дунёда HVC билан инфекцияланган кишилар ахолининг 10% ни ташкил килади. □ Сурункали гепатит C купинча латент ва симптомсиз кечади. Циррозга утиши 20-25%, гистологик текширувларда % . Белгилари чарчаш иштаха пастлиги ва ориклаш

Иммунология: Т-супрессорларнинг камайиши, иммуноглобулинлар ва конда айланиб юрувчи иммун комплекслар ошади. HCV-инфекция маркерлари: HCV-РНК, анти-HCVcore IgM топилади.

УЗИ ва радиоизотоп текширувда гепатоспленомегалия аникланади.

### **Сурункали вирусли гепатитларнинг диагностик критерийлари (B, C, D)**

#### **Цитолитик синдром**

А) Клиник белгилари

Иситма, ориклаш, жигар хиди келиши, тери ва склера саргайиши

Б) Лаборатор белгилари

трансаминазаларнинг ошиши (АлТ, АсТ), албумин ва протромбин камайиши, билирубиннинг ошиши

#### **Мезенхимал-яллигланиш синдроми □**

А) Клиник белгилари:

иситма, артралгия, васкулит, спленомегалия, лимфоаденопатия

Б) Лаборатор белгилари:

γ-глобулин, иммуноглобулин А, М, G, LE – хужайра пайдо булиши

#### **Холестатик синдром**

А) Клиник белгилари:

сариклик, тери пигментацияси, тери кичиши, ксантелазма,

Б) Лаборатор белгилари:

холестерин, билирубин (конюгирланган), ишкорий фосфатаза

#### **Геморрагик синдром**

А) Клиник белгилари:

терида геморрагиялар, милкдан ва бурундан кон кетиши

Б) Лаборатор белгилари:

тромбоцитопения, кон ивиш факторлари синтези камайиши

#### **Астеновегетатив синдром**

Тез чарчаш, холсизлик, ориклаш, иш кобилиятининг пасайиши, невроз ва ипохондрия белгилари

#### **Диспептик синдром**

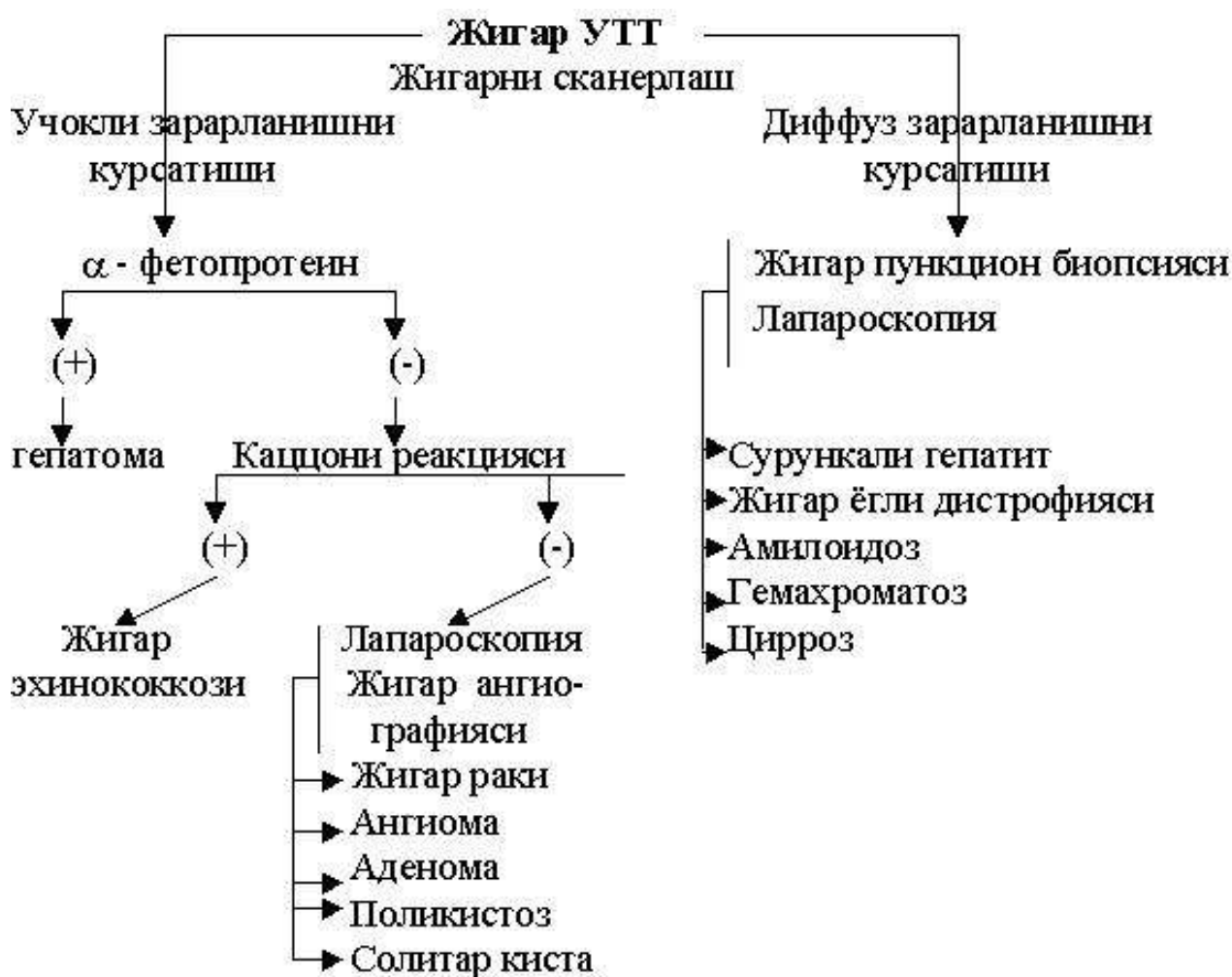
Кунгил айниши, иштахасизлик, эпигастрал сохада огрик, кекириш, корин дам булиши, кабзият.

**Аутоиммун гепатит** Аёлларда куп учрайди 1:3 нисбатда, ёш буйича 10-30 ёшда куп учрайди.

**Аутоиммун гепатитнинг диагностик критерийлари**

- ✓ кучли астено-вегетатив белгилар.
- ✓ сариклик.
- ✓ геморрагик тошмалар.
- ✓ гепатоспленомегалия.
- ✓ жигар хужайра етишмовчилиги
- ✓ лимфа тугунларнинг катталашуви жигардан ташкари аутоиммун зарарланишлар (пневмонит, васкулит, ярали колит, гломерулонефрит, тиреоидит, миокардит, артралгия, синдром Рейно, синдром Шегрена, эндокрин бузилишлар).
- ✓ урта ёшдаги аёллар куп касалланади.
- ✓ анемия, тромбоцитопения, лейкопения, СОЭнинг жуда баланд булиши.
- ✓ жигар хужайра етишмовчилиги, цитоллиз, ва яллигланиш белгиларининг яккол намоён булиши.
- ✓ Т-супрессорларнинг конда ошиши зардобда антителлар аникланиши: (ANA), (анти-LKM), (SLM), (SLA) (LP), (LM).
- ✓ HLA A1, B8, DR3 ва DR4.нинг аникланиши
- ✓ глюкокортикостероидлар ва иммунодепрессив терапиянинг самарадорлиги. вирусли гепатит маркерларининг йуклиги.

**Жигар катталашуви булган беморларни текшириш дифференциал диагностика дастури**



Жигар соҳасига физиотерапия мумкин эмас.

**Диета стол № 5** - оксил –100 г, углевод – 4 г, ёғлар - 80 г. Ёғсиз гушт маҳсулотлари (куён, товук, балик гушти) овқат кичик порцияларда 4-5 марта.

Вирусга қарши препаратлар

✓  $\alpha$ -интерферонларни қуллаш керак,– интрон А, реаферон, роферон ва б. Интрон 5 млн МЕ дан ҳафтада 5-7 марта ёки или по 10 млн МЕ дан ҳафтада 3 марта, даво курси 4-6 ой. дори воситаси мушак орсига ёки тери остига юборилади

✓ Реаферон 3 млн МЕдан ҳафтада 3 марта 3-4 ҳафта давомида

✓ Видарабин – суткасига 7,5-15 мгдан 3 ҳафта давомида

✓ Рибавирин - суткасига 1000-1200 мг (2 марта ичиш учун) 3-4 ҳафта давомида

**Самарали даволанганлик критерийлари**

➤ гепатита В маркерларининг йуқолиши;

➤ конда трансaminaзаларнинг нормаллашуви

➤ жигар гистологик картинасининг яхшиланиши

**Қарши курсатма**

✓ декомпенсация босқичидаги жигар циррози

✓ қандли диабет

✓ оғир буйрак упка ва юрак қон-томир касалликлари

✓ алкоғолизм.

**Иммунодепрессив терапия**

1. Глюкокортикостероид препаратлар.

2. Ногормонал иммунодепрессантлар (цитостатиклар).

✓ Преднизолон бошланғич дозаси суткасига 20-30 мг дан 3-4 ҳафта кейинчалик дозаси ҳар 7-10 кунда 2,5 мгдан қамайтириб борилади

✓ Глюкокортикоидлар ва цитостатиклар комбинацияси - преднизолон азатиоприн билан бирга берилади. преднизолон 15-25 мг ва азатиоприн -100 мг суткада, кейинчалик саклаб турувчи дозаси 10 мг ва мг. Деллагил – иммунодепрессив препарат 0,25–0,5 мг дан 10-15 мг преднизолон билан бирга берилади. Кейинчалик преднизолон 5 мг гача қамайтирилади ва охирида фақат деллагил берилади. Курс давомийлиги 1,5 - 6 ой

**Диспансеризация**

1 йилда 4 марта курик

Гастроэнтеролог и онколог куриги курсатма билан.

Функционал проблар (билирубин, холестерин, АЛТ, АСТ, умумий оксил,) 1 йилда 1 марта

УЗИ, маркерларни текшириш – курсатма билан

**Жигар циррози**

Жигар циррози – жигарнинг сурункали диффуз, полиэтиологик ушиб боровчи касаллиги булиб, гепатоцитлар сонининг қамайиши, ушиб боровчи фиброз, жигар цитоархитектоникаси ва ангиоархитектони-қасининг бузилиши ва оқибатда жигар етишмовчилиги ва портал гипертензия келиб чиқиши билан характерланадиган патологик ҳолат.

**Этиологияси**

✓ Вирусли гепатитлар

✓ Сурункали алкоғол интоксикацияси

✓ Моддалар алмашинувининг генетик бузилиши ( $\alpha_1$ -антитрипсин, галактозо-1-фосфат-уридилтрансфераза, амила-1,6-глицозидаза еишмовчилиги)

✓ Гемохроматоз ва гепатоцеребрал дистрофия

✓ Химиявий токсик моддалар ва дори воситалари

✓ Жигардан ташқари ва жигар ут йуллариининг обструкцияси

✓ Жигарда узок веноз димланиш



## **Жигар циррози классификацияси** (А. С. Логинов, Ю. Е. Блок, 1987)

Этиологик вариантлари

Морфологик вариантлари (макро ва микронодуляр)

Портал гипертензия стадиялари

Жигар хужайра етишмовчилиги боскичлари

Активлик фазалари

Кечиши

Асоратлари курсатилиши керак

### **Жигар циррози асоратлари**

- Жигар комаси ва энцефалопатия
- Кизилунгач ва ошкозон веналаридан профуз кон кетиш
- Гемороидал веналардан кон кетиш
- Дарвоза венаси тромбози
- Иккиламчи инфекция кушилиши (пневмония, сепсис, перитонит).
- Усиб борувчи ЖХЕ.
- Жигар ракига трансформацияси

### **Даволаш уз ичига олади:**

Этиологик даво (вирусга карши воситалар)

Даво режими

Диетатерапия.

Гепатоцитлар метаболизмни ошириш.

Аутоиммун жараёнларни секинлаштириш (патогенетик даво).

Преднизолон бошлангич дозаси 15-20 мг, юкори активликда – 20-25 мг. Максимал доза 3-4 хафтада бошланади. Преднизолон дозаси аста-секин камайтирилади, хар 14 кунда 2,5 мг дан 1,5-2,5 ойдан кейин саклаб турувчи дозага (7,5-10 мг) утилади. Даво давомийлиги 3 ойдан бир неча йилгача. Аутоиммун циррозда преднизолон 30-40 мг дан бошланади.

фуросемид (лазикс), 40 мгдан бир марта хафтада 2-3 марта, хар куни 100-1 мг альдактон билан бирга бериледи.

Дезинтоксикацион терапия АКБ ва пульс назорати остида бериледи (1-1,5л суткасига) 5%ли глюкоза ва 0,9% натрий хлорид

Дарвоза венасига босимни камайтириш учун нитропрусид натрий (нанипрус) бериледи

### **Госпитализацияга курсатма:**

1. Кизилунгач ва гемороидал веналардан кон кетганда
2. Жигар комаси ва энцефалопатияси
3. Биринчи марта пайдо булган асцит
4. Амбулатор даво фойда бермаса

### **Диспансеризация**

УАВ врачл томонидан 1 йилда 4 марта курилиши керак.

Курсатма билан гастроэнтеролог, нарколог, невропатолог, инфекционист куриги

Умумий кон анализи, биохимиявий анализлар 1 йилда 2 марта, курсатма булганда купрок

Жигар УЗИ текшируви 1 йилда 1 марта

## 5– мавзу: Сарикликда қиёсий ташҳислаш. УАВ тактикаси.

### 5.1. Таълим бериш технологиясининг модели

Машғулот вақти – 2 соат	Талабалар сони : 18-36 гача
Машғулот шакли	Кириш-ахборотли маъруза.
Маъруза режаси	Талабаларни сариклик синдроми билан кечадиган касалликлар билан таништириш. Айнан жигар фаолиятининг фундаментал асосларидан бошлаб, пигмент алмашинуви, сарикликнинг келиб чиқиш сабабларини тушунтириш; Сариклик синдромида қиёсий ташхисотни аниқлаш; Сариклик синдромидаги УАВ тактикаси;
Ўқув машғулотнинг мақсади:	Сарикликнинг келиб чиқиш сабаблари, сариклик синдромида қиёсий ташхисотни аниқлаш ва УАВ тактикаси; Сарикликнинг асосий турлари ва таснифини тушунтириш; Сарикликнинг келиб чиқиш сабаблари, патогенези, таснифи, клиник куралишлари ва даволаш принципларини тушунтириш.
Таълим бериш воситалари	Ўқув қўлланма, дарслик, маъруза матни, проектор, компьютер
Машғулот услуби	Ахборотли сухбат, маъруза ва х.к.
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория.
Мониторинг ва баҳолаш.	Оғзаки назорат: савол – жавоб.

### 5.2. Маъруза машғулотининг технологик картаси

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёргарлик босқичи (5 дақиқа)	1. Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2. Кириш маърузаси учун тақдимот слайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
1. Мавзуга кириш (15 дақиқа)	1. Мавзу мақсади ва вазифаси билан таништиради 2. Мавзу бўйича саволлар беради.	Тинглайдилар Талабалар берилган саволларга жавоб берадилар
2. Асосий босқич (55 дақиқа)	1. Мавзунини тушунтириб беради, слайдлар намойиш қилиш 2. Кўргазмалар плакатлардан фойдаланади	Тинглайдилар Тинглайдилар
3. Яқуний босқич (10 дақиқа)	1. Яқунловчи хулоса қилади 2. Уйга вазифа беради	Тинглайди Ёзиб олади
4. мустақил таълим учун топшириқлар (5 дақиқа)	Мустақил иш беради	Ёзиб олади
Жами 90 дақиқа (2 соат)		

## Маъруза матни

### Кириш.

Жигар касалликлари бир неча асрлардан буён бутун дунё олимлари, табиблари ва мутафаккирларини кизиктириб келмокда. Бу борада килинган куп изланишлар, чукур текширишлар хозирги кунга келиб уз меваларини бермокда. Буюк тиббиёт олимлари Гиппократ, Гален, Абу Али ибн Синолар уз асрларида жигар касалликлари хакида куп ёзиб колдирганлар.

Асримизнинг 60-70 йилларига келиб гепатология фани алохида ажралиб, унинг морфологик ва иммунопатогенетик йуналишлари юксалиб кетди. Рационал терапия ишлаб чикариш учун зарур булган маълумотлар жигар биопсия тукумасини урганганда гистокимиявий, гистоэнзимологик натижа-ларга асосланмокда. Бу эса уз навбатида сариклик патогенезида гепатоген концепцияни изохлашни, холестазда жигарда структур компонентларни узгаришини, фиброз, коллагеноз жараёнлари, жигарнинг токсик ва меди-каментоз зарарланиш холатларини, гипоксия холатида жигарда циркулятор бузилишлари ва экскретор функциясининг бузилишларини кузатиш учун катта йул очиб берди.

1970 йилларга келиб гепатология сохасида иммунопатогенетик концепция тулик тасдикланиб ва у асосида жигар касалликларини ташхислаш ва даволашнинг янги усуллари ишлаб чикилди. Бу усуллардан гемосорбция, гемокарбоперфузия, дориларни трансумбикал юборишга катта ахамият бе-рилмокда. Бундан ташкари замонавий гепатологияда жигар структураси ва функциясининг организмнинг бошка касалликларида зарарланиши, хусусан юкумли касалликлари, сил касаллиги, коллагенозларда урганишга кара-тилган.

**Жигарнинг анатоми – физиологик хусусиятлари.** Жигар - инсон танасининг ягона ва энг катта аъзоларидан бири булиб, овкат хазм килиш, моддалар алмашинуви, зарарсизлантириш, кон хосил килиш ва бошка бир канча жараёнларда иштирок этувчи мухим ахамиятга эга орган.

**Анатомияси:** - жигарнинг огирлиги ёшга боглик холда булиб, катта ёшдаги одамларда 1300-1800 гр. гача етади. Чакалоқдаги ва 1 ойлик болаларда жигар корин бушлигининг  $\frac{1}{2}$  ёки  $\frac{1}{3}$  кисмини ташкил килади.

Жигар корин парда билан хамма томондан уралган аъзо булиб, факат дарвозаси ва орка юзасининг бир кисми бундан мустасно. Жигар паренхимаси юпка глиссон капсуласи билан уралган.

**Склетотопияси:** - жигар гипохондрал сохада диафрагманинг бевосита остида жойлашган булиб, унинг маълум бир кисми урта чизикдан чапга утиб туради. Орган ёки тана аъзо суякларига нисбатан аник жойлашишига эга. Юкори чегараси меъёрий нафас чикарганга, унг - L. medioclavicularis буйича 4 – ковурга оралигига тугри келади, чап - жигар булагининг юкори чегараси L. parasternalis sinistra буйича 5- ковурга оралигига тугри келади. Жигарнинг юкори кирраси бир оз кийшик холатда туради, яъни унг томон 4 - ковургадан то чап томон 5 - ковурга тогаигача келади. Жигарнинг олдинги пастки чегараси унг урта култик чизиги буйича 10-ковурга оралигига тугри келади. Жигарнинг олдинги киргогининг аниқлаб билиш жуда куп касалликларда катта ахамиятга эга. Жигарнинг орка юкори чегараси 9-кукрак умурткасининг пастки киррасига, пастки чегараси эса 11-умуртканинг уртасига тугри келади. Жигарнинг жойлашиши тана холатининг узгариши билан боглик. Масалан: тананинг вертикал холатида жигар бир оз осилиб пастга тушади. Горизонтал холатга эса у кутарилади. Чукур нафас олганда жигарни пайпаслашимиз мумкин. Энг мухими алохида ахамият беришимиз мумкин булган холатлардан яна бири бу тананинг саггитал текислигига нисбатан жигарнинг кай холатда жойлашишидир: 2 хил жойланиш тафовут килинади:

1. Унг томонлама жойлашиши
2. Чап томонлама жойлашиши

Унг томонлама жойлашишида жигар вертикал холатни эгаллайди. Унг булагини нисбатан катта булади, чап булагини нисбатан кичик булади. Айрим холларда орган чап томонга утмай

колади. Унг томонлама жойлашишида жигар горизонтал текисликда ётади, чап булаги нисбатан ривожланган булади.

**Жигар сегментлари:** - ташки куринишига караб жигар бир-бирига тенг булмаган иккита: чап ва унг булакларга булинган. Бу иккита булакни уроксимон бойлам ажратиб туради. Бунинг ташкари квадрат ва думли булаклари ажратилади.

Квадрат булаги, думли булаги, ут пуфаги ва дарвоза венаси стволи жигар остида Н харфига ухшаш харфни хосил килади. Жигарнинг вицерал юзасида, ут пуфаги чукурчасида, ут пуфаги жойлашган. Чукур жойлашган кундаланг эгатда эса жигар дарвозаси жойлашган. Жигар дарвозасидан жигар артерияси, портал вена, нервлар кириб, жигар ут йули лимфа йуллари чикади. Жигарнинг кон билан таъминланиши, иннервацияси, лимфа айланиши ва ут ишлаб чикариш системасига караб, у сектор ва сегментларга булинган.

Жигар ички архитектоникасига биноан жигар 2 та булак – унг ва чап; 5 та сектор ва 8 та сегментдан иборат. **Сегмент** - деб жигар дарвозаси атро-фидаги радиусида жойлашган сохага айтилади, жигар дарвозаси билан боглик булмаган алохида сохалар эса **сектор** дейилади.

**Жигарнинг кон билан таъминланиши:** Кон 2 та томирдан келади. - Дарвоза венасидан: коннинг  $\frac{2}{3}$  кисми

- Жигар артериясидан коннинг  $\frac{1}{3}$  кисми

**Ут ажратиш системаси:** Бунинг бошланиш жойи хужайраларо ут каналчалари икки ва ундан ортик гепатоцитнинг полюсида ишлаб чикарилади. Ут каналчалари уз деворига эга эмас. Бу вазифани гепатоцит плазматик мембранаси бажаради. Хужайраларо ут йуллари жигар булакчаси перифериясида кушилиб. перилобуляр ут йулларини, терминал дуктула холангиолаларни хосил килади. Улар терминал пластинкадан утгач перипортал зонада булакчаларо ут йулларига утади (дукти, холанге) олдинги перилобуляр ут йуллари кубсимон хужайралардан иборат булса, булакчаларо ут йуллари бириктиривчи тукимадан иборат, каттарок томирлари эса силлик мушаклардан хам тузилган. Жигарнинг пастки кисмида кундаланг эгатдан унг ва чап ут йуллари бир бирига кушилиб умумий жигар ут йулини хосил килади. Бу эса уз навбатида ут йуллари билан кушилиб умумий ут йулларини хосил килади. Унинг узунлиги 8-12 см. ни ташкил килиб, ун икки бармокли ичакнинг катта сургичига очилади.

**Жигар физиологияси.** Жигар организмда химиёвий гомеостазнинг марказий органи булиб, оксил, углеводларнинг алмашинувида асосий алмашинув ва энергетик асос хисобланади. Хозирги вақтда жигарнинг 0 дан ортик функцияси аниқланган булиб, шулардан - оксил, ёг, углевод, липид, фермент, витаминлар алмашинуви:

- пигмент алмашинуви
- ут ишлаб чикариш
- детоксикацион функцияси ва бошқалар

Жигарда буладиган хамма жараёнлар жуда катта энергия хисобига амалга ошади. Бу энергия Кребс цикли ва нуклеотид хисобига бажарилади.

**Пигмент алмашинуви:** Жигар кон таркибидаги эритроцит гемоглобинни парчаланиши натижасида хосил буладиган билирубин алмашинувини бош-каради ва билирубин алмашинувида жигар куйидаги 3 фазани бажаради.

- Жигар хужайралари томонидан кондаги билирубиннинг ушлаб оли-ниши.
- Бу билирубиннинг глюкурон кислотаси билан богланиши.
- Богланган билирубиннинг жигар хужайраларидан ут капиллярларига утказилиши.

**Жигарнинг ташки секреция функциясига** ут ишлаб чикариш функцияси киради.

**Детоксикацион функцияси:** Бизга маълумки жигар хужайра метаболизми натижасида хосил булган турли хилдаги эндоген токсик махсулотларни ва ташкаридан тушган ёт моддаларни зарарсизлантириш хусусиятига эга.

Асосий токсик махсулотлар бу аминокислота алмашинув мах-сулотлари – фенол, крезол, скатол, индол, аммиакдир. Детоксикация реакцияси силлик эндоплазматик ретикуляр ва митохондрия ферментлари асосида амалга оширилади.

**Гепатомегалия ва унинг сабаблари.** Гепатомегалия - жигарнинг катталашуви булиб, куйидаги холатларда юзага келиши мумкин:

1. Гепатоцитларининг дистрофияси туфайли (гепатоз, тезауризмоз).

2. Лимфо - микрофагал инфильтрация (уткир ва сурункали гепатитлар).

3. Регенератор тугунлар ва фиброзлар ривожланиши (цирроз).

4. Кон димланиши туфайли (юррак етишмовчилиги, жигар веналари эндофлебити, констриктив перикардит)

5. Холестаз:

а) жигар ичи холестази - бирламчи жигар циррозида.

б) жигардан ташкари холестаз - иккиламчи билиар циррозида.

6. Учокли узгаришлар (усма, кисталар, эхинококкоз, альвеококкоз, абсцесслар).

Жигарнинг кичрайиши кам холларда кузатилади. Гепатомегалия сплено-мегалия, сариклик ва асцит билан кушилиб келади.

**Жигарнинг катталашиш сабаблари.**

- Жигар эхинококкози
- Жигар раки (бирламчи)
- Гепатома
- Холангиома.
- Жигар раки
- Жигар циррози.
- Сариксиз, субклиник гепатит.
- Жигар ёгли дистрофияси.
- Жигар кистаси.
- Жигар яхши сифатли усмаси
- Гемангиома.
- Аденома.

**Хатоликка йул куйиш мумкин булган сабаблар:**

Беморни пайпаслаб курганда унг буйрак усмаси, кундаланг ва чамбар ичак усмаси ёки катталашган ут пуфагини пайпаслаш мумкин ва уларни жигар деб нотугри хулоса килиниши мумкин. Жигар касалликларининг энг ёркин клиник белгилари бу гепатомегалия, сариклик, гипертензия ва жигар комаси.

Сариклик синдромининг келиб чикиш механизми

Сариклик конда билирубин концентрациясининг ошиши туфайли тери ва шиллик каватлар сарик ранга буялишидир. Сариклик билирубин хосил булиш тезлиги, унинг экскрецияси ва элиминацияси тезлигидан юкори булганда ривожланади. Кондаги билирубин микдори 34 - 43мл моль/л булганда тери ва склера саргайди. Склера эластинга бойлиги туфайли билирубинни тез узига сингдириб олади ва терига нисбатан тез саргайди. Сариклик табъийи ёругликда яхши куришиб, яккол сарикликда бир кисм билирубин оксидланиб биливердинга айланиши туфайли тери ранги яшилрок ранга буялади. Бу купинча жигар циррозида кузатилади. Уни каро-тинодермиядаги саргайишдан фарклаш керак. Каротинодермиянинг узи куп микдорда сабзи, ковок, манго ва папай истеъмол килганда ва гипотиреоз билан огриганда кузатилади. Склера ранги узгармайди.

**Сарикликнинг энг куп учрайдиган сабаблари:**

- Вирусли гепатит
- Ут – тош касаллиги
- Ошкозон ости беши раки
- Жигар циррози
- Панкреатит
- Дори препаратларининг ножуя таъсири.

**Сариклик билан кечувчи хавфли касалликлар:**

➤ Сурункали фаол гепатит билан касалланган беморларда кузатиладиган жигар хужайраси раки

➤ Кари ёшдаги беморларда ошқозон ости беши раки

➤ Сепсис, пневмония ва операциядан сунги холсиз беморларда паренхиматоз сариклик кузатилади

➤ Унг коворга остида огрик, сариклик ва тана харорати кутарилганда холангитга гумон килинади

#### **Киёсий ташхис:**

1. Карияларда кечадиган ут тош касаллигининг огриксиз формаси билан.

2. Жильберг ва Криглер – Найра синдроми билан. Бунда кон зардобида глюкуронил трансфераза ферменти етишмовчилиги натижасида боғланмаган билирубин хисобида сариклик келиб чиқади. Жильберг синдромида билирубин микдори 3 мг% дан ошмайди. Сариклик инфекцион касалликлар (грипп) ва очлик пайтида ривожланади. Жильберг синдромининг оқибати яхши булиб, даво талаб қилмайди. Криглер – Найра синдроми Жильбергга нисбатан кам учраб, огир кечиши билан характерланади.

3. Унг коворга остида огрик ва сариклик белгилари юрак етишмовчи-лигида ҳам кузатилади. Сурункали юрак етишмовчилигида секин-аста, уткир етишмовчилигида эса жуда тез ривожланади.

4. Дубин - Джонсон ва Ротор синдромлари – гепатоцитлар экскретор функцияси бузилиши билан кечади.

5. Гемохроматоз (кандли диабет, жигар етишмовчилиги)

6. Сурункали фаол гепатит.

7. Бирламчи билиар цирроз.

8. Бирламчи склерозланувчи холангит.

Билирубин алмашинуви

➤ Умумий билирубиннинг микдори конда 5- 17 мк моль/л булиб, шундан 96 % боғланмаган, 4 % глюкурон кислотаси билан боғланган билирубин булади.

➤ 80% билирубин эритроцитлар парчаланишидан хосил булади. Эрит-роцитлар макрофаглар томонидан парчаланиб, хосил булган гем оксидланиб, темир сарфланиб билирубин биливердинга айланади.

➤ Жигарда билирубин метаболизми 3 фазада кечади: камраб олиш, конъюгация ва ут билан экскрецияси.

➤ Билирубин алмашинувининг ичак фазасида - боғланган билирубин ут билан 12 – бармокли ичакка тушади, узгармаган билирубин ёки бактериялар таъсирида уробилиногенга айланиб ахлат билан чиқарилади. Уробилиноген ингичка ичак ва йугон ичакда сурилиб, дарвоза венасига тушади. Уробилиногеннинг бир қисми жигарда сакланиб, бир қисми ут билан қайта ичакка тушади. Қолган қисми сийдик билан чиқарилади. Нормада уробилиногеннинг сийдик билан экскрецияси 4 мг / сут ошмайди.

Билирубин алмашинуви бузилиши механизмига караб:

✓ хосил булишнинг бузилиши,

✓ камраб олишнинг бузилиши,

✓ конъюгациянинг бузитлиши,

✓ ут билан экскрецияси бузилиши тафовут килинади.

Сариклик этиологиясига караб ҳам таснифланади:

- гемолитик

- паренхиматоз

- механик

Бу тасниф тасдиқланган булса ҳам, одатда сариклик ривожланишида бир нечта механизм иштирок этади Масалан: жигар циррозида гепатоцитлар функцияси бузилганда гемолиз кузатилади (паренхиматоз сариклик).

Билирубиннинг камраб олиш фазаси бузилиши: эркак папоротник экстракти ишлатилганда ва Жильберг синдромида кузатилади.

### **Билирубин конъюгацияси бузилиши:**

Билирубиннинг ут билан экскрециясининг бузилишида кон зардобда бог-ланган билирубин концентрацияси ошади ва билирубинурия кузатилади.

**Холестазага сабаб булиши мумкин:** Хлорпромазин, анаболик стероидларни кабул килганда, алкогольли гепатит ва жигар ёгли дистрофиясида, хомиладорликнинг уч ойлигида (хомиладорлик холестази), операциядан кейин, яхши сифатли рецидивловчи жигар ичи холестазида, Дубин - Джонсон ва Ротор синдромида, вирусли ва аутоиммун гепатитларда кузатилади.

**Ут йуллари обструкцияси.** Конда, ут йулларининг жигардан ташкари обструкциясида богланган билирубин ошиб, яккол билирубинурия булади ва ахлат окаради. Бунда билирубин микдори 5- 680 мкмоль/л ёки 30 мг% га, босим эса 2 мм.см. уст.га ошади. Бу билирубиннинг ут билан экскрециясини бузиб, сариклик ривожланишига сабаб булади.

**Дори воситаларидан кейинги сариклик:** метилдофа, салицилатлар, тетрациклин, МАО ингибиторлари, яллигланишга карши ностероид воситалар, сульфаниламидлар купинча сарикликни келтириб чикаради. Масалан: гепатоксик препаратларини кабул килганда холестаза, гепатоцитлар некрози, гранулёмалар хосил булиши кузатилади. Узок вақт кабул килинганда сурункали фаол гепатит, жигар циррози, жигар раки ва окклюзион вена синдромларини келтириб чикаради. Баъзи препаратлар (метилдофа) гемолизга олиб келади. Гемолитик анемияда сариклик ва гемоглобин микдори камаяди, ахлат ва сийдикда узгариш кузатилмайди. Гемолиз куриниши хар хил булиб, асосан огир гемолитик кризлар куринишида кечади.

Гемолитик анемия тугма ва орттирилган булади. Тугма гемолитик анемия (микросфероцитоз, талассемия) куп учрайди. Эритроцитлар хаётийлигининг кискариши ва спленомегалия – гемолитик анемияда кузатилади. Гомосексуализм, наркомания сариклик билан кечувчи касалликлар хавфини оширади.

### **Гепатомегалия билан кечадиган касалликлар. Уткир гепатит.**

Хозирги вақтда уткир вирусли гепатитнинг купгина турлари аникланган: А, В,С,Д, Е,Ф ва бошқалар. Улар куп холларда хеч кандай субъектив белгиларсиз утиши мумкин. Бундай холатларда жигарнинг катталаниши энг асосий ва ягона клиник белги булиши мумкин.

**Эпидемиология.** Бемор одам вирусли гепатит вирусининг асосий манбаи булиб хисобланади. Гепатит А - асосан фекал - орал йул оркали юкади.

Гепатит В - парентерал инъекция, операция, кон куйиш ва жинсий йул оркали утиши мумкин. Уткир вирусли гепатит икки хил типда бошланиши фаркланади. Биринчи холатда касаллик бирдан бошланиб, беморни умумий холсизлик, бош огриги, баъзида тумов, йутал безовта килади. Тана харорати нормал ёки 1-2 кун орасида субфебрил даражада сакланиши мумкин. Иккинчи холатда диспепсик синдромлар: иштаханинг йуколиши, кориннинг дам булиши, кунгил айнаш, кусиш, баъзида кучсиз миалгиялар, артралгиялар асосий урин тутади. Эпидемиологик анамнез тулик йигилмаганда, юкоридаги белгилар уткир респиратор инфекция ёки енгил овкатдан захарланиш деб ташхис килиш мумкин. Объектив курганда жигар бироз катталашган. Пайпаслаганда жигар сохасида огрик аникланади. Бундан ташкари уткир вирусли гепатитлар нафакат сарикликнинг булмаслиги балки хеч кандай субъектив белгиларсиз утиши мумкин. Вахоланки шу пайтда жигарнинг катталаниши ва кон зардобда аминотрансферазалар фаоллигининг ошиши, касалликнинг энг кузга куринган белгилари булиб келади. Л.Бианки, Х.П.Спихтин (1983йил) маълумотларига кура, 70% уткир гепатитлар сарикликсиз утади. Уларнинг субклиник формаларда кечиши аникланган. Хулоса килиб айтганда, уткир вирусли гепатитларни ташхислаш учун субъектив белгилардан ташкари эпидемиологик анамнез хамда пальпация, перкуссия катта ахамиятга эга. Лаборатор анализлар эса хусусан кондаги билирубин, АЛАТ, АСАТ микдори, вирусли гепатит маркерлари, антителалар ташхисни асослайдиган далиллар булиб хисобланади.

**Сурункали гепатитлар.** Сурункали гепатитлар жигарнинг диффуз касаллиги булиб, паренхимасини узига жалб этади. Уткир гепатитнинг 6 ой ва ундан ортик давом этиши натижасида ривожланади. Бьюгер Кавицкий айтиши буйича сурункали гепатит 100 000 аходидан 40-60 000 тасига тугри келади.

**Этиопатогенези:** Вируслар А,В,С,Д,Е,Ф ва бошқалар. Хозирги пайтда вирусли гепатитлар барча сурункали гепатитларнинг 60% ини ташкил қи-лади:

1. алкоголь истеъмол қилиш. Унинг таркибидаги метаболит ацетоаль-дегид бевосита жигарга таъсир қилади.
2. юрак, буйрак, ошқозон ости беши касалликлари.
3. захарли моддалар билан сурункали мулоқотда бўлиш.
4. моддалар алмашинувининг бузилиши натижасида: Fe, Cu, канд алмашинувининг бузилиши.
5. медикаментоз сурункали гепатитлар.
6. ут пуфаги ва ут йуллари касалликлари.

**Клиникаси қараб 4 хил бўлади:**

1. Сурункали фаол гепатит.
2. Сурункали липоидли гепатит (аутоиммун)
3. Сурункали персистирловчи гепатит.
4. Сурункали холестатик гепатит.

**1. Сурункали персистирловчи гепатит.** 70-80% умумий аломатлар: кам қувватлик, дармонсизлик, тез чарчаш, озиш, психоэмоционал бузилишлар билан кечади. Огрик синдроми - огрикнинг давомийлиги ёки даврий тумтоқ, баъзида огирлик хиссиёти, эпигастрал соҳада огрикни қуриш мумкин.

**Диспептик синдромлар:** овқатланишдан кейин қунгил айниши, хусусан ёгли овқатлардан, алкоголь истеъмол қилингандан кейин огирлик, қорин шиши, газ чиқиши бузилиши, ич кетиш ёки қабзият қузатилади. Жигарга хос узғаришлар йук. Гепатомегалия урта умров қизигидан ташқарида бўлиши мумкин. Спленомегалия кам учрайди. 30% ҳолларда у ёки бу маркерларни аниқлаш мумкин. 40-60 % ҳолларда Нbs антигени аниқланади. Жигар синамалари 15-20% ҳолларда нормада бўлади. Қуп ҳолларда қонда АЛАТ ошади. ХПГда сариклик қузатилмайди, йиллар давомида безовта қилмаслиги мумкин.

**2. Сурункали фаол гепатит.** Қупрок эрқакларда 15- ёшда учрайди. Қасаллик авж олган вақти юқумли ҳисобланади. Қасаллик секин бошланади.

1. Астенизация симптомлари намоён бўлади.
2. Огрик.
3. Диспепсик.
4. Геморрагик симптомлар: бурун, ошқозондан қон кетиши.
5. Сариклик симптоми қузатилади.
6. Иситма симптомлари қузатилади

Беморнинг териси, склералари саргайган, қичик белгилар: пальмар эритема, қсантома, гинекомастия, телеангиоэктазияларни қуриш мумкин. Физикал текширишда гепатоспленомегалия белгилари қурилади, АЛТ, АСТ, ГГТ фаоллиги ошади, гипербилирубинемия, тимол синамаси «+», глобулин микдори ошади. Қасаллик 3-15 ойгача давом этиши мумкин, % ҳолларда циррозга утади.

**3. Сурункали аутоиммун гепатит.** Қупинча 15 ёшдан 25 ёшгача, 45 ёшдан 9 ёшгача бўлган аёлларда қуп учрайди. Сурункали фаол гепатитга хос бўлган белгилардан ташқари беморлар тана хароратининг қутариллиши, бугимларда, қоринда огриклар, терида тошмаларга шикоят қилади. Объектив қурганда беморнинг ранги оқарган, жигар ва талок қатталашган, шишларнинг борлиги аниқланади. Биокимиёвий таҳлилларда гиперферментемия юқори даражада, гипергаммагло-булинемия, тимол синамаси «+», антителалар титри ошган, баъзида ЛЕ хужайралар топилади.

**4. Сурункали холестатик гепатит.** Бу узок вақт давомида сариклик ва терининг қичиши, қуп холатларда билиар цирроз билан яқунланадиган қасаллик. Бунда жигар ичи ут йуллари зарарланиши ва жигар ичи холестази қузатилади.

**Этиология.** Сурункали холецистит ут-тош қасаллиги, ут йуллари диски-незияси, аллергиял холецистит натижасида ривожланиши мумкин.



**Эпидемиология.** Сурункали холестатик гепатит билан касалланган бемор-лар асосан ёши 60 дан ошган, атрофдагилар учун юкумли эмас.

**Клиникаси:** Сариклик, тери кичиши, тана хароратининг кутарилиши, корин сохасида огрик, дискомфорт, умумий холсизлик, иштахасизлик, ксантелаз-малар, талок катталашини хам учрайди. Лаборатор тахлилларида конда холестерин, боғланган билирубин, ишкорли фосфатаза ошади. Сийдикда ут пигментлари топилади, ЭЧТ (эритроцитлар чукиш тезлиги) ошиб, лейко-цитоз кузатилади. АЛТ, АСТ нормага якин булиши мумкин.

**Жигар циррози.** Жигарнинг сурункали диффуз касаллиги булиб, жигарда кушувчи тукима усиб, унинг нормал архитектоникаси бузилади. Биринчи марта Лаэннек томонидан аниқланган.

**Таркалиши:** хар 100 000 ахолига 20-30 та цирроз ривожланади. Бутун дунеда 10-15 % ни ташкил килади.

**Этиологияси:** сурункали гепатитлар этиологиясидек. Галактеземия, жигар ичи ва жигардан ташкари ут йуллари обструкцияси натижасида билиар цирроз ривожланади. Кон айланиш бузилиши натижасида келиб чиқадиган циррозлар Пик цирроз дейилади.

**Морфологияси:** жигарда узок давом этувчи диффуз яллиғланишнинг эволюцион финали булиб, регенерация тугуни хосил булиши хисобланади.

Таснифи (Мексикада кабул килинган):

1. Макронодуляр
2. Микронодуляр
3. Аралаш

Морфологиясига караб:

1. Портал цирроз
2. Постнекротик цирроз
3. Билиар цирроз

Клиникаси:

1. Цирроз сабабига боғлиқ
2. Кечиш даврига караб: компенсация, субкомпенсация, декомпенсация

**Клиника** Камкувватлилик, дармонсизлик, эпигастрал сохасида даврий тумток огриклар, метеоризм, кунгил айниши, кусиш, даврий равишда ахлат ва сийдик рангининг узгариши, бурун ва милклардан кон кетиши, бош огриги, бош айланиши, юрак сохасида огриклар, танада кичишлар.

**Объектив курганда** бемор озгин, ранги саргайган, телеангиоэктазиялар, палмар эритема, гинекомастия, кон кетишлар кузатилади. Коринда суюклик тупланган. Коллатераллар ривожланган, тил сургичлари атрофияланган. Ксантелазмалар аниқланади. Пайпаслаганда жигар улчамлари катталашмаган ёки кичрайиши мумкин. Юзаси гадир-будир, каттик, бурчаги уткирлашган. Перкуссияда топографик чегаралари узгарган. Лаборатор тахлилларда конда билирубин хам боғланган, хам эркин хисобига ошган, холестерин камайган. Оксиллар микдори камаяди. Липидлар фракцияси ошиб кетади. АЛТ, АСТ ошган, анемия кузатилади. Инструментал текшириш-ультратовуш ёрдамида текшириш, лапароскопия, биопсия, радионуклид сканирлаш, компьютер томография.

**Асоратлари** 1. Портал гипертензия

а) кизил-унгач, геморроидал томирлардан кон кетиш

б) асцит

2. Холестазлар, сариклик
3. Жигар энцефалопатияси
4. Жигар комаси

**Жигар ёгли дистрофияси.** Жигарнинг изоляцияланган катталаниши ёгли дистрофиянинг эрта ва ягона белгиси булиши мумкин. Касаллик асосан, алькогол куп истеъмол киладиган, кандли диабет билан касалланган, хамда овкатланишнинг баъзи бир бузилишлари натижасида келиб чикиши мумкин. Алькоголизмнинг эрта боскичларида касаллик симптомсиз кечади. Кечки боскичларида эса беморни эпигастрал сохасида огирлик ёки огрик безовта килади.

Пальпацияда жигар огриксиз, кирралари юмалок, консистенцияси юмшок. Жигар ёгли дистрофиясининг ташхисоти мураккаб. Конда орга-носпецифик ферментларнинг фаоллиги нормада булиши мумкин. Огир холларда жигарнинг ажратиш функциясининг бузилиши кузатилади. Эхограммада жигар катталаниши туфайли унинг диафрагмал кирраси куринмайди. Жигар структураси бир хил каттиклашган. Томир сурати эса сусайган. Лапароскопия килганда катталашган саргиш-кунгир рангли юзаси силлик жигар куринади. Унинг юзасида ок доғлар булиши мумкин. Биоптатида касалликнинг кечки боскичларида гепатоцитларда ёгли вакуолалар ва периваскуляр склероз аникланади.

**Жигар эхинококкози.** Касаллик эхинококкус гранулеза томонидан чакирилиб, асосий хужайин ит, бури, тулкилар ва бошка йирткич хайвонлар; оралик хужайинларидан бири одам хисобланади. Касаллик инвазирланган итлар билан мулоқотда булганда, кукатлар, сабзавотлар, хайвон териси оркали утиш мумкин. Эхинококк кистаси жуда секин ушиб, узок вақт давомида беморда ҳеч қандай шикоятни билдирмайди. Куп холларда касаллик профилактик курик ёки бошка касаллик туфайли муружаат килганда топилади. Касалликнинг клиникаси 3 та асосий даврдан иборат:

1. Симптомсиз кечадиган давр
2. Клиник белгилар пайдо булиш даври
3. Асоратлар

Жигар эхинококкози асосий симптомлари: унғ ковурга остида огрик, жигар улчамининг катталаниши ва аллергик реакцияларнинг пайдо булиши.

Тумток огрик - 80% беморларда учраб, асосан усаётган кистанинғ жигар туқимасига механик таъсири ва глиссон капсуласининг чузилиши натижасида келиб чиқади. Эхинококк пуфаклари бир камерали ёки куп камерали булиши мумкин. 80% холларда эхинококкоз кистаси унғ булақда унинг олдинги юзасида жойлашади. Кам холларда жигарнинг юкорги юзасида жойлашиши кузатилади. Эхинококк антигенлари киста пардалари оркали конга тушади ва беморда эозинофилия, эшакем, тери кичишларини чакиради. Эхинококк кистасининг ушиб жигар дарвозасини ва шу билан бирга дарвоза венасини кисиб куйиши асцит шаклланишига олиб келади. Агар киста йирик ут йулларини кисиб куйса, механик сариклик келиб чиқади. Баъзи холларда эхинококк кистаси уз-узидан ёки травма натижасида ёрилиши мумкин. Бу ҳолат анафилактик шок клиникасини беради. Огир асоратлардан бири кистанинғ инфизирианиши булиб, бунда йирингли абсцесс ҳосил булади. Жигар эхинококкози ташхисини эпидемиологик зонада яшовчи, гепатомегалияси бор булган беморларда гумон килиниши мумкин. Конда эозинофиллар микдорининг ошиши ва тез-тез эшакем қайталаниши эхинококкознинг бевосита белгилари хисобланади. Ташхисни асослашда сцинтограммада жигар деформацияси, ҳосила аникланади. Эхограммада эса охакланган эхинококк кистаси аник контурли бушлик сифатида куринади. Жигар ангио-граммасида томирсиз зона юмалок формада аник контурлари билан курилади. Агар киста жигарнинг олдинги ёки пастги юзасида жойлашган булса, лапароскопия усули ёрдамида уни куриш мумкин. Лаборатор текширувлар жигар эхинококкозида Кацони реакцияси, Латекс агглютинация реакцияси мусбат натижа беради. Жигар эхинококкози факатгина жаррохлик йул билан даволанади.

**Жигар раки.** Жигар бирламчи раки жигар хужайраларидан ушиб чикса, гепа-тоцеллюляр рак, гепатома, ут йуллари эпителиядан ушиб чикса холангиоцеллюляр рак, холангиома дейилади. Баъзида аралаш гепато-холангиома шаклида булиши мумкин. Усма ушиб характерига караб тугунли ҳамда диффуз булади. Бирламчи рак жуда тез кечиб, беморни бир неча ойда леталликка олиб келади. Усма 2-20 % беморларда симптомсиз кечади. Лекин куп холларда эпигастрал соҳада огирлик хисси, тумток огрик, кейинчалик огрик унғ ковурга остида давом этади. Огрик глиссон капсуласининг чузилишидан келиб чиқади. Хозирги вақтда аниклани-шича, жигар ракининг ковургаларга, умурткаларга, орка мияга метастаз бериши 1,5-5,3% холларда энг эрта белгилари булиши мумкин. Касалликнинг кечки боскичида 8,3% упкага метастаз беради. Тез усувчи гепатомага жигарнинг ҳамма томонга караб катталаниши характерли. Гепатомегалия 90,7-92% беморларда учрайди. Жигарнинг пастки кирраси киндикча бориб, консистенцияси каттик булади. -75% беморларда иситма билан кечади.

Дарвоза венасининг усма туфайли кисилиши натижасида портал гипертензия, спленомегалия, асцитлар, сариклик пайдо булишига олиб келади. Ю.С. Татаринев биринчи булиб гепатомани ташхис килишда а-фетопротеиндан фойдаланишни таклиф килди. Хозирги вақтда шу аниқландики, 84 % беморларда а-фетопротеин микдори жуда ошган. Бу синама жигарнинг яхши сифатли усмаларидан киёсий ташхислашга ёрдам беради. Холангиомалар гепатомага нисбатан 5 маротаба кам учраб, асосан ут йулларининг кисилишини ва механик сарикликни пайдо булиши билан характерланади. Сариклик гепатомегалиядан олдин пайдо булиб, юкори интенсивликда булади. Ахлат тула оқарган булиши мумкин. Клиник текширувларнинг натижаларига асосланиб, шуни айтиш керакки, жигарнинг сабабсиз катта тезликда катталаниши бирламчи рак ташхисини куйишга асос булиб хисобланади. Юкори чегараси 4-5 ковурга сохасига тугри келиб, кирраси уткир, консистенцияси каттик тошга ухшаш булади. Бир вақтининг узида иситма пайдо булади. Якуний ташхис махсус текшириш усуллар: жигар сцинтиграфияси, эхография, компьютер томографияси, УЗИ, ангиография, хусусан селектив цилиография ёрдамида куйилиши мумкин. Лапароскопия ёрдамида биоптат олиб, гистологик текширув гепатомани метастатик рақдан фарқлаш учун ягона усул хисобланади.

**Гемохроматоз.** Гемохроматоз ирсий касаллик булиб, ички аъзоларда темирнинг тупланиши билан кечади. Биринчи уринда жигар, тери, ошқозон ости беzi, юрак, бугимлар зарарланади. Бирламчи гемохроматоз узок вақт симптомсиз кечади. Тери пигментацияси, кандли диабет, гепатомегалия, кардиомиопатия, артропатиялар асосан 45-65 ёшларда намоён булади. Эркақлар аёлларга нисбатан 10 баробар куп касалланади, чунки аёлларда менструация вақтида регуляр равишда темир йукотилади. Касаллик прогрессиясини тухтатиб булмайдик, беморлар инфекциянинг кушилиши, жигар комаси ёки юрак етишмовчилиги натижасида вафот этади. Гепатомегалия гемохроматознинг энг куп учрайдиган холати булиб, 90 % беморларда учрайди. Жигар каттик консистенцияда, юзаси силлик, кирраси уткир, огриксиз. Жигарнинг чап булагик унги булагига нисбатан катталашган, 2/3 беморларда талок катталаниши кузатилади. Баъзи беморларда асцит ривожланиши мумкин. 90 % беморларда тери пигментацияси кучайиб, ранги бронза рангига ухшайди. Пигментация асосан юз, буйин, билак, оралик, жинсий аъзоларда кучайган. 75 % беморларда кандли диабет, яъни гемохроматознинг 3 классик белгиси хисобланади. Кейинчалик ретинопатия, гломерулосклероз, пиелонефрит, полиневрит ривожланади. Гемосидериннинг юрак мушакларида утириб колиши, миокарднинг диффуз фибрози ва рестриктив кардиомиопатия ривожланиши билан намоён булади. % беморларда кичик бугимда синовитлар кузатилади. Юкоридаги белгилар гемохроматознинг кечки боскичларига хос. Эрта даврида диагностика килиш жигарнинг пункцион биопсияси натижасида эришиш мумкин. Бундан ташқари кон зардобиди темир микдорининг ошиши характерли. Гемохроматоз иккиламчи булиши хам мумкин. У куп микдорда гемотрансфузия ва жигар препаратларини кабул килганларда, овқатда куп микдорда темир булганда ривожланиши мумкин.

**Бадда - Киари касаллиги ва синдроми.** Жигар веналарининг эндофлевити ва шу билан бирга окклюзияси натижасида жигарда кон окимининг бузилишига Бадда-Киари касаллиги дейилади. Этиологияси аниқ эмас. Жигар веналарининг тромбози бошка касалликлар натижасида келиб чикса ва жигарда кон окимининг бузилишига олиб келса Бадда-Киари синдроми дейилади. Аввал ялликланиш жараёни жигар венасида, сунг эса кавак венага утиши ва уни облитерацияга олиб келиши мумкин. Пастки кавак венасининг тромбози Бадда-Киари синдроми билан бирга кечиши Бадда-Киари касаллигига нисбатан 6 марта куп учрайди. Клиник белгиларидаги огрик синдроми устун келади. Огрик интенсивлиги жуда кучли булиши мумкин. Огрик билан бирга жигар катталаниши ва асцит хосил булиши юзага келади. Бемор такдири коллатерал кон айланиш шаклланишига боглик. Агар тромбоз уткир юзага келса бемор бир неча соат ёки хафта ичида халок булиши мумкин. Терапевт куригида купинча сурункали Бадда-Киари синдроми билан касалланган беморлар булади. Жигар веналарининг облитерациясининг клиник синдром гепатомегалия, асцит ва спленомегалиядан иборат. Жигарда кон айланиш бузилиши натижасида некроз учоклари юзага келади. Бу эса аминотрансферазалар фаолли-

гининг ошиши, сариклик юзага келиши билан намоён булади. Жигарда веноз димланиш юзага келади, телеангиоэктазиялар кузатилади.

#### **Сариклик синдромидаги УАВ тактикаси.**

1. Тулик анамнез йиғиш (качондан буён касал, сарик касал билан контактда булганми, қандай касаллар билан огриган, қандай дориларни ичиб туради, оиласида сарик касал булганлар борми, нима безовта килади, ахлатининг ранги қандай, спиртли ичимликлар истеъмол киладими, чекадими ва х.к.).

2. Объектив курикни ёруг хонада олиб бориш (териси, шиллик каватлар ранги, ёруг хонада олиб бориш).

3. Қондаги билирубин миқдорини аниқлаш.

4. УЗИ да куриш.

5. Қиёсий ташхислаш.

6. Зарурий ёрдамни курсатиб, давони белгилаш ёки стационарга жунатиш.

7. Сариклиги булган ҳамма беморлар қонини HBsAg га текшириш.

8. Вирусли гепатити бор беморлар қонида HBsAg ва HBeAg лари аниқланади. HBeAg аниқланиши вируснинг фаол реплика-циясини билдиради ва бу атрофдагилар учун юкори юкумлилик хавфи бор эканлигини эсдан чиқарманг.

Агар сариклиги бор бемор қон зардобидида гаммаглутаминтранспептидаза фаоллиги юкори ва макроцитар булса, алкоғолизмга шубха қилиш кераклигини билиш керак.

## 2.2. АМАЛИЙ МАШҒУЛОТЛАР

**1-мавзу: Дисфагияларнинг қиёсий ташхиси. УАВ тактикаси. Ихтисослаштирилган бўлимларда даволанишга кўрсатма. Дисфагияли беморларни диспансер кузатуви ва амбулатор даволаш. Меҳнат қобилиятини аниқлаш.**

### 1.1. Таълим бериш технологиясининг модели

Машғулот вақти –5 соат	Талабалар сони : 9 – 10 гача
Машғулот шакли	Кириш-ахборотли машғулот.
Машғулот режаси	Дисфагия билан кечувчи касалликларни урганиш Дисфагия билан кечувчи касалликларнинг клиника, диагностикаси, даво тактикаси Касаллик турига караб УАВ тактикасини урганиш Дисфагия ва ошқозон диспепсиясида қиёсий ташхисотни аниқлаш; Дисфагияда УАВ тактикаси Диспансер кузатув, амбулатор даволаш, профилактика
Ўқув машғулотнинг мақсади:	талабаларни дисфагия муаммоси билан келган беморларда диагностика ва даво йўналишлари буйича куникмаларга ургатиш.
Таълим бериш усуллари	Кўргазмали, суҳбат
Таълим бериш шакллари	Оммавий, жамоавий
Таълим бериш воситалари	Ўқув қўлланма, дарслик, маъруза матни, проектор, компьютер
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория.
Мониторинг ва баҳолаш.	Оғзаки назорат: савол – жавоб.

### 1.2. Амалий машғулотнинг технологик картаси.

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёрлов босқичи (15 дақиқа)	1. Аудитория тозалигини назорат қилади 2. Талабаларни машғулотга тайёргарлигини текширади 3. Давоматни назорат қилади	
1. Ўқув машғулотига кириш босқичи (15 дақиқа)	1.Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2. Кириш маърузаси учун тақдимот слайдларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
2 – асосий босқич 150	1. Талабаларни кичик гуруҳларга бўлиб, мавзу бўйича саволларни беради. <b>“АҚЛИЙ ХУЖУМ” интерфаол иш ўйинини ўтказиш усули.</b> Талабалар ўз фикрини билдириш, турли ҳолатларда оптимал қарорлар қабул қилишни ўз ичига олади. Асосий қоидалари танқидий фикрлаш, эътирозларсиз ғояларни қадрлаш, кўпроқ таклифларни ўрганиш ва ғояларни такомиллаштиришни ўз ичига олади.	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Томоша қиладилар Қатнашадилар Гинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар

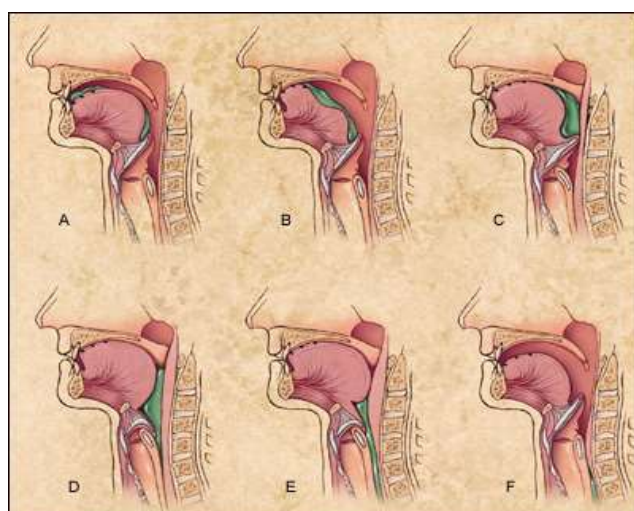
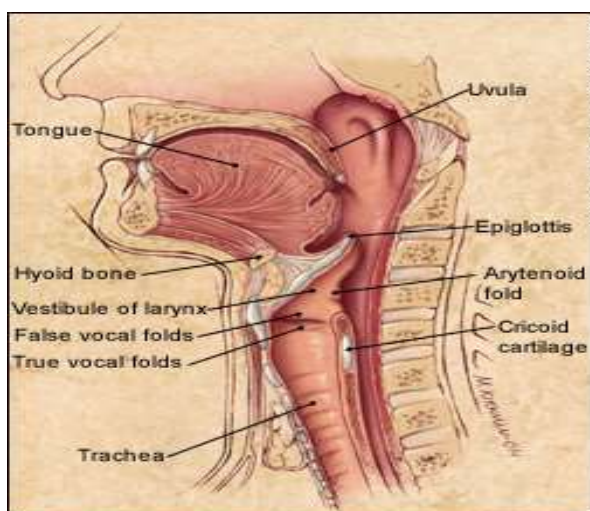
	<p>Талабаларга мавзу бўйича барча ғоялар, фикрларни, қарашларни имкони борича кўпроқ ёритиш имконияти берилади. Улар фикрлари ўзаро тўлдирилади, янги, замонавий қарашлар тингланади. Талабалар мавзу бўйича касалликнинг этиопатогенези, таснифи, клиникаси, диагностикаси, таъхисни асослаш, замонавий текшириш усуллари ёритишади, даволаш принципларига ёндашишади. Бу усул барча талабаларнинг машғулотда фаол иштирокини таъминлайди.</p> <p>2. Кўргазмали плакатлардан фойдаланади 3. Слайдлар, мультимедиалардан фойдаланади 4. Даволаш ишларини олиб боради 5. Мавзулар асосида берилган маълумотларни умумлаштиради ва хулосалайди, фаол иштирокчи талабаларни рағбатлантиради ва умумий баҳолайди</p>	
3. Якуний босқич (45 дақиқа)	<p>1. Якунловчи хулоса қилади 2. Мустақил иш беради 3. Уйга вазифа беради</p>	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади
Жами 225 дақиқа (5 соат)		

## МАВЗУ БАЁНИ

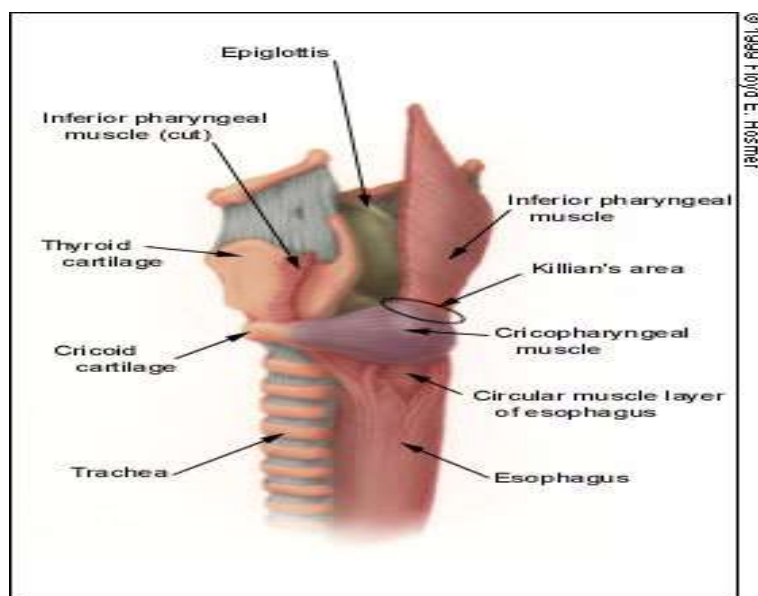
**Дисфагия** - бу ютишнинг кийинлашуви

**Одинофагия** – оғрикли ютиниш

**Томокда лунда борлиги хисси** - томокнинг орқа деворида доимий равишда нимадир бордай туюлади, ютинганда йуколади, функционал неврологик ҳолат.



© 2000 Murlam Kijman-Oh



### Текширишлар

Барий ютиш - тугридан-тугри ютишни кузатиш (рентгеноскопия)

Эндоскопия - купинча кизилунгач касалликларида кулланилади

### Тактика

Умумий амалиёт врачига ким ёрдам бера олади?

Гастроэнтеролог

Логопед

Оториноларинголог

Невропатолог

Диетолог

### Мумкин булган дисфагия сабаблари:

**Дисфагия** - бу ютишнинг кийинлашуви

**Одинофагия** – огрикли ютиниш

**Томокда лунда борлиги хисси** - томокнинг орка деворида доимий равишда нимадир бордай туюлади, ютинганда йуко лади, функционал неврологик ҳолат.

### Анамнез йиғиш

Хар куни ёки доимий?

Каттик овқат, суюкликлар ёки иккаласи ҳам?

Йўтал, товушнинг узгариши, томокка учиш, зарда кайнаши ёки кукракда огрик кузатиладими?

Тушинтириб булмайдиган тана вазнининг камайиши?

Рухий ҳолатни баҳолаш?

### Дисфагия билан касал булган беморларни текширишдаги 5 кадам.

3. Бош ва буйинни тула текшириш

4. Ютишда иштирок этувчи мия асабларини сезувчанлик ва ҳаракат функцияларини текшириш:

✚ V-3 учламчи асабнинг пастги жог шохи - огиз тубини ҳаракатлантиришда иштирок этади.

✚ VII - таъм, огиз бушлиги туби ҳаракатида иштирок этади.

✚ IX ҳаракатлар - халқум юқори қисми, сезувчанлик – тилнинг орка қисми

✚ X ҳаракатлар – халқум қискаришлари, кизилунгач

✚ XII тил ҳаракатлари

6. Системали касалликлар бор-йуқлигини текшириш: Паркинсон касаллиги, қандли диабет, полиомиелит, системали склеродермия ва б.лар.

7. Лимфа тугунлари катталашганлигига, умуртка пагонасининг деформациясига, янги усмалар пайдо булганми йукми эътибор килинг.
8. Беморга ичишга сув беринг ва унинг ютишини кузатинг!

#### **Текширишлар**

Барий ютиш - тугридан-тугри ютишни кузатиш (рентгеноскопия)

Эндоскопия - купинча кизилунгач касалликларида кулланилади

#### **Тактика**

Умумий амалиёт врачига ким ёрдам бера олади?

Гастроэнтеролог

Логопед

Оториноларинголог

Невропатолог

Диетолог

#### **Мумкин булган дисфагия сабаблари:**

6. Асаб системаси патологияси
  7. Мушакларнинг шикастланиши
  8. Яллигланиш
  9. Структурали узгаришлар
  10. Системали касалликлар
 

Дисфагия билан касалланган беморларга 5 маслахат

    6. Бошни тугри тутган холда, утириб овкатланиш
    7. Тишлар булмаса овкатланганда протез токиш ёки кийиш
    8. Кичкина булаклар билан овкатни секин ейиш
    9. Беморга овкатни яхши чайнаб ютишни уктириш керак
    10. Бемор сув ичганда бошини оркага ташламаслиги учун, сув ичадиган идиши тула булиши керак
  1. Асаб системаси патологияси
  2. Мушакларнинг шикастланиши
  3. Яллигланиш
  4. Структурали узгаришлар
  5. Системали касалликлар
- Дисфагия билан касалланган беморларга 5 маслахат
11. Бошни тугри тутган холда, утириб овкатланиш
  12. Тишлар булмаса овкатланганда протез токиш ёки кийиш
  13. Кичкина булаклар билан овкатни секин ейиш
  14. Беморга овкатни яхши чайнаб ютишни уктириш керак
  15. Бемор сув ичганда бошини оркага ташламаслиги учун, сув ичадиган идиши тула булиши керак.



**2 – мавзу: Ошқозон диспепсияларида қиёсий ташхис. Гастритлар.  
Хеликобактериялар хусусияти. Клиник-морфологик шакллари.  
Дуоденитлар.**

**2.1. Таълим бериш технологиясининг модели**

Машғулот вақти – 6 соат	Талабалар сони : 9 – 10 гача
Машғулот шакли	Кириш-ахборотли машғулот.
Машғулот режаси	Ошқозон диспепсияларида билан кечувчи касалликларни урганиш. Ошқозон диспепсияларида билан кечувчи касалликларнинг клиника, диагностикаси, даво тактикаси Касаллик турига караб УАВ тактикасини урганиш Ошқозон диспепсияси ва дисфагиянинг қиёсий ташхисотни аниқлаш; Ошқозон диспепсияси (гастритлар, ун икки бармокли ичак яра касалликларида ва дуоденитларда) УАВ тактикаси. Диспансер кузатув, амбулатор даволаш, профилактика.
Ўқув машғулотнинг мақсади:	талабаларни ошқозон диспепсияларида муаммоси билан келган беморларда диагностика ва даво йуналишлари буйича қуникмаларга ургатиш.
Таълим бериш усуллари	Кўргазмали, суҳбат
Таълим бериш шакллари	Оммавий, жамоавий
Таълим бериш воситалари	Ўқув қўлланма, дарслик, маъруза матни, проектор, компьютер
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория.
Мониторинг ва баҳолаш.	Оғзаки назорат: савол – жавоб.

**2.2. Амалий машғулотнинг технологик картаси.**

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёрлов босқичи (15 дақиқа)	1. Аудитория тозалигини назорат қилади 2. Талабаларни машғулотга тайёргарлигини текширади 3. Давоматни назорат қилади	Талабалар
1. Ўқув машғулотига кириш босқичи (15 дақиқа)	1. Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2. Кириш маърузаси учун тақдимот слайдларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	Мавзуни ёзадилар тинглайдилар
2 – асосий босқич 195-дақиқа	1. Талабаларни кичик гуруҳларга бўлиб, мавзу бўйича саволларни беради. <b>ИНТЕРФАОЛ УСУЛ</b> <b>”КИМ КЎПРОҚ, КИМ ТЕЗРОҚ?”</b> <b>Иш учун зарур:</b> 1. Мавзу бўйича саволлар ёзилган карточкалар ( карточкаларнинг сони гуруҳдаги талабалар сонига тенг; ҳар бир карточкада 5 тадан савол	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Томоша қиладилар Қатнашадилар Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар

	<p>бор).</p> <p>2. Секундомер.</p> <p style="text-align: center;"><b>Ишнинг бориши:</b></p> <p>1. Ўйин оғзаки тарзда ўтказилади</p> <p>2. Талабалар навбат билан саволли карточкаларни тўпламдан суғуриб оладилар.</p> <p>3. Ҳар бир талаба 3 дақиқа давомида карточкада ёзилган саволлар тўпламига (5) оғзаки жавоб беради.</p> <p>4. Ўқитувчи тўғри жавоблар сонини ҳисоблайди.</p> <p>5. Ўйинда барча талабалар қатнашадилар</p> <p>6. Ўйиннинг умумий вақти – 45 дақиқа</p> <p>7. Тўғри жавоблар берилмаган саволлар муҳокама қилинади.</p> <p>8. Талабаларнинг жавоблари қуйидаги шаклда баҳоланади:</p> <p>5 та тўғри жавоб – 100 балл</p> <p>4 та тўғри жавоб – 80 балл</p> <p>3 та тўғри жавоб – 60 балл</p> <p>2 та тўғри жавоб – 40 балл</p> <p>1 та тўғри жавоб – 20 балл</p> <p>0 та тўғри жавоб – 0 балл</p> <p>9. Талабалар олган балл машғулотнинг жорий баҳосини қўйишида ҳисобга олинади.</p> <p>10. Жариданинг пастки бўш қисмида иш ўйинининг ўтказилганлиги ҳақида маълумот гуруҳ сардорининг имзоси билан белгиланади.</p> <p>2. Кўргазмалар плакатлардан фойдаланади</p> <p>3. Слайдлар, мультимедиялардан фойдаланади</p> <p>4. Даволаш ишларини олиб боради</p> <p>5. Мавзулар асосида берилган маълумотларни умумлаштиради ва хулосалайди, фаол иштирокчи талабаларни рағбатлантиради ва умумий баҳолайди</p>	
<p>3. Якуний босқич (45 дақиқа)</p>	<p>1. Якунловчи хулоса қилади</p> <p>2. Мустақил иш беради</p> <p>3. Уйга вазифа беради</p>	<p>Тинглайди</p> <p>Ёзиб олади</p> <p>Ёзиб олади</p>
<p>Жами: 270 дақиқа (6 соат)</p>		

**МАВЗУ БАЁНИ**  
**Диспепсия синдроми:**

**Зарда кайнаши**

40% кишилар бу ҳолатни ойига бир марта ҳис қилишади  
13% кишида ҳар кунлик белгилар бор.

**Диспепсия:** коринда оғриқ, узини ноҳуш сезиш, тулиб қолиш ҳиси, корин дамлаши (метеоризм), анорексия, кунгил айнаши

**Кийсий ташхис:**

Зарда кайнаши

1. Гастроэзофагеал рефлюкс
2. Кизилунгач, ошкозон, 12 бармокли ичак инфекцияси ёки яллигланиши
3. Ошкозоннинг патологик харакатчанлиги, гастритлар.
4. Хомиладорликдаги иккиламчи рефлюкс

### **Киёсий ташхис**

#### Диспепсия

1. Функционал диспепсия ва кузгатишган ичак синдроми
2. Эзофагит, гастрит
3. Пептик ошкозон яраси
4. Гастро - эзофагеал рефлюкс
5. Ошкозоннинг ёмон сифатли усмаси
6. Холецистит
7. Бошқалар

#### **Анамнез**

#### **Зарда кайнашига шикоят килинганда бериладиган саволлар**

7. Сизга каерда жойлашган?
8. Качон пайдо булади? Жисмоний зуриккандами?
9. Тез-тез булиб турадимми?
10. Огзингизда нордон ёки аччик там сезасизми?
11. Ошкозондаги овкат томогингизга кайтиб келгандай туюладими?
12. Бу холатни нима енгиллаштиради?

#### **Зарда кайнашига шикоят килинганда бериладиган саволлар**

7. Антацидлар кабул киласизми? Бошка дори воситаларичи?
8. Ётганингизда, эгилганингизда, зурикканингизда белгилар узгарадими?
9. Кайси бир махсулотлар белгиларни узгартиради?
10. Чекасизми?
11. Тана вазнингиз камайдими?
15. Ютинганда кийинчиликлар сезасизми?
16. Иштаха пастлиги?
17. Кора ахлат?

#### **Диспепсияга шикоят килинганда бериладиган саволлар**

1. Белгилар овкатдан сунг 1-3 соатдан кейин пайдо буладими?
2. Кунгил айниши, кусиш, корин дамлаши, огрик, кориннинг юкори кисмида нохуш хис сезасизми, ахлат ранги ва консистенцияси узгарганми?
3. Кандай огрик овкат кабул килиш белгиларини камайтиради ёки купайтиради? Огрик гох пайдо булиб гох йуколадими? Кечкурун огрикдан уйгонасизми?

#### **Диспепсияга шикоят килинганда бериладиган саволлар**

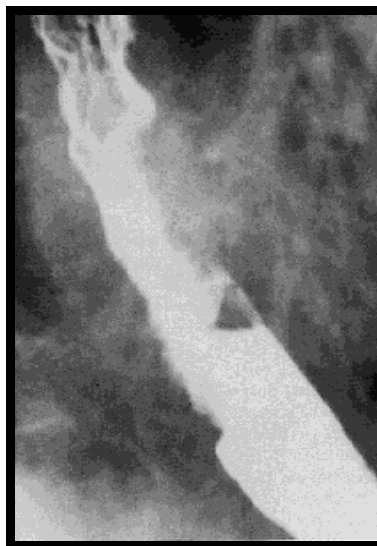
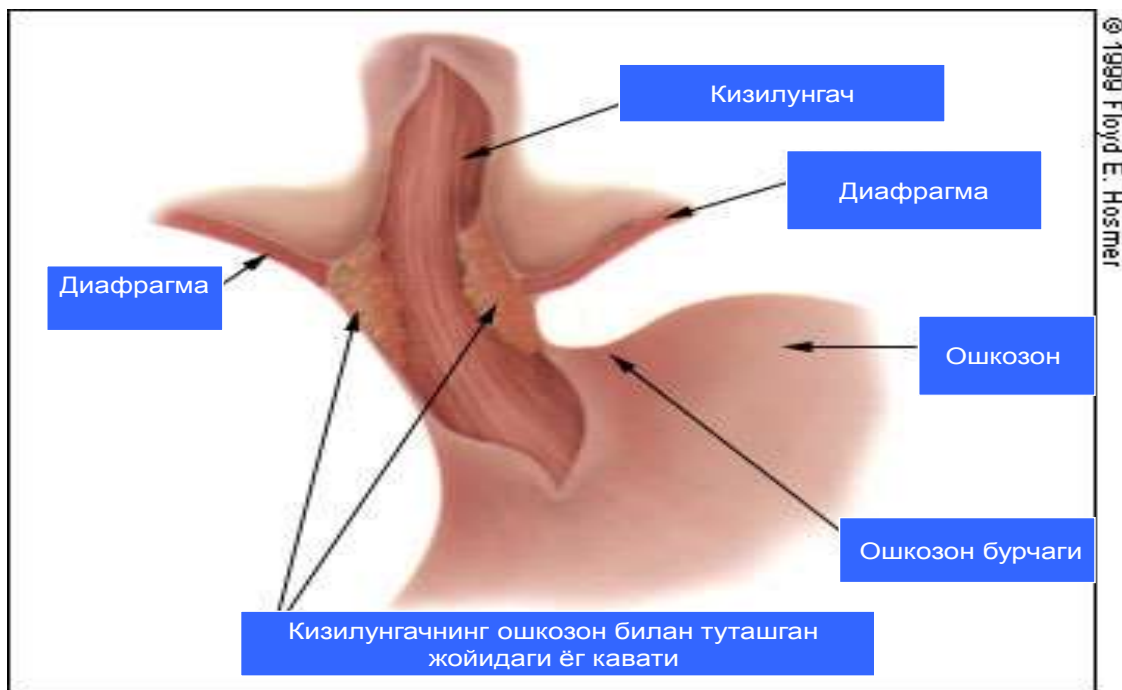
4. Стресс симптоматикани ёмонлаштирадими?
5. Уйкусизлик ва тез чарчаш белгиларини хис киласизми?
6. Ичаклар фаолияти кай тарзда? Ичаклар фаолияти куйидагичами : кабзиятнинг диареяга утиб туриши кузатиладими?

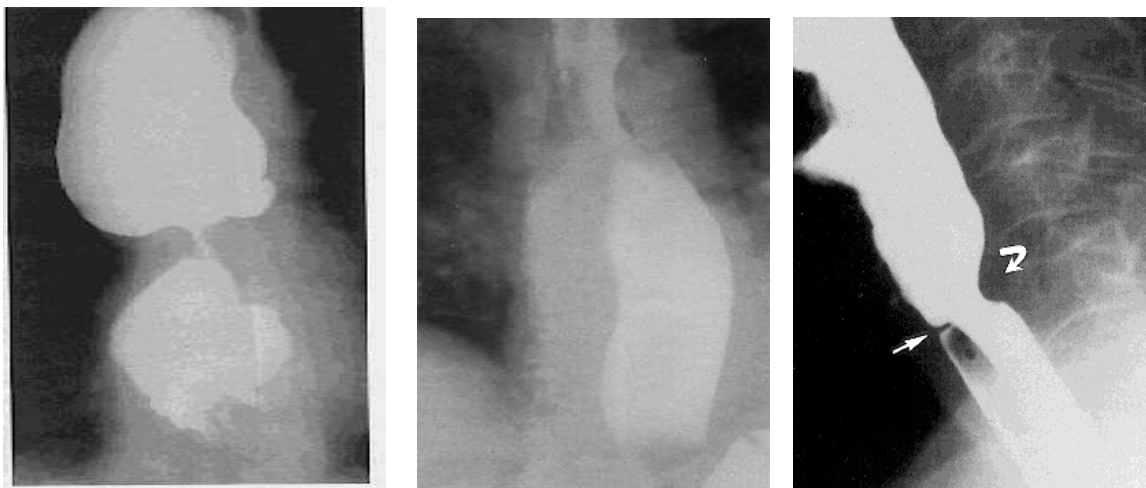
#### **Куздан кечиришда. Нималарни аниклашимиз мумкин?**

- 5 Эпигастрал сохада огрик
- 6 Меръфи белгиси
- 7 Кориннинг катталашуви, органомегалия, усмалар
- 8 Кукрак кафасида ёки оркада огрик
- 9 Пайпаслаганда: буйин ёки умров усти лимфоаденопатияси
12. Сариклик
13. Огиз бушлиги ва халкум яралари
14. Тиш ва милк касалликлари
15. Рангининг окариб кетганлиги
16. Теридаги узгаришлар

### Ташхис синамалар.

1. ЭГДФС (эзофагогастроуденоскопия)
2. Агар ЭГДФС натижалари нормада булса: Бернштейна синамасы: суюлтирилган **соляную** кислотани кизилунгачнинг дистал кисмига куйилади ва белгилар яна пайдо булиши кузатилади.
3. Иккиламчи контраст эзофагография
4. Эзофагогастрокопия килинади ва *Helicobacter pylori* борлиги аникланади.





**Зарда кайнашини даволаш:**

**Антацидлар:**

**Суриладиганлар: кальций бикарбонат ва натрий бикарбонат**

**Сурилмайдиганлар: алюминий гидроксид, магний гидроксид ёки уларни биргаликда**

**белгилаш**

**Диспепсия билан касалланган беморларга 5 маслахат:**

6. Чекишни тухтаташ
7. Вазни камайтириш, меъеридан куп овкатланишдан узини тийиш
8. Овкатланишдан 3 соат олдин ҳеч нарса истеъмол қилмаслик
9. Спиртли ва белгиларни кузгатадиган махсулотлар истеъмол қилмаслик
10. Тушакнинг бош қисмини баландроқ қутариш

**H2 блокаторлар**

циметидин, ранитидин, фамотидин, низатидин

**Протон помпа ингибиторлари**

Омепразол

Лансопразол

**Харакатланишга таъсир қурсатадиган агентлар**

Метоклопрамид (церукал)

**Ошқозон шиллик қаватини қамраб олувчи моддалар**

Сукральфат

**Инфекцияга қарши. антибиотиклар.**

**3 – мавзу: Операция қилинган ошқозон касаллиги. Хеликобактер аҳамияти. Ошқозон диспепсиясида УАВ тактикаси. Шифохонага ётқизиш учун кўрсатмалар. Диспансер кузатув ва амбулатор даволаш. Мехнатга лаёқатини аниқлаш. Касалликнинг кечиш турига қараб амбулатор шароитда қиёсий даволаш.**

**3.1. Таълим бериш технологиясининг модели**

Машғулот вақти –6 соат	Талабалар сони : 9 – 10 гача
Машғулот шакли	Кириш-ахборотли машғулот.
Машғулот режаси	Хеликобактер пилори тугрисида Диспепсия. Клиникаси. Классификацияси Диспепсия турларига қараб даволаш. Даволашнинг замонавий усуллари долзарблигини хозирги замон талаби микёсида асослаб бериш. Диспансер кузатув.
Ўқув машғулотнинг мақсади:	Хеликобактер пилори аҳамиятини ва ошқозон диспепсиясининг қиёсий ташхисоти.
Таълим бериш усуллари	Кўргазмали, суҳбат
Таълим бериш шакллари	Оммавий, жамоавий
Таълим бериш воситалари	Ўқув қўлланма, дарслик, маъруза матни, проектор, компьютер
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория.
Мониторинг ва баҳолаш.	Оғзаки назорат: савол – жавоб.

**3.2. Амалий машғулотнинг технологик картаси.**

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёрлов босқичи (15 дақиқа)	1. Аудитория тозаллигини назорат қилади 2. Талабаларни машғулотга тайёргарлигини текширади 3. Давоматни назорат қилади	Талабалар
1. Ўқув машғулотига кириш босқичи (15 дақиқа)	1. Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2. Кириш маърузаси учун такдимот слайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	Мавзунини ёзадилар Тинглайдилар
2 – асосий босқич  195- дақиқа.	1. Талабаларни кичик гуруҳларга бўлиб, мавзу бўйича саволларни беради. <b>АСАЛАРИ УЯСИ” иш ўйини:</b> <b>Кадамлар:</b> <b>Иш учун зарур:</b> 1. Алоҳида варақда чоп этилган топширик вариантлари ва вазиятли масалалар тўплами. 2. Ҳар бир кичик гуруҳдаги талабалар сонига қараб, куръа ташлаш учун сонлар. 3. Тоза қоғоз варақлари, ручкалар. Талабаларни 3 та гуруҳга бўлиб 3та мавзу берилди ва жавоблар орқали уларни билими баҳоланиб борилди.	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Томоша қиладилар Қатнашадилар Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар

	2. Кўрғазмали плакатлардан фойдаланади 3. Слайдлар, мультимедиалардан фойдаланади 4. Даволаш ишларини олиб боради 5. Мавзулар асосида берилган маълумотларни умумлаштиради ва хулосалайди, фаол иштирокчи талабаларни рағбатлантиради ва умумий баҳолайди	
3. Якуний босқич (45 дақиқа)	1. Якунловчи хулоса қилади 2. Мустақил иш беради 3. Уйга вазифа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади
Жами 270 дақиқа (6 соат)		

### Мавзу баёни

Диспепсия билан кечувчи касалликлар амалиёт врачлари фаолиятида муҳим аҳамият касб этади. Диспепсия – кукрак соҳасида (урта чизикка яқин) жойлашган, огрик ва узини ёмон хис қилиш хисси (огирлик, ошқозин тулиб кетгандек хис қилиш, эрта туйиниш хис-си, дам булиш, кунгил айнаши) билан характерланадиган ҳолат. Алоҳида касаллик кури-нишидаги функционал диспепсияни (ярали булмаган диспепсия, идиопатик, эссенциал диспепсия) органик касалликларнинг белгиси сифатида кечалиган диспепсиядан фарқ қилиш керак.

❖ Диспепсия аҳолининг 20-25%ида, эркак ва аёллар уртасида бир хилда учрайди.

❖ 20-40 ёшлиларда диспепсия белгилари кенг тарқалган, ундан катта ёшдагиларда камроқ кузатилади.

❖ Биринчи тиббий ёрдам муассаларига мурожаат қилган 3% беморларнинг асосий шикоят-диспепсия. Утқазилган суровларга биноан, диспепсия билан касалланганларнинг фақатгина ¼ қисмигина шифокорга мурожаат қилади.

Классификацияси.

✓ II Рим мезонларига биноан (1999), ошқозон ва ёки/ун икки бармоқли ичак маторика-сининг бузилиши натижасида ривожланадиган, бирон органик патология билан бог-лик булмаган ва ун икки ҳафтадан куп давом этадиган диспепсия функционал диспепсияга қиради.

✓ Функционал диспепсия ташхиси шунга мос клиник белгилар йил давомида ун икки ҳафтадан ортик давом этганда ва ухшаш белгилар билан кечадиган органик патология истисно қилинганда қуйилади.

#### *Анамнез ва физикал текширув*

➤ Умумий белгилар: кориннинг юкори қисмида, урта чизик атрофида огрик ва дискамфорт, семизлик ва тез туйиб қолиш хисси, кунгил айнаши.

➤ Функционал диспепсиянинг диагностик тамойиллари.

✓ Диспепсия белгиларининг давомийлиги 1 йил давомида камида 12 ҳафта (кетма-кетбулиши шарт эмас) ташқил қилади.

✓ Диспепсия белгиларини тасдиқловчи ФЭГДС натижаларига асосан органик касалликнинг йуқлиги.

✓ Диспепсия белгилари дефекациядан кейин қамаймайди. Наҳас консистенциясига ва дефекация сонига боглик эмас.

➤ Бошқа касалликлардан дарак берувчи белгилар.

✓ Жигилдон қайнаши (эпигастрал соҳада эмас, балки ретростернал соҳада ачишиш хисси) гастрозофагал рефлюкс касаллиги борлигини курсатади.

✓ Дисфагия кузилунгачнинг органик касалликларини билдириши мумкин.

✓ Хавфли белгилар булганда (анемия, озиб кетиш, кон кетиш) хашиша органик касаллик булиш эхтимolini назарда тутиш керак (хавфли усмалар, ошкозон яра касаллиги ва б.к.).

*Инструментал ва лаборатория текширувлар*

✚ Зарурий диагностик текширувлар сифатида рентгенография ва УТТ тавсия этилмаиди, чунки органик касалликлар ташхисида бу усулларнинг ФЭГДСдан устун томонлари йук.

✚ ФЭГДС 45 ёшдан катта беморларда утказиш мажбурий. Шунингдек ёмон сифатли усмалар ва асоратлар хавфи юкори булганда утказилади.

✚ Асосий диспепсия белгилари мавжуд булганда узак сакланганда (хавфли белгилар йуклиги ва эмпирик давога карамай) *Helicobacter pilori* борлигига текшириш керак.

Дифференциал ташхис.

Гастроэзофагал рефдюкс касаллиги.

- Ошкозон ва 12 бармокли ичак яра касаллиги.
- Ошкозон ва кизилунгач раки.
- Дори воситаларининг ножуя таъсири (ЯКНДВ, эритромицин, телфиллин, юрак гликозидлари ва б.к.).

• Ут-тош касаллиги

• Сурункали панкреатит

• Целиакия.

• Мальабсорбция синдроми.

• Ошкозон-ичак йулларининг функционал касалликлари

• ЮИК

• КД, тизимли склеродермия ва бошкаларда ошкозон-ичак йулида иккиламчи

узгаришлари.

Диспепсиянинг органик сабаблари 40% беморларда аникланади.

Мутахассислар маслахатига курсатма.

✓ Гастроэнтеролог маслахати диспепсия хавфли белгилар билан кечганда ёки тажриба йули билан даволаш наф бермаганда тавсия этилади.

✓ Хавфли белгилар (дисфагия, мелена, гематемизис, гематохезия, иситма, озиб кетиш, ЭЧТнинг ошиши, лейкоцитоз, диспепсия белгиларинг биринчи марта 45 ёшдан кейин пайдо булиши) булган беморларни ФЭГДС ёки бошка махсус текширувлардан утишга юбориш керак.

✓ 4-6 хафта давомида утказилган даволанишга ижобий жавоб бермайдиган ва 45 ёшдан катта беморларни кушимча текширувга юборилади. (ФЭГДС ва *Helicobacter pilori*ни аниклаш).

Даволаш.

Даволашдан махсад.

❖ Белгиларни енгиллаштиришга эришиш.

❖ Беморга касаллиги функционал табиатга эга эканлиги ва белгилари кайталаниб туриши мумкинлигини тушунтириш керак.

Дориларсиз даволаш

▪ Пархез. Овкатланиш рационидан кийин хазм буладиган ва кттик махсулотларни чикариш.

▪ Тез-тез.ю оз-оздан овкатланиш.

▪ Чекиш, алкоголь, кофе ва ЯКНДВ истеъмол килишни тухтатиш хам яхши самара бериши мумкин.

Дорилар билан даволаш.

Тажриба йули билан даволаш.

➤ 45 ёшгача булган беморларда хавфли белгилар булмаса, тажриба йули билан даволашни ФЭГДС утказмасдан туриб бошлаш мумкин, чунки бирламчи ФЭГДС ва



тажриба йули билан даволашнинг фойда ва харажатлари бир-биридан унчалик катта фарк килмайди.

- Синовли тажриба йули билан даволаш 4-6 хафта давом этади.
  - ✓ Ярасимон вариантда- антацидлар ва H<sub>2</sub>- гистамин рецепторларини антогонистлари ранитидин кунига 1-300 мгдан 2 махал ёки фамотидин кунига 20 мгдан 2 махал.
  - ✓ Протон насос ингибиторлари: омепрозол 10-20 мгдан кунига 4 махал ёки лантопросол 15-30 мгдан кунига 4 махал.
- Дискинетик вариантда
  - ✓ Домпретон кунига 3-4 махал 20мг.
  - ✓ Метоклопрамид кунига 4 махал 5-10 мгдан ичиш учун.
- Махсус булмаган вариант: устунлик килувчи белги аникланмаганда прокеник ва антисекретор воситаларни биргаликда буюриш.

*Бошка даво чоралари.*

- ❖ Хеликобактер инфекцияси борлиги тасдиқланган шахсларда эрадикацион терапия курсини тавсия этиш зарур.
- ❖ Антидепрессантларфункционал гастроэнтерологик касалликлар белгиларини сусайтиради.

## ИНТЕРФАОЛ УСУЛ

### “АСАЛАРИ УЯСИ” иш ўйини:

#### Кадамлар:

#### Иш учун зарур:

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

#### Ишнинг бориш тартиби:

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

**4 – мавзу: Ичак функционал касалликларида қориндаги огрикларнинг кийёсий ташхиси. УАВ тактикаси. Ичак яллиғланиш касалликларида УАВ тактикаси. Госпитализацияга кўрсатмалар. Даволаш ва тез ёрдам тадбирлари. Мехнатга яроқлилиқни аниқлаш.**

**4.1. Таълим бериш технологиясининг модели**

Машғулот вақти –7 соат	Талабалар сони : 9 – 10 гача
Машғулот шакли	Кириш-ахборотли машғулот.
Машғулот режаси	Ичак функционал касалликларининг этиологияси, патогенези, клиникаси Ичак функционал касалликларининг клиник кечиш хусусиятлари. Диагностика ва дифференциал диагностика Даволашнинг замонавий усуллари долзарблигини хозирги замон талаби микёсида асослаб бериш. Мехнатга яроқлилиқни аниқлаш.
Ўқув машғулотнинг мақсади:	Ичак функционал касалликларида қориндаги огрикнинг кийёсий ташхисоти. УАВ тактикаси.
Таълим бериш усуллари	Кўргазмали, суҳбат
Таълим бериш шакллари	Оммавий, жамоавий
Таълим бериш воситалари	Ўқув қўлланма, дарслик, маъруза матни, проектор, компьютер
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория.
Мониторинг ва баҳолаш.	Оғзаки назорат: савол – жавоб.

**4.2. Амалий машғулотнинг технологик картаси.**

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёрлов босқичи 10 дақиқа	1. Аудитория тозаллигини назорат қилади 2. Талабаларни машғулотга тайёргарлигини текширади 3. Давоматни назорат қилади	
1.Ўқув машғулотига кириш босқичи (15 дақиқа)	1. Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2. Кириш маърузаси учун тақдимот слайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
2 – Асосий босқич.  50-дақиқа 50-дақиқа 45-дақиқа 45-дақиқа 55-дақиқа	1. Талабаларни кичик гуруҳларга бўлиб, мавзу бўйича саволларни беради. «Ручка-стол марказида» иш уйинини ўтказиш усули 1. Бутун гуруҳга топшириқ берилади. Ҳар бир талаба вазифани ёзади ва ёнидаги талабага узатади, ручкани стол ўртасига қуяди. Ўқитувчи талабани текширади ва талабалар тўғри жавобларни ўз дафтарларига кўчирадилар, бунда талабанинг назарий билими баҳоланилади.  2. Кўргазмали плакатлардан фойдаланади	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Томоша қиладилар Қатнашадилар Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар

245-дақиқа	3. Слайдлар, мультимедиалардан фойдаланади 4. Даволаш ишларини олиб боради 5. Мавзулар асосида берилган маълумотларни умумлаштиради ва хулосалайди, фаол иштирокчи талабаларни рағбатлантиради ва умумий баҳолайди	
3. Якуний боскич (45 дақиқа)	1. Якунловчи хулоса қилади 2. Мустақил иш беради 3. Уйга вазифа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади
Жами: 315 дақиқа 7 соат		

## Мавзу баёни

### ОШКОЗОННИНГ ФУНКЦИОНАЛ КАСАЛЛИКЛАРИ

Организм билиги ва ошқозон функциянинг МНС ва вегетатив асаб системаси билан узро боғлиқлигидан, функционал касалликлар – олий нерв фаолияти бузилишидан ва вегетив нерв системаси бузилишидан келиб чиқади.

Ошқозоннинг функционал касаллиги – купрок бошлангич морфология узгаришлар би-лан ёки гастритнинг ифодаланган клиник симптомларига аста-секин утиши билан ёки яра касаллиги билан кушилиб келади.

Куйидаги функционал ҳолатлар ва ошқозон фаолиятининг бузилиши фаркланади:

1. Гастроптоз.
2. Харакат функциясининг бузилиши моторли неврозлар, гипотония, гастро ёки пилороспизм харакат функциясининг кучайиши.
3. Секретор функциясининг бузилиши ошиши ёки камайиши.
4. Ошқозон диспепсияси.

Гастроптоз - ошқозоннинг тушиши – конституцион ёки орттирилган тушиши, бунда катта эгриликкининг юкори кисмини бир неча бармок пастга тушади.

Айниқса умумий висцеропатоз астеник типдаги кишилар, купрок кизлар, усмирлар, куп тугувчиларда учрайди.

Гастроптоз тушунчаси утган аср охирида Гленар мустақил касаллиги сифатида аниқланган эди.

Патогенез - бирдан озиш туфайли органлар атрофида ёг тупланиши камаяди, уни тутиб турувчи бойлашлари бушатади, утирувчи хаёт тимсоли, лордоз сколиоз борлиги, ута огирлик кутариш, ошқозон тонусининг пасайиши оқибатида псевдогастроптоз келиб чиқади.

#### **Клиника: ташқи тонус ва моторика.**

Функционал белгилари – огирлик сезиш, ва эпигастрийнинг таранглашиши. Корин пастки кисмини буртиб чиқиши, метеоризм, гулдураши, аэрофагия, овкатдан кейин босим ва туликлик сезиш, камрок куйиш ва нордон кекиришлар булиши, «Ортостатик синдром-га» эпигастрийда огрик, огирлик кулоқларда шовкин характерли. Келишган озгин, баланд буйли кишилар ортостатик коллапсга моил булади. Озиш баъзида прогрессив характерда булади. Ётган ҳолатда баллотирлаш йули билан пальпация килинганда шалоплаш эшити-лади. Гленард гастроптознинг диагностик белгиларини ёзади: врач оркали билан тик тур-ган беморни кучоклаб, икки кули билан корнини устини босади ва бирдан кулларини ола-ди. Хақиқий птозда беморлар корин юкорисини босганда енгиллик сезади ва тусатдан кулларини олганда

огирлик ва огрик сезади. Купинча беморлар гастроптозда корин аор-тасининг нохуш сезгили урушига шикоят киладилар. Беморларнинг кисмида гиперхло-гидрия булади.

Рентгенптоз, рентгенограммада кармоксимон, хар доим кардия диафрама остида одатдан жойида жойлашади. Привратник ва 12 бармок ичак ошкозон туби билан бир вакт-да тушади, кейин бирмунча аралашиш юзага келади, окибатда 12 бармок ичак пиёзчаси узади ва улчами ошганлиги учун ошкозон бушатилиги бузилади, баъзида сушт перис-тальтика булишидан овкат ушланиши симптомлари асосан ичакларда булиши кузатилади, купрок йугон ичак спастик кисилиши кузатилади ва гирляндсимон осилиб туради.

Гастроптоз кечиши ва прогнози – яхши, агарда тадбирлар вактида килинса, массани ошириш ва массаж, даволовчи машklar ёрдамида корин прессини аста-секин жисмоний зичлаш.

Дифференциал диагноз: привратник стенози, ошкозон иккилашчи кенгайиши, ошко-зон параличи, долихо ва мегагастродан, нормал ва харакатганлигида, лекин нисбатан юкори жойлашган холатидан фарклаш керак.

Даволаш: овкатланишнинг кучайтирилган режими, махсус кенг эластик бандажлар такишни рекомандаия килиш.

Ошкозон моторикасининг бузилиши – ошкозон функциясининг ошиши ё камайиши билан характерланувчи функционал булиши:

□ ошкозоннинг уткир параличи ёки ошкозоннинг уткир кенгайиши, бу наркозда юкори доза морфий юборилган корин бушлигидаги операциялардан кейин кузатилади.

□ Ошкозон гипотонияси ёки атонияси – нерв – мушак аппарати кучсизлиги асосида юзага келувчи ошкозоннинг парез холати. Пилоростеноз декомпенсациясида, операциядан кейин, менструациядан олдин, кахексияда кузатилади.

Клиника- ошкозоннинг буртиши, огирлик сезиш, корин туликлик, огрик.

Даволаш: ярим оч пархезда бир неча кун, ёток режим. Холин стрихнин препаратлари.

Ошкозон секретор функциясининг бузилиши - ошган гиперсекреция ва пасайган гипосекрецияли ва ахлоргидрия киради.

□ гиперсекреция – айникса кечаси кризли, жуда куп ширали кушиш кузатилади.

Клиника: кучли нордон кекириш, коринда очишиш, туш оркайда агишиш, кушиш, кунгил айниши, хикичок тутиши, нордон реакцияли кусик массалари.

Гиперсекреция – овкатдан кейин, ковурилган пиёздан кейин, саримсок, каватли пироғлар, тузли пишлоклардан кейин кузатилади. Гиперсекреция хуружли булиши мумкин, кайсики, овкатдан дагал булганда, психик жарохатдан кейин кечкурун кузатилиб, азоб берадиган куйиш, кушиш билан кечади, баъзида овоз бойламларини реффлектор спазми натижасида бугилиш холати келиб чикади. Бу синдром ёки пароксизмол гипер-секреция 12 бармокли ичак яра касаллигининг бир симптомларидан хисобланади. Диагностика рентгенография, эндоскопия.

Даволаш: - 1 А, 1 Б стол пархези, МНС сини тинглантириш – бром, ваголитик препаратлар, атропин, натрий бикарбонат, висмут тузи в акалий.

□ гипосекреция ёки ахилия – сурункали гастритнинг симптоми ёки конституцион характерда булиши мумкин. Без аппаратининг функционал пасайиши асосида ёки ошкозон секрециясининг тухташи авитаминоз асосида ривожланиши мумкин.

Этиология – чучиш, курков, гам, психоген факторлари маълум даражада ошкозон секрециясининг камайиши. Деярли хамма инфекцион касалликлар ошкозон секрециясини камайтиради.

Функционал ва органик ахилия фаркланади.

Клиника:- шикоятлар булмаслиги мумкин, ахлоргидрид тулик йуколмайди, умумий неврозга ишлашни хохламаслик. Тез чарчаш, депрессияга хос характерли белгилар. Ахилия асосида ривожланувчи объектив симптомлар купрок кузатилади – жуда тоза, силлик, кизил тил, ахилияда гунтеров глоссити, огиз бурчакларида ёриклар, огизда ачишиш, кекириш. Текширганда ширасини гипосекреция, шира шилликка, оксилга бактериянинг хужайра элементларига бой, анемия булади.

Органик ахилияда рентгенографик текширишда купол рельеф, донардорлик ёки маълум даражада контерининг бузилиши, куп полиплар булиши учрайди.

Даволаш – компенсация холатида беморлар даволанишлари зарур, кайсики диспептик бузилишлар, кекириш, кусиш, таранглашиш сезгиси билан ич кетиш, мева, сабзавотларни, осилларни пархез килиш, катта микдор оксилларни бирдан қабул килиш мумкин эмас – тоза сут, гушт, тухум, сурилиш ва парголанишини чегаралаш керак.

Кучсиз секретцияли кузгатувчилар: жавхар, сирка, лимон шираси иштахани кизгатадиганлар деб курсатилади.

Тузнинг чирилган диспенсиясида ишкория реакцияга эга, углеводни овкатларнинг очиган диспенсиясида бир канча вақт оксилли овкатларни чегаралаш зарур. Панкреатит ва ферментлар кучли ич кетиши борлигида мис, кумир, бур, адсорген тавсия қилинади. Минг ёшлик, ромашка каби ошқозон секретциясини кзгатадиган эритмалар тавсия этилади.

Диспепсия – бу функционал холат булиб, аниқ морфологик ифодали узгаришлари йук булганда, куринишидан оддий фнукционал бузилиши хисобланади. Агар бузилиш ошқозон касаллиги асосида булса-бирламчи диспенсия, агар органик ва функционал касаллик асосида булса – иккиламчи диспенсия булади.

Иккинламчи диспепсия – жуда эски диспепсия тушунчаси. Гипократ айтадики, бу оватнинг нуксонли ёки туликмас аралашини ошқозон диспенсияси – огирлик сезиш, асабий кишиларда ошқозон соҳасида огрик билан характерланади. Бу холатда ошқозон турли хил секретия ва кислотали ошиши ёки камайиши, огрик сезиш холатига сезувчанликни кузайиши, атонияга тушиш ёки спазм холатига ошқозон моторикаси ва тонусининг ошиши. Эвакуациянинг ошиши ва секинлашини.

Клиника - огрик-овкатдан кейин ва турли хил узок. Бугик, бежавотирлик сезиш билан, коринда огир кучланиши, проксимал огрик билан кечиши, иккиламчи невр-вегатив дистония кузатилиши мумкин. Куп сулак ажратиши, кул-оёк охирларида ошган иссиқ тулқин пайдо булиши ифодаси билан томир реакцияси, брадикардия, экстраксистолия ва аритмия.

Даволаш – уйку, МНСсини тинчлантириш, транквилизаторлар, физиотерапия, пархез, аччик, тузланган овкатлар чегараланиши, никотин, алкоғоллар манъ этиш керак.

Кизилунгачнинг неврози жуда куп учрайди. Неврозлар клиник картинасига ухшаш, унинг диагностик ахамияти хамжуда юкорики, коидадагидек дисфагия, беморларнинг овкат еиши хохламаслиги, озиши, рак ёки яра касаллигига тез-тез тахмин килишга ундаши билан характерланади.

Кизилунгачнинг хамма функционал бузилишлари беморларда бир хил шикоятларни чакиради. Овкатни тула ютаолмасликда дисфагия, туш оркасида босилишни сезиш, кусиш.

Кизилунгачнинг неврози

1. Сезувчи,
2. Харакатлантирувчига булинади.

Сезувчи неврозлар – туш оркасида очишиш сезгисини парастезияси билан клиник ифодаланади, баъзида кизилунгачда овкат лукмасини сезиш билан ифодаланади. Рентген ва ЭГДФС нормада.

Даволаш: бром, мминал билан нерв – психик тинчлик бериш, оливкали мой билан кизилунгачга суртиш.

Одатда кизилунгач танасининг харакат мотор неврозлари спастик холатга эга кизилунгач спазми, танасини диффуз кенгайиши билан буладиган кардиоспазм, кардия етишмовчилиги кузатилади.

Ютишнинг бузилиши билан узок кургун спастик контракция чакирувчи – кизилунгачнинг спазми унинг юкори ёки пастки кисмларида жойлашини мумкин.

**Этиология** - невратик конституция, минингит утказган, МНС тосик шикастланиши, кокшол, стрихнин билан захарланиш ва б.к. **Клиника ва диагностика.** Ютишнинг имкони йуклиги ва огрикли дисфагия, куркувни сезиш ва йуталиш билан кузатилади. Ютишнинг бузилиши йуколиши мумкин ва яна пайдо булиши мумкин - бу эса беморнинг психикасига ёмон таъсир этади. **Диагностика** – эзофагскопия ва рентген текшириш. **Даволаш:**

чуқурлаштирилган узок психотерапия, сувли иссик муолажалар - ванналар, атропин, папаверин каби антиспастик воситалар билан диатермия. **Кардия спазми** - кардия ахалазияси деб ҳам номланади, кизилунгачнинг идиопатик кенгайиши, мегаэзофагус ва б.к. У бутун кизилунгачнинг узига хос диффуз кенгайишига олиб келади ва купрок 30 ёшдан ёшгача учрайди. **Патогенез** – кардиоспазм нерв-мушак аппаратининг тугма етишмовчилиги булиб, кардия ва кизилунгачнинг узига хос дискинезиясини келтириб чиқаради, оқибатда кардия ёпилади, биринчи навбатда эзофагус мускулатурасининг кучли кискаришидан уз навбатида кизилунгач кенгаяди. Хозирги пайтда таркибида энг куп ганглит хужайралари дегенерацияси билан Ауэрбах чигали интрамурал шикастланиши назарияси ётади.

**Клиника ва диагностика** - огрик, дисфагия, кекириш. Рентгендан кенгайган кизилунгачда контраст модданинг ушланиши аникланади. **Даволаш** - адреналин симпатик нервни таъсирлайди, Вагуснинг антогонисти хисобланади. 5-10 та томчи кунига 1 неча марта овкатдан олдин, атропин ва ганглиоблокатор - кардия мушак халқасини тургун кенгайтирган дилататорлар тонусини пасайтириш максидида. 10 Ед инсулин – иштахани кузгатиш учун, психотерапия – бошида гипноз билан. Оператив даволаш миотомия. **Кизилунгач атонияси ёки парези** ута юкланишдан, ёки шикастланганда учрайди, ёки рекурентес, ларинкс дифтерияда, булбар усмаларда, склеротик ва бошка шикастланишларда булади. **Клиника ва диагностика** - ютишда огрикли дисфагия, айникса каттик овкатларда, суюкликларни ютишда кийналиш кайсики кучли шовкин билан ошқозонга утувчи. Рентген текширишда кизилунгачнинг катта кенгайишлари аникланилади. **Даволаш:** Кизилунгачнинг атония ёки парезини келтириб чиқарувчи асосий касалликни даволаш, медикаментоз даволаш: кофеин, стрихнин, гальвонотерапия.

**Кардия етишмовчилиги** – ошқозон бушлигида босимни ошишида овкат регургитацияси юзага келади, яра, сил, эзовагит невростеникларида кузатилади. Рентген текширишларда кардиянинг тусиксиз утказиши аникланади. **Даволаш:**

Уткир эзофагит ривожланганда:

а) бир неча инфекцион касалликлардан кейин кайсики инфекцион жараён ютишда пастки кисмларга таркалиши мумкин булган;

б) ёт жисмлар билан механик жароҳатланишда;

в) ута совук ёки ута иссик овкатлар билан шилликнинг таъсирланишидан.

**Клиника** – дисфагия, туш орқасида огрик баъзида кусиш.

Эзофагоскоп шиллик каватнинг гиперемиясини курсатади.

**Сурункали эзофагит** – веноз димланиш асосидаги актиномикозда яра касаллигида секин, уткир, лекин бирламчи ривожланиши мумкин. **Коррозив гастрит** – таъсирловчи моддалар, ишкорлар, уксус кислота ва б.к. билан кимёвий куйиш оқибатида ривожланади. Коррозив моддалар букиши, оксиллар коагуляцияси билан куйишни чиқаради. **Клиника** – ютишда кучли огриклик туш орқасида куйдирувчи огрик, конли, шилликли кусиш, температура, уткир йирингли медиастенит. **Даволаш** – пархезли физиотерапевтик, медикаментозли. **Сурункали гастрит** – ошқозон шиллик каватининг сурункали яллигланиши булиб, структурасининг қайта тузилиши ва секретор, мотор, инкретор функцияларининг бузилиши билан ошиб борувчи атрофияланиши билан характерланади. Хозирги вақтда сурункали гастритнинг тарқалган классификациясини (1973) қайсини сурункали гастритнинг А типини – аутомимунли ва сурункали гастритнинг В тип – катта кисми компиобактерия билан инфекцияланишга боглик – инфекционли турлари кабул қилинган.

**Сурункали гастрит А** – бу аутоиммун гастрит. Купрок В 12 дефицити анемия учун характерли классик аутоиммун касаллик ошқозон шиллик каватидаги копловчи хужайраларга аутоантителло ишлаб чиқариш билан намоён булади. В 12 – дефицит анемия билан боглик булмаслиги ҳам мумкин. А гастрит турида гастрин ишлаб чиқарувчи б – хужайралар сони ошади. Ошқозон ширасида ва конда гастритнинг ошиши ошқозон шиллик каватининг НС 1 билан атрофияланишини билдиради. Гастрит продукцияси ошишининг коида буйича қайта богланиши йук.

**Сурункали гастрит В** – купрок пилорик компилобактериялар билан инфекцияланишига боғлиқ. У антрал кисмини заралайди, кейинчалик йундао кисмига жараён таркалиши мумкин. В гастритнинг 2 та формаси ажратилади: - касалликнинг антрал эрта боскичи, секретор етишмовлигисиз ва диффуз, кечки боскичи секретор етишмовчилиги билан.

Сурункали гастрит классификацияси (Т.Я. Григорьев, Э.П. Вдовенко (1990)

I.Морфология:

1.Сурункали гастрит А типи.

2.Сурункали гастрит В типи.

Антрал формаси, диффуз формаси.

3.Сурункали гастрит, аралаш А+В атрофияли.

II.Кислота хосил килувчи функционал холати:

1.Сурункали гастрит юкори ва нормал секрецияси билан.

2.Сурункали гастрит секреция етишмовчилиги билан

1. уртача

2. умуман

III. Касаллик фазаси –

1. Кузиш.

2. Ремиссия

#### СУРУНКАЛИ ГАСТРИТНИНГ КЛАССИФИКАЦИЯСИ

(С.М. Рысс. (1974), А.Л. Гребень (1981)

1.Этиологик белгиси

А) бирламчи экзогенли (алиментар зарарликлар – алкоголь ичиш ва чекиш, касб зарарликлари),

Б) иккиламчи эндогенли – рефлексор. Нейроэндокрин, токсикометаболик, метаболик.

II Морфологик белгиси:

1.Юза - атрофиясиз, безлар шикастланиши Билан

2.Атрофик.

3.Гипертрофик.

III. Жойлашиши:

- таркалган

– чегарали

IV. Функционал белгилари:

- секреция сакланган ёки ошган:

- секреция етишмовчилиги билан:

- уртача ифодаланган.

V. Клиник белгиси:

А) Компенсацияли:

Б) декомпенсацияли

VI. Алохида турлари:

- ригидли,

- гигантли,

- гипертрофик,

- полипозли,

- эрозивли.

VII. Сурункали гастритнинг бошка касалликлар билан кечиши.

1990 йил Сиднейдаги гастроэнтерологлар халқаро конгрессида сурункали гастритнинг куйидаги классификацияси қабул қилинди:

1. Эндоскопия: эритематозли экссулативли гастрит – шиллик каватида догсимон гиперемия. Шиллик эрозив гастрит – эрозияларнинг қуриниши, атрофик гастрит, ичак метапоазияси булиши мумкин, геморрагик, гиперпластик.

II. Гистология: шиллик узгаришлари, яллигланиш типи, атрофия активлиги, компилобактерия иштирокидаги ичак метаплазияси бахоланади.

III. Топография:

антрумда.

танада жойлашиши.

IV. Этиология - аутоиммун кампилобактериялар алохида формаси.

Экзоген омиллар: овкатланиш режимининг бузилиши, жуда иссик, совук, механик ва химик таъсирловчи овкатларни истеъмом килиш, чекиш, алкоголь истеъмом килиш, овкатни ёмон аралашини, ошкозонни таъсирловчи дориларни узок истеъмом килиш. Ностероид яллигланишга карши воситаларни, глюкокортикоидлар, силга карши воситалар кабул килиш. Касб зарарликлари, нерв-психик стресс, овкат аллергияси, даволанмаган уткир гастрит. Эндоген факторлар: корин аъзолари касалликлари, бурун халкум сур, инфекцияси, эндокрин системаси касалликлари, моддда алмашинувининг бузилиши, подагра, семириш, темир дефицити, тукима гипоксияга олиб келувчи сурункали упка-юрак, ихтиёрый генезли кон айланиш етишмовчилиги, аутоинтоксикация, кетоацидозли кандли диабет, СБЕ, генетик омил. Клиника ва диагностика. Сурункали гастрит секрет етишмовчилиги билан. Огирлик таранглашиш, корин сохасида бугик огрик, кунгил айриши, пиорексия, огизда ёкимсиз хид, сассик кекириш, корин гулдурраши, ич кетиш, стоматит, соч тукилиши, тилнинг намланиши, поли- гипо витаминоз симптомлари, терининг куруклиги, тирнокларда трофик узгаришлар, озиш, демпинг – синдромининг кучсиз ифодаси, куп терлаш, сутни ёмон утказилиши, тез-тез панкреатит, иккиламчи гепатит, холецистит, энтероколит. Ошкозон шираси – базал секреция HCL 0,8 ммоль/с, максимал гистаминли секреция 10 ммоль/с гача. Рентген текширишда шиллик кават рельефи силликлашган, тонус ва перистальтикаси суст, ошкозон таркиби эвакуациясининг ошиши аникланади. ФГДС: шиллик каватнинг диффуз учокли юпкалашиши, ранги оклиги, конли томирлар куришган холатда. Даволаш: Этиологик даволаш, режимни ва овкатланиш характерини, МНСси функционал холатини нормаллаш, касб зарарликларини йукотиш, корин аъзолари касалликларини даволаниш.

Патогенетик даволаш.

1. Ошкозоннинг узгарган шиллик каватига таъсис этиш.

2. Ошкозон секрецияси бузилишини коррекциялаш.

3. Бузилган мотор функциясини коррекциялаш.

4. Бузилган ичак овкат хазм килишини коррекциялаш.

Асосий патогенетик факторлар.

Яллигланиш жараёни ривожланиши билан ошкозон шилли кавати ва безларнинг шикастланиши.

Дифференциация жараёни устидан пролиферация жараёни устун булиши билан ошкозон эпителийси регенерация жараёнининг бузилиши, СГ да хужайралар котиб колади, тез улади. Узининг махсус хусусиятларини йукотади, НС, пепсин ишлаб чикариш хусусиятидан махрум булади (безли хужайралар сони камаяди).

Простогландин метаболизми ва гастроинтестинал гормон ишлаб чикарилиши бузилиши билан боглик без секрециясининг регуляция узгариши.

Махаллий микроциркуляцияни бузилиши.

Ошкозонда дуоденал таркиб регуляциясининг, мотор-эвакуатор функцияси регуляциясининг бузилиши.

ОНТ (ЖКТ) шиллик кавати хужайраларига аутоантитело пайдо булиши билан иммунологик бузилиши, HCL ишлаб чикариши СГ нинг А типи учун хос.

Клиника ва диагностика. Сурункали гастрит нормал ёки ошган секреция, куйиш нордан кекириш, огирлик. Овкатлангач коринда бугик огрик. Баъзида очликда, тунги, кабзиятга мойиллик, коринда пальпацияда огрик. Ошкозон шираси: HCL базал секрецияси нормал ёки 10 ммоль/с гача ошган, максимал гистаминли секеция 35 ммоль/с гача. Рентген текшириш – гиперсекреция белгилари зичлашган катламда билан шиллик кават рельнфининг таркалган



кайта курилиши тонус ва перистальтикасининг бузилиши. ФГДС - кизариш, катламлар гипертрофияси, шиш, шиллик борлиги.

## ИНТЕРФАОЛ УСУЛ

### “РУЧКА –СТОЛ МАРКАЗИДА” иш ўйинини ўтказиш усули:

#### Иш учун зарур:

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

#### Ишнинг бориши:

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

**5 – мавзу: Қоринда огрик билан кечувчи ошқозон-ичак йўллари патологияси билан боғлиқ бўлмаган қиёсий ташхиси: абдоминал эпилепсия, даврий касаллик, ревматизм, геморрагик иситмалар, геморрагик васкулитлар, антикоагулянтларни назоратсиз қабул қилиш, безгак, порфирия, тугунчали периартериитлар.**

**5.1. Таълим бериш технологиясининг модели**

Машғулот вақти – 5 соат	Талабалар сони : 9 – 10 гача
Машғулот шакли	Кириш-ахборотли машғулот.
Машғулот режаси	Амбулатор шароитда қориндаги огриклар билан кечувчи ошқозон-ичак йўллари патологияси билан боғлиқ бўлмаган касалликлар қиёсий ташхисотини талабаларга ургатиш Амбулатор шароитда абдоминал эпилепсия, даврий касаллик, ревматик иситма, геморрагик васкулитлар, безгак, порфирия, тугунчали периартрит каби касалликларнинг қиёсий ташхисотини ўрганиш. УАВ тактикасини аниқлаш
Ўқув машғулотнинг мақсади:	Амбулатор шароитда қориндаги огриклар билан кечувчи ошқозон-ичак йўллари патологияси билан боғлиқ бўлмаган касалликлар қиёсий ташхисотини талабаларга ўргатиш. УАВ тактикасини аниқлаш.
Таълим бериш усуллари	Кўргазмали, суҳбат
Таълим бериш шакллари	Оммавий, жамоавий
Таълим бериш воситалари	Ўқув қўлланма, дарслик, маъруза матни, проектор, компьютер
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория.
Мониторинг ва баҳолаш.	Оғзаки назорат: савол – жавоб.

**5.2. Амалий машғулотнинг технологик картаси.**

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёрлов босқичи (15 дақиқа)	1. Аудитория тозалигини назорат қилади 2. Талабаларни машғулотга тайёргарлигини текширади 3. Давоматни назорат қилади	
1. Ўқув машғулотига кириш босқичи (15 дақиқа)	1. Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2. Кириш маърузаси учун такдимот слайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
2 – асосий босқич 150-дақиқа	1.Талабаларни кичик гуруҳларга бўлиб, мавзу бўйича саволларни беради. «Ручка-стол марказида» иш уйинини ўтказиш усули Бутун гуруҳга топшириқ берилади. Ҳар бир талаба вазифани ёзади ва ёнидаги талабага узатади, ручкани стол ўртасига қуяди. Ўқитувчи талабани текширади ва талабалар тўғри жавобларни ўз	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Томоша қиладилар Қатнашадилар Тинглайдилар ва саволларга

	дафтарларига кўчирадилар, бунда талабанинг назарий билими баҳоланилади 2. Кўргазмали плакатлардан фойдаланади 3. Слайдлар, мультимедиалардан фойдаланади 4. Даволаш ишларини олиб боради 5. Мавзулар асосида берилган маълумотларни умумлаштиради ва хулосалайди, фаол иштирокчи талабаларни рағбатлантиради ва умумий баҳолайди	жавоб берадилар
3. Якуний боскич (45 дақиқа)	1. Якунловчи хулоса қилади 2. Мустақил иш беради 3. Уйга вазифа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади
Жами (225 дақиқа) (5 соат)		

### Мавзу баёни

**Абдоминал эпилепсияда** юрак нуқсонининг шаклланган муҳитида, аксарият аорта нуқсонида, инфекциян эндокардитни инкор қилиш керак. У ҳолда яқин анамнездаги бактерияли инфекцияни-инфицирланган жароҳатларни, йирингли инфекцияларни ва бошқаларни (инобатга) олиш керак. Инфекционли эндокардитда беморлар кескин ҳолсизликка, ориқлашга, эт увишишига, суякларда ва мушакларда оғрикка, кучли артралгия ёки кўчиб юрувчи (мигрирующий) артритга шикоят қиладилар. Инфекцион ар-тритга куйидаги белгилар хос: эт увишиб, терлаш билан узоқ давом этувчи ремиттирли, гоҳида интермиттерли иситма, тери қатламларини бўзариши, тирноқлар соат ойнаси, бармоқлар учи эса «ноғора чўпи» шаклида ўзгариши, тромбоземболияларга мойиллик, диффузли гломерулонефрит, васкулитлар ва гепатоспленомегалия ривожланиши, жадаллашувчи анемия, ревматоид омилларни аниқлаш, кескин гипергаммаглобулинемия, бактеримия катта ташхисий аҳамиятга эга.

**Тугунчали периартрит (ТП)** бошаланиши даврида ревмокардит симптомларига ўхшаш кўринишда ривожланади. ТПни ревмокардитдан фарқлаш учун баъзи ички аъзолар (бўғимлар, юрак, перикард, ўпка, буйрак, талокнинг специфик шикастланишини инобатга олиш лозим. ТПда ревматизмдаги ўзгаришлардан фарқли ўлароқ тери зарарланиши - «корин огриги» симптоми, лейкопения, анемия, ЭЧТ кескин ошиши, фармол синамаси мусбатли, , картикостероид давонинг самарадорлиги кузатилади.

**Ревматик васкулит** кўп қиррали (полиморфли) – жараён ўткирлигига, шикастланган аъзо ва системалар сони ва табиатига (характерига), касаллик бошланишида беморнинг тиббий ёрдамга мурожат қилган даврига, даволаш натижаларига боғлиқ. Ревматизм одатда стрептококкли томок, бурун инфекцияси билан касалланишдан(ангина, сурункали тонзиллит, гайморит) 1,5-4 хафта ўтгач бошланади. Қайта хуруж қилишда (рецидивда) бу муддат киска (1-2 кун) бўлади. Хасталик иситмалаш (харорат кўтарилиши аксарият 37,5—38,5°C, кам холларда 39-40°C), титроксиз терлаш билан кузатилади. Ревматизмда энг кўп зарарланадиган аъзо юрак ҳисобланади. Ревматикли жараён юракнинг ҳамма қаватини шикастлайди, лекин асосан эндомиокардит (ревмокардит) типиди ривожланади. Ревмокардит бирламчи (биринчи хуруж) ва қайталанувчи (такрорланувчи хуружлар), шаклланган қопқоқ нуқсонлари ёки уларсиз бўлади.

**Геморрагик васкулит.** Аутоиммун жараёнлар таъсирида тож артериялар яллиғланиши (ревматикли коронаритлар) майда ўчоқли миокард инфарктини чақиритиши мумкин. Мия артерияларининг ревматизм билан зарарланиши ўткинчи парезларни ёки менингоэнцефалит синдромини вужудга келтириши мумкин.

**Баъзи холларда** қайталанувчи, кўпинча, чўзилувчан кориндаги огрикни миокардитнинг оғир, жадаллашувчи Абрамов-Фидлер тури билан фарқлаш керак. Бунда тери қатламлари бўзарган, цианотик кулранг, юз кериккан (салкиган). Юрак соҳасидаги доимий кучли оғрик,

кескинлашувчи хансираш, ҳолсизлик, дори-дармонлар таъсирининг са-марасизлиги, жадаллашувчи қон етишмовчилиги беморда ваҳима, кўркув ҳолатини вужудга келтиради. Текширилганда тахикардия, гипотония, юрак ҳажмининг катталаш-ганлиги, юрак товушларининг бўғиқлашганлиги аниқланади. Мушакли систолмк шовқин билан бир қаторда баъзи беморларда мезодиастолик шовқин, от дупури ритми, эк-страсистолия эшитилади.

### **ИНТЕРФАОЛ УСУЛ**

**“РУЧКА –СТОЛ МАРКАЗИДА” иш ўйинини ўтказиш усули:**

#### **Иш учун зарур:**

4. Алоҳида варақларда босилган саволлар.
5. Тоза қоғоз варақлари, ручкалар.
6. Иш дафтари.

#### **Ишнинг бориши:**

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

**6 – мавзу: «Ўтқир қорин» клиникасини тасвирловчи кўкрак қафаси аъзолари касалликларининг ташхиси ва қиёсий ташхиси: миокард инфаркти, перикардит, крупоз зотилжам, плеврит. Тез ёрдам. Шифохонага ётқизиш учун кўрсатмалар.**

**6.1. Таълим бериш технологиясининг модели**

Машғулот вақти – 7 соат	Талабалар сони : 9 – 10 гача
Машғулот шакли	Кириш-ахборотли машғулот.
Машғулот режаси	утқир қорин билан кечадиган кукрак қафаси органлари касалликларини ташхис қилиш ва биринчи ёрдам беришни ўргатиш.
Ўқув машғулотнинг мақсади:	Талабаларга утқир қорин билан кечадиган кукрак қафаси органлари касалликлари хақида маълумот бериш.
Таълим бериш усуллари	Кўргазмали, суҳбат
Таълим бериш шакллари	Оммавий, жамоавий
Таълим бериш воситалари	Ўқув қўлланма, дарслик, маъруза матни, проектор, компьютер
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория.
Мониторинг ва баҳолаш.	Оғзаки назорат: савол – жавоб.

**6.2. Амалий машғулотнинг технологик картаси.**

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёрлов босқичи (10 дақиқа)	1. Аудитория тозалигини назорат қилади 2. Талабаларни машғулотга тайёргарлигини текширади 3. Давоматни назорат қилади	Тинглайдилар
1. Ўқув машғулотига кириш босқичи (15 дақиқа)	1. Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2. Кириш маърузаси учун тақдимот слайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	Тинглайдилар Ёзиб оладилар
2 – асосий босқич 245-дақиқа	1.Талабаларни кичик гуруҳларга бўлиб, мавзу бўйича саволларни беради.  <b>ИНТЕРФАОЛ УСУЛ</b> <b>“МУАММОНИНГ ЕЧИМИ” иш ўйини:</b>  <b>Иш учун зарур:</b> .Алоҳида варақда чоп этилган топширик вариантлари ва вазиятли масалалар тўплами. .Ҳар бир кичик гуруҳдаги талабалар сонига қараб, қуръа ташлаш учун сонлар. Ўйинни оғзаки утқизиш мумкин. (ёзма ҳам утқизиш мумкин.).  2. Кўргазмали плакатлардан фойдаланади 3. Слайдлар, мультимедиалардан фойдаланади 4. Даволаш ишларини олиб боради	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Томоша қиладилар Қатнашадилар Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар

	5. Мавзулар асосида берилган маълумотларни умумлаштиради ва хулосалайди, фаол иштирокчи талабаларни рағбатлантиради ва умумий баҳолайди	
3. Якуний босқич (45 дақиқа)	1. Якунловчи хулоса қилади 2. Мустақил иш беради 3. Уйга вазифа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади
Жами:		

### Мавзуга оид саволлар:

1. «Ўткир қорин» клиникасини тасвирловчи кўкрак қафаси аъзолари касалликларининг ташхиси ва қиёсий ташхиси: миокард инфаркти, перикардит, крупоз зотилжам, плеврит.
2. Тез ёрдам.
3. Шифохонага ётқизиш учун кўрсатмалар
4. Ўткир қорин синдроми билан кечувчи касалликларни профилактикаси ва реабилитацияси.

### Мавзунинг баёни

Ўткир қорин хирургик шошилиш холат бўлиб ушбу симптомлар билан характерланади:

1. Кориндаги оғрик
2. Корин пардаси таъсирланиш симптомлари
3. Диспептик бузилишлар

Миокард инфаркти. Тож томирлардан бирининг тромб билан бекилиши ёки торайиш натижасида миокарднинг бир қисми озикланмасдан некрозга учраши туфайли содир бўлади. Клиник қуриниши миокардни канча қисми зарарланганлигига боғлиқ. Касаллик купрок гипертониялар, атеросклероз, ортикча ёғ босиш ва кучли стресслар билан боғлиқ.

Миокард инфаркти кечишида 5 давр ажратилади.

I. Эрта давр бўлиб, стенокардия хуружлари тутиб туриши билан тавсифланади.

II. Ута ўткир давр-миокарднинг ўткир ишемиясидан то некроз ўчоки пайдо бўлишининг илк белгиларига қадар давом этади (0, 5-2 соат). Бу даврда тўш суяги оркасида кучли оғрик пайдо бўлиб, чап ва ўнг кўкрак соҳаси бўйлаб тарқалади. Атипик турида хатто қорин бўшлиқига ҳам тарқалиши мумкин. Беморда юрак ритми бузилиши, холсизланиш, кўнгил айниши, кайт килиш, хаво етишмаслиги, артериал босимнинг кескин тушиб кетиши, эс-хушини йўқотиш кузатилади.

III. Некроз ўчоки шаклланиши даври (давомийлиги 2-10 соат). Бунда ҳам оғрик сақланади, беморнинг умумий аҳволи оқирлигича қолади. Бунга сабаб юрак етишмовчилиги ва кон босимининг пастлигидир. Бу даврда некрозланган миокард юмшайди (миомаляция) ва ўта нозиклашиб қолади. Бемор юрак ёрилиши (тампонада) аритмиялардан ёки оғрик натижасида келиб чиқадиган кардиоген шокдан халок бўлиши мумкин.

Бу давр миокард некроз соҳалари ялликланиши билан кечгани сабабли тана харорати кўтарилиши, нейтрофил лейкоцитоз, ЭЧТ ошиши кузатилади.

IV. Чандикланиш даври. Оғрик йўқолиб, ялликланиш белгилари сусаяди.

V. Инфарктдан кейинги давр.

БТЕ. Тўқри ёрдам кўрсатиш учун миокард инфарктини стенокардиядан фарқлай олиш лозим. Инфарктга хос белгилар оғрик узок давом этиши, юрак томир фаолиятининг сусайиши, нитро препаратлар ва валидол таъсирида босилмаслиги, ЭКГ курсаткичларининг узгаришидир.

Миокард инфарктида шошилиш ёрдам тадбирлари қуйидагилар:

1. Беморни зудлик билан махсус кардиологик бригадани чақириб шифохонага жўнатилади. Улар етиб келгунича юрак ва нафас фаолияти бузилган тақдирда уларни тиклаш лозим бўлади. Беморни ҳаракатлантириш мутлақо ман этилади.

2. Беморга зудлик билан оғрик қолдириш учун наркотик анальгетиклар-морфин, омнопон, пантопон ва б. қилинади, оқир холларда азот (I) оксиди хидлатилади.

3. Конни суялтириш учун гепарин 70-10000 ТБ да 200 мл изотоник эритма билан венага томчилаб юборилади. Бунда протромбин кўрсаткичини назорат қилиш лозим.

4. Аритмия кузатилганда аритмияга карши –новокаинамид, анарилин, этмозин, лидокаин, аймалин ва б. берилади.

5. Юрак гликозидлари-строфантин, коргликон адонис препаратлари берилади.

6. Кардиоген шок ривожланса мезатон, норадреналин, натрий хлорид ёки глюкоза эритмаси ишлатилади.

7. Юрак тўхтаб колса адреналин юборилади, бу хам ёрдам бермаса, дефибрилляция ўтказилади.

Миокард инфарктини ўтказган одамга спорт билан шукулланиш, рационал овқатланиш, рухий сикилишдан сакланиш, профилактика учун аспирин ичиш тавсия этилади. Миокард инфарктининг атипик шакллари - 20 фоиз инфаркта кузатилади. Гастралгик шакли купинча уткир корин клиникаси билан кечади. Гастралгик (абдоминал) тури - огрик хуружи қорриннинг юқо-ри қисмида (эпигастрия соҳасида) вужудга ке-лиши ёки шу соҳага тарқалиши билан характерланади. Хасталикнинг мазкур тури кўпинча чап қоринчанинг орқа девори ёки орқа ён деворининг пастки қисмида жойлаш-ган миокард инфарктида кузатилади ва ўткир миокард инфарктининг 2-3 фоизини ташкил қилади. Тўш суяги орқасидаги ёки юрак соҳасидаги оғрик эса, аксарият, чап қоринчанинг олдинги ёки олдинги -ён девори миокард инфарктида юз беради. Бир вақтда диспепсик шикоят-лар: ҳаво билан кекириш, ҳиқичоқ тутиш, кўнгил айниши, қусиш, қориннинг дам бўлиши, ич кетиш вужудга келади. Қоринни пайпаслаганда эпигастрия соҳасида огрик мавжудлиги, мушак қаватининг тарангланиши аниқла-нади. Баён қилинган меъда-ичак фаолиятининг бузилиш-лари, меъда яра ёрилиши, ўт касаллиги хуружи, ўткир панкреатит ва холецистит ёки овқат билан захарланнш нотўғри ташхис қўйишга олиб келиши мумкин; шу билан бирга бу хасталикларда ҳам ҳарорат кўтарилиши ва лей-коцитоз аниқланади. Ташхис қўйишда янглишмаслик учун ҳар хил корин оғриғида ЭКГ текширишини ўтказиш шарт. Миокард инфаркти гастралгик турининг корин бушлигидаги купчилик аъзолар касаллик-лари (уткир гастрит, меъда ва ун икки бармок ичак яраси тешилиши, уткир панкреатит ва холецистит) билан ухшашлигининг мавжудлиги ташхисни кийинлаштиради. Бу вазиятда анамнез маълумотларини синчиклаб урганиш (олдинги йилларда ўтказилган касалликлар-ни, мазкур хасталикни бевосита вужудга келтирувчи сабабларни аниқлаш), Ўтибор билан беморни текшириш, ЭКГ ва лаборатория курсаткичлари муҳим аҳамият кашф этади. Корин бушлиги аъзолари касалликларига кучли ва давомли огрикнинг типик жойлашиши ва тарқалиши, такрорланувчи қусиш, метиоризм характерлидир.

### КРУПОЗЛИ ЗОТИЛЖАМ

Таърифи. Крупозли зотилжам - упканинг бутун булаги ёки унинг 1-2 сегменти зарарланиши, цикл билан кечиши ва жараёнга упкани ураб турган плевра варакаларининг тортилиши (плевропневмонит), ҳамда упка алвеолалари ва майда бронхлар сатхини коповчи фибринли экссудат ривожланиши билан кузатиладиган касаллик.

Крупоз зотилжамида асосий узгаришлар нафас аъзолари, юрак, кон томир ва нерв тизимларида кузатилади. Касаллик клиник 3 боскичда кечади.

Хасталикнинг бошлангич даври - патанатомияда куйилиш даврига тугри келади.

Пайпаслаганда овоз титрашининг кучайиши аниқланади.

Перкуссияда - бугикрок тимпаник товуш эшитилади.

Аускултакияда - упка тукумаси эластиклиги ва алвеола деворлари таранглашишининг пасайиши, ҳамда алвеолалар ичида яллигланиш экссудати тупланиши туфайли везикуляр нафас сусайган.

Нафас олиш чуққисида бошлангич крепитация (crepitacio in dux). содир булади.

Плевра варакаларининг ишқаланиш шовқини эшитилади.

Касалликнинг шаклланган (авж олган) даври паталогоанатомик кизил ва кулранг боскичига мос келади.

Пайпаслаганда упканинг зарарланган соҳасида товуш титраши кучаяди.

Перкуссияда бугик товуш ифодаланган (якколлашган).

Аускультацияда - упка тукумаси зичлашганлигини курсатувчи бронх нафаси эшитилади.

Тузалиш даври - паталогоанатоллик сурилиш боскичи экссудат суюклаша бошлаши билан алвеолаларга хаво кириши натижасида:

□ Пайпаслаганда товуш титраши меъерига келади.

□ Перкуссияда - бугик товуш пасайиб, билинар-билинемас тимпаник охангда ялигланиш бутунлай сурилиб кетганда упка товуши эшитилади.

□ Аускултацияда - бронх нафас сусаяди, кейинчалик везикуляр нафасга утади, охирги даврда крепитация редукс (сгеритасіо гедукс) пайдо булади, кейинчалик йуколади, экссудат сурилиши натижасида майда пуфакчали жарангли нам хириллашлар эшитилади.

**КИЁСИЙ ТАШХИС:** Крупозли зотилжамни уткир бронхит, кайталанган сурункали бронхит, учокли зотилжам, экссудатли плеврит, огизсимон сил зотилжами, упка абцесси ва инфаркти билан киёсланади.

· Учокли кушилган (сливной) зотилжамдан фарки крупозли зотилжам уткир бошланади. Учокли зотилжамда эса касалланишдан олдин бронхит белгилари намоён булади. Бундан ташкари бронх нафаси, зангсимон балгам, бурун ва лаб четларидаги тошмалар, юкори нейтрофилли лейкоцитоз, пешобда уробилин, конда фибриноген микдорининг купайиши купрок крупозли зотилжамга тааллуclidир.

Экссудатли плевритда, катта хажмли крупоз зотилжамдан фарки, овоз дириллаши, бронх нафаси ва лейкоцитозлар кузатилмайди; кукс оралиги аъзолари карама карши томонга силжийди, рентген текшируви ва плевра пункцияси плевра бушлигида суюклик борлигини аник курсатади, гемограмма одатда узгармайди. Огизсимон сил зотилжами билан крупоз зотилжамининг умумий белгилари (тана хароратининг кутарилиши, упканинг юкори булаклари зарарланиши, интоксикациянинг ифодаланганлиги, зангсимон балгам, бронх нафаси, нам хириллашлар) ухшаш. Кукрак кафасини рентген текширувлари, балгамда Кох таёкчасининг топилиши ва умумий антибиотиклар давосининг самарасизлиги огизсимон силни тасдиклайди. Крупоз зотилжам носпецифик даво воситалари таъсирида 1,5 хафта ичида тузалса, сил жараёни специфик даво таъсирида хам бундай тезликда тузалмайди. Упка инфарктида курак кафасидаги огрик, кон аралаш балгам ажралиши, перкутор товушни бугиклашганлиги, аускултацияда дагал везикуляр ёки бронх нафаси, жарангли нам хириллаш, плевранинг ишкालаниш шовкиннинг эшитилиши крупоз зотилжамни эслатади. Бундай холатда рентген текшируви тугри ташхис куяди.

## ПЛЕВРИТЛАР

Плеврит - плевра варакаларининг ялигланиши булиб, плевра сатхида фибринсимон налет содир булади ёки унинг бушлигида экссудат йигилади. У одатда иккиламчи касаллик - упкадаги купгина патологик жараёнларнинг ёки кам холларда плевра бушлигига якин турувчи бошка орган ва тукималар (курак кафаси, кукс оралиги, диафрагма, диафрагма ости майдони) касалликларнинг синдроми ёки асорати хисобланади. Бирламчи плеврит жуда кам учрайди ва шикастланиш ёки плевра мезотелиомаси окибати хисобланади. Курук (фибринсимон) ва экссудатли (нам) плевритлар фаркланади.

### КУРУК ПЛЕВРИТ.

Клиник куруниши. Касаллик тусатдан бошланади.

Шикояти. Асосий белгиси огрик. Кукрак кафасининг шикастланган тарафининг олдинги ва ён бош сохаларида жойлашади. Купинча буйинга ва елкага караб таркалади. Чукур нафас олганда, йуталганда, кучанганда, сог томонга энгашганда кучаяди, жарохатланган томонга ён бошни босиб ётганда камаяди.

· Йутал курук ёки жуда кам микдорда балгам ажралиши билан кузатилади.

· Яна эт жунжикиши, тана хароратининг кутарилиши, бехоллик, лохаслик, иштаха пасайиши безовта килади.

Куздан кечирганда тери копламлари бузарганлиги, лаб кукариши, нафас олишнинг тезлашганлиги, юзакилиги, курак кафасининг нафас харакатидан оркада колиши кайд килинади. Пайпаслаганда зарарланган томонда мушаклар огриши ва таранглиги аникланади. Перкуссияда упка тукумасида инфильтрация булмаса узгариш кузатилмайди. Аускультацияда хасталикнинг асосий белгиси - плевранинг ишкालаниш шовкини аникланади. Везикуляр нафас

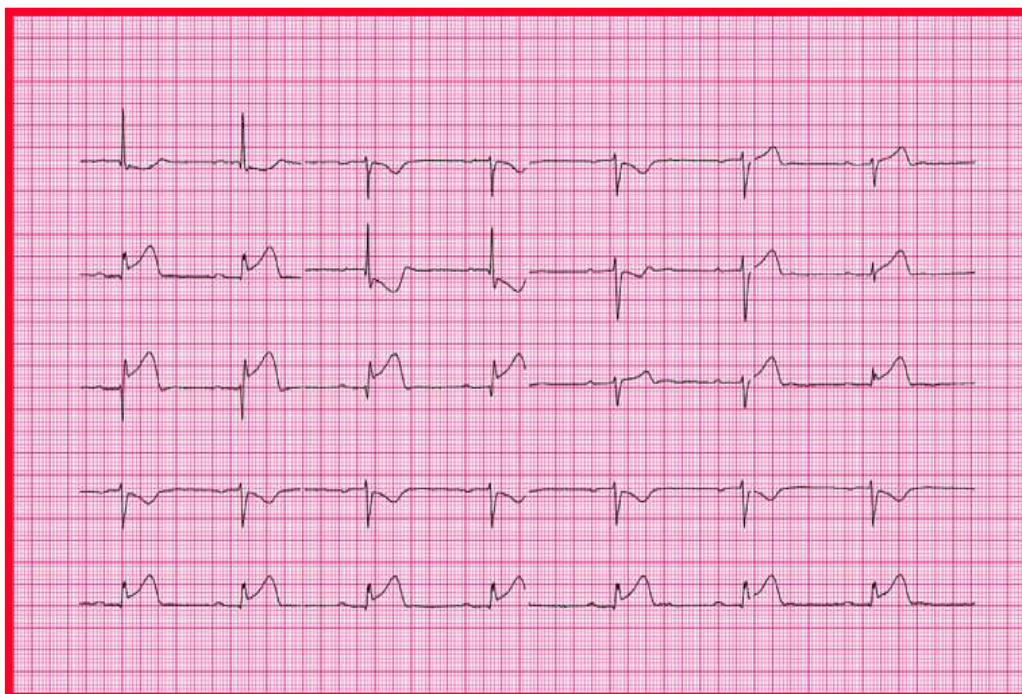


яллигланиш соҳасида сусайган. Рентген текширишида диафрагманинг юкори туриши ва нафасдаги харакатининг чегараланганлиги аникланади. Кон синамасида одатда узгаришлар кузатилмайди, кам холларда нейтрофилли лейкоцитоз, ЭЧТ ортади.

Кечиши. Курук плеврит ёшларда енгил кечади, одатда 1-3 хафтада согайиш билан тугайди. Гоҳида упкада сил жараёнининг фаоллигини тасдикловчи рецидивлар кузатилиши мумкин. Плевра бушлигига суюклик йигилса, курук плеврит экссудатли турига утади.

Ташхиси. Кукрак кафасида чукур нафас олганда ва йуталганда кучаядиган огрикка, плевранинг игшкालаниш шовкинига асосланиб куйилади.

Киёсий ташхиси. Курук плеврит крупозли зотилжам, спонтанли пневмоторакс, кобиргалар аро невралгия, нейромиозитлар, перикардит, корин бушлигининг уткир касалликлари (уткир холецистит, аппендицит) билан фаркланади. Курук плеврит чап томонда булганда уни стенокардия ва миокард инфарктидан ажратиш керак. Ташхис касалликнинг клиник манзарасига, ЭКГ ва лаборатория белгиларига караб куйилади. Курук плеврит диафрагманинг усти соҳасига жойлашганида диафрагма ости абсцесси ёки аппендицитдан фарклаш керак. Таккослаганда огрикнинг нафас олиш билан богликлиги, тана хароратининг ва кон синамасининг деярли узгармаганлиги, плевранинг ишкालаниш шовкинининг эшитилиши курук; плевритни тасдиклайди. Кукс оралиги плеврасининг яллигланишида плевра ишкालаниш шовкинини перикарднинг ишкालаниш шовкинидан фарклаш керак. Перикард шовкини юракнинг маромли кискариши билан боглик булса, плевранинг ишкланиш шовкини эса нафас олиш билан богликдир. Кобиргалараро невралгиядан ва миозитдан фарки курук плевритда сог томонга энгашганда, яллигланган плевранинг чузилиши хи-собига огрик кучаяди. Кобиргалар орасини пайпаслаганда мио-зитда ва невралгияда огрик кучли, курук плевритда эса уртача.



## ИНТЕРФАОЛ УСУЛ

### “МУАММОНИНГ ЕЧИМИ” иш ўйини:

#### Иш учун зарур:

1. Алохида варақда чоп этилган топшириқ вариантлари ва вазиятли масалалар тўплами.
2. Ҳар бир кичик гуруҳдаги талабалар сонига қараб, куръа ташлаш учун сонлар.
3. Ўйинни огзаки утказиш мумкин. (ёзма ҳам утказиш мумкин.)

#### Ишнинг бориш тартиби:

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

**7 – мавзу: Оператив даво талаб қилинмайдиган қорин бўшлиғи аъзолари қорин парда орти, қорин девори касалликлари ташхиси ва қиёсий ташхиси: ўткир ва сурункали гастрит, Шенлейн-Генох касаллиги, буйрак касалликлари, Крон касаллиги, абдоминал пурпура, антикоагулянтларни назоратсиз қабул қилиш, қорин парда орти гематомаси, аорта аневризмасини ёрилиши, дисменореяни қиёсий ташхиси. Тез ёрдам кўрсатиш. Госпитализацияга кўрсатмалар.**

**7.1. Таълим бериш технологиясининг модели**

Машғулот вақти – 7 соат	Талабалар сони : 9 – 10 гача
Машғулот шакли	Кириш-ахборотли машғулот.
Машғулот режаси: 1.Оператив даво талаб қилинмайдиган қорин бўшлиғи аъзолари, қорин парда орти, қорин девори касалликлари хақида маълумотга эга бўлиш. 2.Ўткир ва сурункали гастритлар, Шенлейн-Генох касаллиги, буйрак касалликлари, Крон касаллиги, абдоминал пурпура, антикоагулянтларни назоратсиз қабул қилиш, қорин парда орти гематомаси, аорта аневризмасини ёрилиши, дисменореяларни узига хос клиникасини урганиш 3.Тез ёрдам курсатишни урганиш. 4.Госпитализацияга курсатмаларни аниқлаб олиш	Оператив даво талаб қилинмайдиган қорин бўшлиғи аъзолари, қорин парда орти, қорин девори касалликлари хақида маълумотга эга бўлиш. Ўткир ва сурункали гастритлар, Шенлейн-Генох касаллиги, буйрак касалликлари, Крон касаллиги, абдоминал пурпура, антикоагулянтларни назоратсиз қабул қилиш, қорин парда орти гематомаси, аорта аневризмасини ёрилиши, дисменореяларни узига хос клиникасини урганиш.Тез ёрдам курсатишни урганиш. Госпитализацияга курсатмаларни аниқлаб олиш
Ўқув машғулотнинг мақсади:  Талабаларга оператив даво талаб қилинмайдиган қорин бўшлиғи аъзолари, қорин парда орти, қорин девори касалликлари ташхиси ва қиёсий ташхиси йулларини ургатиш. Ўткир ва сурункали гастрит, Шенлейн-Генох касаллиги, буйрак касалликлари, Крон касалликлари, абдоминал пурпура, антикоагулянтларни назоратсиз қабул қилиш, қорин парда орти гематомаси, аорта аневризмасини ёрилиши, дисменореяни клиникаси ва ташхис қуйиш учун асосий мезонларни такрорлаш. Тез ёрдам курсатиш. Госпитализацияга курсатмаларни аниқлаб олиш.	Қисқа аннотацияси:  Талабаларга оператив даво талаб қилинмайдиган қорин бўшлиғи аъзолари, қорин парда орти, қорин девори касалликлари ташхиси ва қиёсий ташхиси йулларини ургатиш. Ўткир ва сурункали гастрит, Шенлейн-Генох касаллиги, буйрак касалликлари, Крон касалликлари, абдоминал пурпура, антикоагулянтларни назоратсиз қабул қилиш, қорин парда орти гематомаси, аорта аневризмасини ёрилиши, дисменореяни клиникаси ва ташхис қуйиш учун асосий мезонларни такрорлаш. Тез ёрдам курсатиш. Госпитализацияга курсатмаларни аниқлаб олиш.

Таълим бериш усуллари	Кўрғазмали, суҳбат
Таълим бериш шакллари	Оммавий, жамоавий
Таълим бериш воситалари	Ўқув қўлланма, дарслик, маъруза матни, проектор, компьютер
Таълим бериш шароити	Методик жихатдан жиҳозланган аудитория.
Мониторинг ва баҳолаш.	Оғзаки назорат: савол – жавоб.

## 7.2. Амалий машғулотнинг технологик картаси.

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёрлов босқичи (10 дақиқа)	1. Аудитория тозалигини назорат қилади 2. Талабаларни машғулотга тайёргарлигини текширади 3. Давоматни назорат қилади	
1. Ўқув машғулотига кириш босқичи (15 дақиқа)	1. Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2. Кириш маърузаси учун тақдимот слайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
2– асосий босқич 245-дақиқа	1. Талабаларни кичик гуруҳларга бўлиб, мавзу бўйича саволларни беради. <b>“ЗАИФ ҲАЛҚА” иш ўйинини ўтказиш усули:</b> Талабаларни кичик гуруҳларга бўлиб, мавзу бўйича саволларни беради. Бу усулни қўллашда гуруҳ талабалари гўё бир халқга тизиладилар, улар олдиндан тузиб қўйилган саволларга қисқа ва лўнда жавоблар билан фикр билдирадилар. Бунда талаба ва ўқитувчи ўртасида тескари алоқа боғланади. Тескари алоқа бу кўзланган бирор мақсадга эришилдими йўқми, шу тўғрисидаги ахборотни қўлга киритишдир. Бевосита боғланадиган тескари алоқа таълим самарадорлигини оширади: ўқувчи материални яхши ўзлаштириб олиши учун дарҳол рағбатлантирилади. Бу усулда талаба хатога йўл қўйишга «ҳаққи йўқ», акс холда у халқадан четлатирилади ва ечилмаган муаммони ундан кейинги талаба ечади. Халқ эса тораяди. Саволлар енгилдан-оғирга тартибида тузилган бўлиб, турлича ўзлаштириш қобилиятига эга бўлган талабаларнинг барчаси ўзларини синашга муваффақ бўладилар. Бундан ташқари нотўғри тушунчалар кейинги хатола манбаи бўлиб қолмайди. 2. Кўрғазмали плакатлардан фойдаланади 3. Слайдлар, мультимедиалардан фойдаланади 4. Даволаш ишларини олиб боради 5. Мавзулар асосида берилган маълумотларни умумлаштиради ва хулосалайди, фаол иштирокчи талабаларни рағбатлантиради ва умумий баҳолайди	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Томоша қиладилар Қатнашадилар Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар

3. Якуний босқич (45 дақиқа)	1. Якунловчи хулоса қилади 2. Мустақил иш беради 3. Уйга вазифа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади
Жами 315 дақиқа 7 соат		

### Мавзу баёни:

**Кириш.** Корин огриги куплаб касалликларнинг аломатидир, клиник ахамияти ута кенг диапазонига эга у хаётга тахдид килиб кечувчи холатларни хамда яхши кечиш билан ифодаланувчи функционал табиатга эга булган бузилишларни куруниши булиб белги беради. УАВ амалиётида тез-тез учраб турадиган, аксарият холларда УАВ биринчи маротаба тукнаш келадиган бу синдром УАВ имконияти ва нуктаи назардан келиб чиқадиган муқобил ташхисий стратегияни талаб этади.

Ташхислаш учун умумий коидалар:

- Корин огригида аввало хирургик усул билан даволашни такозо этадиган корин бушлиги касалликларни истисно килиш лозим (чин корин синдроми).

- Умуман уткир, нимуткир, сурункали ва рецидивланиб куруниш берувчи огрикларни ажратиб олиш лозим ва муқобил ҳаракат олиб борилиши даркор.

- Корин огриги хирургик, гинекологик, психик ва аксарият ички касалликларда кузатилади: уткир аппендицитда (31 фоиз), ичак буйрак ва ут санчикларида (29 фоиз).

- Ҳазм аъзолари юкори кисмлари касалликларида огриклар эпигастрияда, куйи кисмлари касалликларида - гипогастрияда жойлашиб куриш беради.

- Такрорий кайд килиш билан биргаликда ифодаланувчи тулгоксимои огриклар ин-гичка тикилишига хос булади.

- Коринни симметрик ифодаланиб кабзиятланиши (таранг тортиши) ва корин соҳасида тулгоксимон огрик булиши - йугон ичак утгазувчанлиги бузилишига хос булади. Уткир хирургик касаликларда доимо аввал огрик кейинрок кайд килиш кузатилади.

- Бемор ёши уткир булиб, атеросклероз ёки титрок аритмияси билан хасталанган булса ёки сал илгарирок миокард инфарктини бошидан утказган булса-ю, унда корин огриги пайдо булса мезентериал кон айланиши бузилганлиги гумон килиниши даркор.

- Корин огриги куйидаги симптомлар билан кушилишиб ифодаланган такдирда, корин бушлиги аъзолари уткир касалликлари шубҳа килинади: бош айланиш, кайтни кайталаниб туриши, кориннинг дам булишини кучайиши, корин огригини кучайиши, кучли холсизлик, апатия, окаринкираш, совук терга ботиш, артериал гипотония, титрок аритмия ёки тахикардия, иситма, Щеткин-Блюмберг симптоми, корин олдинги девори мушакларини таранглашуви, дефекация пайтида хушдан кетиб қолиш (кориндан ички кон кетиш белгиси) ва олигуриялар кабилар билан.

Корин огригини баҳолашда хушёр булиш керак. Чунки бир катор холатлар булади-ки, огрик нотугри талкин килинади ёки унга эътиборсизлик туфайли диагноз кеч куйилади. Хусусан, корин огригида ташхисий чалгишларни аксарият сабабчилари куйидагилар булиб хисобланадилар:

1. Бачадондан ташкари хомиладорликни ташхислашда хатога йул куйилади.

- Перорал контрацептив дорилар ичиб юрган аёлларда, хомила булиб қолиши мумкинлигини мутлако инкор қила беришлари натижасида.

- Киндан конли аралашмалар ажралиб туриши туфайли (улар менструаль кон деб қабул килинади).

2. Ичак тутилишида корин девори нуфуз кисмлари нотулик текширилиши натижасида.

3. Купчилик холларда шифокор бир нарсани унитиб куядилар: аппендикс ва ошқозон ёки 12-бармокли ичак яраси тешилиб кетганидан кейин бир мунча вақт бемор ахволи яхшиланади. Унга ишониб, огрик нотугри баҳоланади.

4. Кексалар ва кортикостероидлар истеъмол килиб юривчиларда (огрик сезиш нисбатан камаяди) перфорацияни ташхислаш кечнади.

5. Мезентериал кон айланиши бузилишини ташхислашда йул куйиладиган хатолар: кексаларда булади ва киндик худудида кучли тугруксимон огрик булиши билан ифодала-нади.

6. Айрим холларда корин сохасида буладиган огриклар сийиш ва сийдикни тезлашуви билан кушилиб куришиш берадилар. Бундай вазият доимо хам сийдик йуллари касалликлари учун ута хос симптом булиб хисобланмайди чунки у дивертикулитда, аппендицитда (таз сохаси жойлашувида), сальпингоофоритда ва бачадон найи ёрилиб кетишида хам кузатилиши мумкин. Буни билмаслик ташхисий хатога олиб боради.

Корин огриги булганда, унинг характери кандай булишлилигига карамасдан ва табиатидан катъий назар УАВ куйидаги текширувларни утказиши лозим:

- анамнестик маълумотларни (нафакат бемордан, у билан алока килиш кийин булган огир холатларда якинларидан олинган булиши керак) синчковлик билан тахлил килиш. Бунинг учун махсус суровномадан фойдаланиш мумкин ёки узвийликда катор саволлар оидинлаштирилади: истеъмол килинган дорилар (алкогол эритромицин, аспирин, вальпроев кислотаси, имипрамин, кортикостероидлар, ИПВС, никотин, темир препаратлари, феинтони, цитостатиклар), огрик хусусиятлари, бошдан утказилган касалликлар ёки операциялар, менструация цикли хакида маълумотлар ва х.к. лар.

Физик текширувлар (умумий ахволига бахо бериш, огиз бушлигини куриш; пульсии, иситмани, КБ ва нафас частотасини бахолаш; юрак ва упкани мукамал текшириш; ётказилган холда коринни куриш, пальпация, перкуссия ва аускультация килиш; корин девори буш худудларини урганиш, сон артериясида пульсни текшириш, курак ва бел остеохондрозини истисно килиш, эркаларда-ректал ва аёлларда гинекологик текширув утказиш; сийдикни - лейкоцитларга, эритроцитларга, глюкозаларга, кетон таначаларига ва порфиринларга текшириш ва ниҳоят, алохида перитонеал симптомларни излаш).

- Алохида ташхисий ахамият касб этувчи вазиятларни урганиш: корин огрик кам жойдан бошлаб эҳтиёткорлик билан пальпация кшшнади, корин пардаси таъсирланганда огрик муайян худудда жойлашиб аникланади (бемор буни аник курсатиб бера олиши мумкин), ички касалликлар хасталанганда (висцерал огрик) огрик ёйилиб аникланади ва бемор бу худудга кафтини куйиб курсатади (аник курсата олмайди).

- Алохида лаборатория текширувларида куйидагиларга эътибор бериб урганилади: анемия, лейкоцитоз, ЭЧТ ни ортиши, зардоб амилазасини бир неча маротабага ортиши (панкреатитда, хомилдорлик бачадондан ташкарида руй бериши тухтатилгандан кейин яра тешилганда, ут пуфаги ёки корин аортаси аневризмаси ёрилганда), гематурия, лейко-цитурия, билирубиния, кетонурия, сийдикда газ пайдо булиши (ичак окма яраларида), ах-латда кон пайдо булиши (мезентериал кон айланиши утқир бузилганда, ичак инвагина-циясида ит узуми шаклига кирган ахлат аникланади), йугон ичак ракида, дивертикулитда, крон касаллигида.

- Корин бушлиги аъзолари рентгенографияси.

- Корин бушлиги ультратовушли текшируви.

- Экскретор урография.

- Ирригоскопия.

- Холесцинтиграфия.

-Эндоскопик текширувлар (ЭФГД, ректороманоскопия, колоноскопия).

- Эндоскопик ретроградли холангиопанкреатография.

- ЭКГ.

Мазкур текширувларни уз вақтида утказилиши натижаларини тугри бахоланиши ва эрта эътиборга олинishi огригини биринчидан тула табиатини очиб беради ва иккинчидан, «чин» хамда «ночин» абдоминаль синдроми мукамал тарзда оидинлаштириб беради, демак «мулжалли» УАВ тактикасини утказишга пойдевор куйилади-ки, унга бемор хаёти бевосита боғлиқ булади.

Корин сохасида утқир ва сурункали огрикларда УАВ учта нарсани хал этиши даркор:

- Зудлик билан касалхонага ётказиш масаласи.

- Режали тарзда ётказиш масаласи.
- Амбулатория шароитида даволаш ва кузатиб бориш масаласи.

Бундай тактика чизма ва жадвалларда акс этдирилганидек олиб борилади (чукур изох берилди). Юкорида айтиб утган ва изохлаб берганимиз огрик синдроми сизларга маълум адабиётларда яхши ёритилган деса булади. Аммо лекин корин аортаси асосий қисми шахобчалари ва мезентериал томирлар атеросклерози билан алоқадор «корин огриклар» хақида маълумотлар мужассамлаштириб ёритилмаганлигини биз алоҳида таъкидлаб утмоқчимиз.

Бу огриклар хазм аъзолари ишемия касаллигида (ишемик абдоминал висцеропатия) да кузатилади, асосий сабаби корин аортаси атеросклерози. Бу икки хил куринишда руй беради:

1. Корин санчиги.

2. Хазм аъзолари фаоликларининг бузилишлари (ишемик гипоацид гастрит), сурун-кали ишемик яра касаллиги, уткир атеросклерози ошқозон яра касаллиги («ошқозон ин-фаркти»), ишемик энтероколит ёки колонопатия, ишемик сурункали панкреатит ёки пан-креатопатия кабилар.

Узига хос куйидаги симптомлар билан ифодаланади (мукаммал жадвалда ёритилган, изох бериб утилади) уни ташхислаш тактикаси учта босқичда (жадвалда курсатиб куйилганидек, изох берилди) УАВ шароитида утказилади ва ташхис куйилади. Ташхис буйича консерватив ёки хирургик йул билан даволаш тавсия этилади, назорат олиб борилади.

### **Кориндаги огриклар сабабининг клиник классификацияси (Almeyda, 19)**

#### **А. Органик сабаблар:**

1. Корин деворидаги патологик узгаришлар

а) корин деворини узини яллигланиши (чурралар, яра, яллигланиш, фиброзит)

б) суяклар ва кушувчи туқималар яллигланиши (ревматоид артрит, остеоартрит ва хоказо)

в) нерв системаси жарохатланиши (радикулит, герпис, миелит, скинная сухотка).

2. Корин бушлигида патологик узгаришлар:

а) висцерал (ошқозон-ичак, буйрак, ут копчаси, овқат хазм тракти, эрозлар, усмалар, дискинезияси, органлар яллигланиши, жигар, ут пуфаги, талок, буйрак, сийдик кончаси, бачадон, мезентериал кон томирлар тромбозия, ичаклар тутилиши)

б) перитонит (уткир ва хроник яллигланиш, корин парда усмаси, чандиклар, юмалок органлар тешилиши).

3. Кукрак кафаси органлари патологияси:

а) юрак кон-томирлар касалликлари (ИБС, перикардитлар, аорта аневризмаси)

б) нафас тизими касалликлари (пневмония, диафрагмаль плеврит ва поддиафрагмал абсцесс).

4. Кон касалликлари: (капилляротоксикоз, эритремия, гемолитик сариклик ва хоказо).

5. Болаларда урта кулок ва юкори нафас органлари касалликлари (мехотимпанит, бодомчалар ва бурун-тамоқ яллигланиши).

#### **Б. Психик сабаблар:**

(истерия, невроз, ипохондрия, психозлар).

#### **Коринда буладиган сурункали огрикларии киёсий урганиш тактикаси**

Аломатлар	Ичакларни таъсирланиши ортиши синдромлари	Ичакларни органик касалликлари
Ёши	-гача	дан юкори
Анамнез муддати	Ииллар	Ойлар
Огрик хусусияти	Диффуз, жойлашуви ва интенсивлиги узгариб ту-ради	Чегараланиб жойлашган хуружсимон тусда, киска ва тунги огриклар булиши

Огрик узгаришлари	Асаб омили билан ку-чайди	Овкат билан кучаяди
Дефекация	Эрталабда	Тунда
Ахлатда кон ва йиринг булиши	Йук	Булиши мумкин
Озиб кетиш	Иук	Булиши мумкин
Психовегетатив бузилиш-лар	Бор	Одатда йук
Кон анализи	Узгаришсиз	Анемия, ЭЧТ ортиши

Оператив даво талаб килинмайдиган корин бушлиги аъзолари, корин парда орти, корин девори касалликлари ташхиси ва киёсий ташхиси: уткир ва сурункали гастрит, Шенлейн-Генох касаллиги, буйрак касалликлари, Крон касалликлари, абдоминал пурпура, антикоагулянтларни назоратсиз кабул килиш, корин парда орти гематомаси, аорта аневризмасини ёрилиши, дисменореяни киёсий ташхиси. Тез ёрдам курсатиш. Госпитализацияга курсатмалар.

**Гастрит** - ошкозон шиллик каватининг яллигланишидир.

а)меъда деворида хлорид кислота ишлаб чикаришнинг бузилиши, харакат ва унинг эвакуатор вазифасининг, меъда деворида кон айланишнинг бузилиши ошкозонда узгаришларга олиб келади.

б)меъда ширасининг таркиби бузилади.

в)харакат ва эвакуатор вазифасининг бузилиши натижасида огрик, меъда ва ичак диспепсияси белгилари пайдо булишига олиб келади,

г)касаллик ривожланишида шиллик парда остида шиш, яллигланиш вужудга келади. Сурункали гастритда меъда шиллик каватининг таркиби узгаради, плазматик тукумалар кучайиб, калин тукумалар камаяди.

Гастритлар кечишига караб 2 га булинади: сурункали ва уткир гастритларга.

Уткир гастрит 2 хафтагача давом этади, кейин сурункали гастритга утади. Сурашда узок диспептик холат кузатилади. Куздан кечирганда: умумий ахволи - коникарли ёки уртача. Пальпацияда: огрик корин йукори кисмида. Ошкозон шираси: кислоталик пасайган ёкикупайган ёхуд сакланган. Ошкозон ичак ренгеноскопиясида шилик кавт догаллашган, перистальтикаси кучайган, бурмалар атрофияга учраган. ЭГДФС да: петихиялар, эрозиялар, конталашлар булиши мумкин. Шиллик кавт яллигланган. Меъда яра касаллиги - цикл билан давом этадиган сурункали касаллик булиб, ошкозонда яра хосил болиши Билан юзага чикади. Куришда - бемор озиб кетади. Куп терлаш, асабийлик, тери захл тортади. Мажбурий вазият. Тил тоза. Пайпаслашда - кориннинг йукори кисмида огрик, мускул таранглиги. Ошкозон ширасида - кислоталиг юкори, гиперсекреция. Яширин кон кетиш мусбат. Грегерсен реакцияси. Ренгенологик текширишда: “токча” белгиси аникланади. ЭГДФС да: яра - улчамлари билан. Чандик булиши мумкин. Ун икки бармок ичак яра касаллиги сурункали касаллик булиб, ун икки бармок ичакда яра хосил булиши билан кечади. Шикоятлари беморни: эпигастрал сохада, унгротда огрик, овкатдан, 1,5 - 3соат уткандан кейин, оч коринга, кечаси, купрок куз бахорда; огрик асал чой, енгил овкатдан кейин бир оз камаяди. Кунгил айниш, жигилдон кайнаши, кекириш, ич котиши, иштаха сакланган ёки ошган, озиб кетиш, жажлдорлик, уйкусизлик. Куздан кечирганда: бемор озиб кетган. Пальпацияда: кориннинг юкори кисмида огрик, таранглиги. ЭГДФСда: ун икки бармок ичак пиёзчасида яра улчамибилан, чандик.

Меъда усмаси: меъданинг зарарланган шиллик парда хужайраларидан ривожланади. Усманинг эрта боскичида моддалар алмашинуви бузилади. Бунда сабабсиз холсизлик, мехнат кобилиятини сусайиши, тез чарчашлик, иштаха пасайиши, гуё ошкозон тулиб кетаётгандек сезиш, коринни юкори кисмида огриклик сезиш, кунгил айниши, кусиш, апатия кузатилади. Базан симптомсиз кечади. Ренгенологик текширувда - “туликлик” дефекти, ошкозон йулини торайиши, меъда шаклини узгариши рак бор жойда кузатилади. ЭГДФСда - куз билан усмани



жойлашишини, шикастланишини, усиш шакли, таркалишини аниклаш мумкин. Биопсия олинади. Шубха тугулганда - лапароскопия, лапоротомия килиш мумкин.

## ИНТЕРФАОЛ УСУЛ

### “ЗАИФ ХАЛҚА”иш ўйинини ўтказиш усули:

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

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

### Иш ўйини учун қуйидагилар зарур:

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

### Ишнинг юритилиши.

1. Назорат бошланишидан олдин, ўқитувчи талабаларга ўйиннинг қандай ўтказилиши ва баҳолаш тартиби ҳақида тушунтириб беради.
2. Ўйинни педагог ва унинг ёрдамчиси ўтказди. Ёрдамчи талабалардан сайланади.
3. Санокчи қайднома тайёрлайди-қоғозга кун, гуруҳнинг номери факультет, ўтказилаётган ўйин, факультет, гуруҳдаги талабалар ёзилади.
4. Ўйин 1-чи турдан бошланади.
5. Ўқитувчи тайёрланган саволлардан навбати билан бирин кетин талабаларга савол беради.
6. Талаба 5 секунда саволга жавоб бериши керак.
7. Ўқитувчи «тўғри» ёки «нотўғри» сузи билан жавобни баҳолаб туради.
8. Агар жавоб нотўғри бўлса, ўқитувчи жавобни ўзи беради.
9. Ёрдамчи ўша талаба фамилияси тўғрисида «+» ёки «-» ёзиб қўяди.
10. Ўйин яна қолган талабалар билан давом эттирилади. Уларга яна бир тур саволлар берилади. Жавоб бера олмаган талабалар ўйиндан чиқарилади, қачонки улар аввлги саволлардан 2 та «-» олган бўладилар.
11. Турдан турга энг кучли талаба ўтади, чунки ҳамма саволларга тўлиқ ва кўпроқ жавоб берган бўлади.
12. Ўйинмаксимал 0,8 балл билан баҳоланади. 2-чи тур ўйиндан чиққанларга «0» балл, 3-чи турдан чиққанларга «0,2»балл, 4-чи турдан чиққанларга «0,4» 5-чи турдан чиққанларга «0,6»берилади энг кучли иштирокчига «0,8» балл куйилади.
13. Ўқитувчи балларни эълон қилиб, «Энг кучли ва энг заиф халқ» ни айтади.
14. Протоколга кўйилган баллар жорий баҳолашда теоритик билимлар сифати бўйича ҳисобга олинади.
15. Ўйин протоколи сақланади.
16. Журналнинг пастки очик жойига ўқитувчи ўйин ўтказганлиги тўғрисида числони белгилаб қўяди. Староста имзо қўяди.

**8 – мавзу: Диареяларнинг қиёсий ташхиси. Диарея ҳақида тушунча. Диареянинг патогентик вариантлари (гиперсекретор, гиперосмоляр, гипер ва гипокинетик диареялар), клиник симптомлар ва ташхис қўйиш.**

**8.1. Таълим бериш технологиясининг модели**

Машғулоти вақти – 5 соат	Талабалар сони : 9 – 10 гача
Машғулоти шакли	Кириш-ахборотли машғулоти.
Машғулоти режаси	Диарея синдроми, унинг юзага келтирувчи патогенетик омиллар тугрисида тушунчаларга эга булиш Диарея синдроми клиник белгилари ва унинг огирлигини баҳолаш буйича куникмаларга эга булиш Амбулатор шароитда диарея синдроми ташхислаш, сувсизланишни аниқлашга доир амалий куникмаларни шакллантириш
Ўқув машғулотининг мақсади:	Талабаларда диареяларнинг патогенетик турлари, уларнинг қиёсий ташхиси ва дифференциал даво методлари тугрисида тушунчаларини шакллантириш.
Таълим бериш усуллари	Кўргазмалар, суҳбат
Таълим бериш шакллари	Оммавий, жамоавий
Таълим бериш воситалари	Ўқув қўлланма, дарслик, маъруза матни, проектор, компьютер
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория.
Мониторинг ва баҳолаш.	Оғзаки назорат: савол – жавоб.

**8.2. Амалий машғулотининг технологик картаси.**

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёрлов босқичи (15 дақиқа)	1. Аудитория тозаланишига назорат қилади 2. Талабаларни машғулотига тайёргарлигини текширади 3. Давоматни назорат қилади	
1. Ўқув машғулотига кириш босқичи (15 дақиқа)	1. Мавзу буйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2. Кириш маърузаси учун такдимот слайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
2 – асосий босқич 150-дақиқа	1. Талабаларни кичик гуруҳларга бўлиб, мавзу буйича саволларни беради.  <b>ИНТЕРФАОЛ УСУЛ</b> <b>“МУАММОНИНГ ЕЧИМИ” иш ўйини:</b>  <b>Иш учун зарур:</b> .Алоҳида варақда чоп этилган топшириқ вариантлари ва вазиятли масалалар тўплами. .Ҳар бир кичик гуруҳдаги талабалар сонига қараб, қуръа ташлаш учун сонлар. Ўйинни оғзаки утказиш мумкин. (ёзма ҳам утказиш мумкин.).	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Томоша қиладилар Қатнашадилар Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар

	2. Кўргазмали плакатлардан фойдаланади 3. Слайдлар, мультимедиалардан фойдаланади 4. Даволаш ишларини олиб боради 5. Мавзулар асосида берилган маълумотларни умумлаштиради ва хулосалайди, фаол иштирокчи талабаларни рағбатлантиради ва умумий баҳолайди	
3. Якуний босқич (45 дақиқа)	1. Якунловчи хулоса қилади 2. Мустақил иш беради 3. Уйга вазифа беради	Тинглайди Ўзиб олади Ўзиб олади
Жами 225 дақиқа 5- соат		

### Машғулот баёни

Диспепсия - кайси симптомларнинг устунлик қилишига қараб, ошқозон ва ичак диспепсиясига бўлинади. Ошқозон диспепсияси- эпигастрал соҳада дискомфорт, тез туйиш хисси, кекириш, зарда қайнаши, кунгил айниши қусиш ва иштаханинг пасайиши, ичак диспепсиясига - метеоризм, кулдираш, диарея ва казийат (тургун бўлмаган ич утиши) каби белгилар қиради. Бундан ташқари ичак дисфункциялари чириган (гнилостная) ва бижиган (бродильная) дисфункцияларга бўлинади.

Чириган дисфункцияга - нажас рН нинг ошиши, таркибида аммиак ва органик кислоталарнинг ошиши, бродильной дисфункцияда нажас рН ининг камайиши, таркибида крахмал, клетчатка ва йодофил флоранинг ошиши характерли. Хозирги вақтда диспепсиянинг бундай бўлиниши шартли деб қаралади, чунки ошқозон ичак тизимининг юқори органлари патологиялари ичак диспепсияси симптомлари билан ва аксинча пастки органлар патологияси ошқозон диспепсиялари симптомлари билан кечиши мумкин. Гастроэнтерологларнинг халқаро ташкилоти диспепсияга қуйидагича таъриф берган. Унга кура диспепсия - жисмоний нағрузка ва асосий касаллик билан болик бўлмаган ҳар қандай юқори абдоминал ва ретростернал оғриқ, дискомфорт, кунгил айниши, зарда қайнаши қусиш, кекириш ва бошқа белгилар билан кечадиган ва 4 ҳафтадан узок давом этадиган ҳолатлардир. 12 бармок ичак қорин бушлигининг гипоталамо-гипофизар тизими бўлиб, нафакат ошқозон-ичак трактининг балки, бутун организмнинг бошқарув-эндокрин гомеостазини таъминлашда муҳим роль уйнайди - деган эди А.М. Уголев. 12 бармок ичак шиллик пардаси - бир қатор интестинал гормонлар ва регулятор пептидлар, секретин, холецистокинин-панкреозимин, энтерокиназа ва бошқа секрециялайди. 12 бармок ичак рН, бушликдаги босим, нутриентларнинг гидролизланиш даражаси ва бошқа курсаткичларига сезгир узига ҳос радар ҳисобланиб, ҳазм трактининг бошқа органларига уз вақтида сигнал беради. Шундай қилиб, ана шу йул билан ошқозондаги химуснинг эвакуацияси, ошқозон ости безининг ташқи секрецияси, ут пуфагининг қисқариши ва хаттоки ингичка ва йугон ичак перисталтикасини бошқариб туради.

**12 бармок ичак ва ошқозон ости безининг** узаро боғлиқлигини қуйидагича тушинтириш мумкин. Агар 12 бармок ичак бушлигига ошқозондан етарлича гидролизланмаган нутриентлар тушса, ООБ га команда берилади ва етарлича микдорда 12 бармок ичак бушлигига ООБ ферментлари чиқарилади, бунинг натижасида нутриентларнинг тулик гидролизи таъминланади. Кейинчалик ООБ секрецияси секинлашади ва ёки тухтатилади.

Патологик ҳолатларда ООБ шираси таркибида етарлича ферментлар бўлмаганда гидролизланмаган нутриентлар 12 бармок ичак бушлигида узок вақт сакланиб қолади. Шунинг натижасида дуоденостаз ва дуоденал гипертензия ривожланади. Бу ҳолатнинг клиник белгилари эпигастрал соҳада оғирлик, дискомфорт шаклида намоён бўлади. Бундан ташқари дуоденостаз реффлектор йул билан 12 бармок ичакда босимни камайтириш максатида қусиш маркази қузғалади ва кунгил айниш, қусиш, зарда қайнаш каби белгилар намоён бўлади.

Кусиш марказининг рефлектор кузгалиши панкреатик йул ва умумий ут йулининг деворларининг чузилишига ва кенгайишига олиб келади. Бунинг натижасида энтерогастрит, энтеробилиар ва энтерогастрал рефлюкс ривожланиб, сурункали панкреатит, сурункали холицистит ва гастроэзофагеал рефлюкс касаллиги ривожланишига олиб келади.

**12 бармок ичак ва ошкозоннинг** узаро боғликлиги энтерогастритик рефлекс билан амалга ошади. Энтерогастритик рефлекс - химуснинг 12 бармок ичакка утиши натижасида ичак девори чузилади ва привратник ёпилиб, ошкозон моторикасини тухтатади ва дуоденал моторика стимулланади. Куплаб ёгли таомлар истеъмол қилганда бу рефлекс бузилиб, 12 бармок ичакка утган химус ошкозонга қайтиб чиқади.

**12 бармок ичак ҳамда ингичка ва йугон** ичак боғликлиги ингичка ичак илеал сохасининг чузилиши 12 бармок ичак ва ошкозон моторикасини янада секинлаштиради. Бу рефлекс ошкозон ва 12 бармок ичак моторикасининг илел тормозланиши дейилади. Бу ҳолат ич утишининг бузилишига олиб келади.

**12 бармок ичак ва ут пуфаги** боғликлиги. Химус 12 бармок ичакка тушгандан кейин ут секрецияси кучаяди ва асосан ёғларни парчалашга сафарбар этилади. Дуоденостаз жараёнида ут пуфгида ҳам гипомоторика кузатилади. Утнинг роли ёғларни эмульциялашдан иборат булиб, эмульцияланган ёғларгагина панкреатик липаза таъсир қилади. Утнинг вазифаси тула бажарилмагандан сунг ичакда диспептик ҳолатлар ривожланади, шу билан бир каторда шартли патоген микрофлораларнинг фаоллашуви учун зарур шароит яратилади.

Таникли патофизиолог Клод Бернар фикрича врач уч нарсани билмоғи керак:

1) саломатлик шароитини - уни саклаб туриш учун; 2) касаллик ривожланиш шароитини - уни тухтатиб қолиш учун; 3) касалликдан тўзалиш шароитини - уни амалиётда қўллаш учун.

Диареяларнинг патогенетик жихатдан 4 та тури тафовут қилинади:

**Экссудатив диарея** - йугон ичакнинг эпителийси зарарланиши ва яралар ҳосил бўлиши билан кечадиган яллиғланиш касалликлари

- носпицефик ярали колит
- Крон касаллиги
- инфекцион касалликлар (амёбияз, шигеллёз, иерсинеоз, солмонеллёз ва б.)
- ичак усмалари
- ичакнинг ишемик касалликларида кузатилади.

1. **Осмотик диарея** – ичак бушлигида сурилмайдиган осмотик актив углеводларнинг тупланиши ва ферментлар етишмовчилиги натижасида ривожланади.

- Целиакия
- Лактоза етишмовчилиги
- Ошкозон, ошкозон ости без ива утнинг функционал етишмовчилиги
- Пострезекцион касалликлар
- Иммунологик касалликлар
- Дорили малабсорбция (маннитол, сорбитол, лактулоза, цитостатиклар)

2. **Секретор диарея** – патологик шароитида суюқликларнинг ичак бушлигига секрецияланиши, натрий ва калий малабсорбцияси ва хлорнинг ортикча секрецияси натижасида

- Энтеротксинлар (вабо вибриони)
- Гормонлар (Золингер-Элинсон синдроми, соматостатинома, випома, серотининома)
- Ут кислоталари малабсорбцияси
- Ортикча ёғ кислоталарнинг тупланиши
- Медикаментоз диарея (кабзиятда ишлатиладиган дорилар таъсири натижасида)

3. **Мотор диарея** – ичаклар перисталтикасининг кучайиши (гиперперисталтика) ҳисобида келиб чиқади.

- Эндокрин патология (гипотериоз, калконсимон без усмалари)
- Висцерал невропатия (ваготомия, симпатэктомия, склеродермия, диабетик невропатия)
- Бош ваорка мия касалликлари (усмалар, ён амиотрофик склероз, сирингомиелия)

- Ошкозон–ичак тракти анатомик жарохатланиши (операциядан кейинги ошкозон касалликлари, ичак таъсирланиш синдроми)
- Дори воситалар таъсири (антацидлар, магний сульфат тугган дорилар, холиномиметиклар)

### **ИНТЕРФАОЛ УСУЛ**

#### **“МУАММОНИНГ ЕЧИМИ” иш ўйинини ўтказиш усули:**

##### **Иш учун зарур:**

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

##### **Ишнинг бориш тартиби:**

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

**9 – мавзу: Диарея билан кечувчи касалликларнинг қиёсий ташхиси: ферментопатия, экссудатив энтеропатиялар, Уипл, Спру касалликлари, пеллагра, дисбактериоз, дизентерия, сальмонеллез, таъсирланган ичак синдроми. Ичак дисфункциясини даволаш. УАВ тактикаси. Сурункали диареяларни этиологияси ва механизмига қараб даволаш.**

### 9.1. Таълим бериш технологиясининг модели

Машғулот вақти – 7 соат	Талабалар сони : 9 – 10 гача
Машғулот шакли	Кириш-ахборотли машғулот.
Машғулот режаси	Диареяларда диагноз куйиш кўникмаларини шакллантириш Овқат хазм килиш физиологияси ва патофизиологияси хақида тушунча бериш Ферментопатиялар, энтеропатиялар ва юкумли касалликлардаги диареяларнинг дифференциациясини урганиш Диареяларда даво принциплари хақида тушунчага эга булиш
Ўқув машғулотнинг мақсади:	Талабаларда амбулатор шароитда диарея синдроми характери, сабаблари, белгилари, диагностикаси ва даволашга доир билим ва куникмаларини шакллантириш.
Таълим бериш усуллари	Кўргазмали, суҳбат
Таълим бериш шакллари	Оммавий, жамоавий
Таълим бериш воситалари	Ўқув қўлланма, дарслик, маъруза матни, проектор, компьютер
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория.
Мониторинг ва баҳолаш.	Оғзаки назорат: савол – жавоб.

### 2. Амалий машғулотнинг технологик картаси.

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим оловчилар
Тайёрлов босқичи (10 дақиқа)	1. Аудитория тозалигини назорат қилади 2. Талабаларни машғулотга тайёргарлигини текширади 3. Давоматни назорат қилади	Тинглайдилар
1. Ўқув машғулотига кириш босқичи (15 дақиқа)	1. Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2. Кириш маърузаси учун такдимот слайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	Тинглайдилар ёзиб оладилар
2 – асосий босқич 245 дақиқа	1. Талабаларни кичик гуруҳларга бўлиб, мавзу бўйича саволларни беради. <b>“ЗАИФ ҲАЛҚА”иш ўйинини ўтказиш усули:</b> Бу усулни қўллашда гуруҳ талабалари гўё бир халққа тизилдилар, улар олдиндан тузиб қўйилган саволларга қисқа ва лўнда жавоблар билан фикр билдирадилар. Бунда талаба ва ўқитувчи ўртасида тескари алоқа боғланади. Тескари алоқа бу	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Томоша қиладилар Қатнашадилар Тинглайдилар ва саволларга

	<p>кўзланган бирор мақсадга эришилдими йўқми, шу тўғрисидаги ахборотни қўлга киритишдир. Бевосита боғланадиган тескари алоқа таълимсамарадорлигини оширади: ўқувчи материални яхши ўзлаштириб олиши учун дарҳол рағбатлантирилади. Бу усулда талаба хатога йўл қўйишга «ҳаққи йўқ», акс холда у халқадан четлатирилади ва ечилмаган муаммони ундан кейинги талаба ечади. Халқа эса тораяди.</p> <p>Саволлар енгилдан-оғирга тартибида тузилган бўлиб, турлича ўзлаштириш қобилиятига эга бўлган талабаларнинг барчаси ўзларини синашга муваффақ бўладилар. Бундан ташқари нотўғри тушунчалар кейинги хатола манбаи бўлиб қолмайди</p> <p>2. Кўрғазмали плакатлардан фойдаланади 3. Слайдлар, мультимедиалардан фойдаланади 4. Даволаш ишларини олиб боради 5. Мавзулар асосида берилган маълумотларни умумлаштиради ва хулосалайди, фаол иштирокчи талабаларни рағбатлантиради ва умумий баҳолайди</p>	жавоб берадилар
3. Якуний босқич (45 дақиқа)	<p>1. Якунловчи хулоса қилади 2. Мустақил иш беради 3. Уйга вазифа беради</p>	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади
Жами 315 дақиқа 7 соат		

### Машғулот баён

Ингичка ичак жуда хам муҳим орган ҳисобланади, унда куйидагилар амалга ошади: 1) ошқозондаги хазм булишни ичак хазм булишига утиши 2) учта асосий хазм булиш турлари (бушликдаги, мембранадаги ва хужайра ичи) 3) сурилиш ва ажратиб чиқариш (секреция) 4) секрецияни бир неча турларини бирикиши (ташки ва ички) 5) ишлаб чиқариш – ичак гормонларини ва биологик актив моддаларни, 6) организмни ички муҳитига кирувчи хар хил зарарли моддаларни организмга киришидан тускинлик, химоя.

Овкат хазм қилиш деганда мураккаб моддаларни соддаларга ферментлар ёрдамида қайта ишланишига айтилади. Бу жараён аниқ кетма-кетликда, овкатни ошқозон-ичак трак-ти буйлаб ҳаракатланишида содир булади. Ферментатив парчаланиш натижасида овкат парчалари ташки қуриниш спецификасини йукотади, лекин энергетик ва пластик қийма-тини ва сурилиш хусусиятини саклаб қолади. Мономерлар ҳолатида улар конга ва лимфа-га утишади ва организм улардан энергетик ва пластик материал сифатида фойдаланилади.

Замонавий овкат хазм қилиш теорияси А.М.Угалев томонидан яратилган. У учта этапдан иборат: бушликдан хазм булиш – мембраналардаги хазм булиш сурилиш.

Ичакдаги хазм булиш жараёнидан олдин хазм булиш огиз бушлигида ва ошқозонда содир булади.

**Ингичка ичакдаги хазм булиш.** Асосий гидролитик жараёнлар ингичка ичакда содир булади. Ичакдаги муҳит нейтралга яқин булади. Бу нейтраллик ичакка тушаётган ут ва панкреотик суюкликлари, Na, Cl ионларини, бикарбонат ва сувнинг актив секрецияси ва абсорбцияси ёрдамида таъминланади. Овкат таркибида оксиллар, ёғлар, углевод ва нуклеин кислоталар булади. Уларнинг хар бири учун ферментлар йигими булади, улар полимер шахромолекулаларни мономерларгача парчалайди улар сурилиши мумкин.

**Бушликдаги хазм булиш.** Ошкозон ости беги ишлаб чиқарадиган ферментлар хисобига амалга ошади. Пептидлар трипсин, химотрипсин, карбоксипептидаза ва эластаза билан гидролизланишади. Бу ферментларнинг кетма-кет таъсири натижасида пастииолеку-ляр пептидлар ва оз микдордаги аминокислоталар хосил булади. Углеводлар (крахмал ва гликоген) панкреатик амилаза таъсирида диохаридлар ва куп микдорда булмаган глю-козага гидролизланади. Бушликдаги хазм булиш жараёни сув мухитида содир булади, бу мухитда ферментлар эриган булади. Улар хар кандай полимер богларни парчалаш хусусиятига эга.

**Мембраналардаги хазм булиш.** Бушликдаги гидролиз жараёнида хосил буладиган олигомерлар энтероцитларни щеточный наёмка зонасига киради, у ерда улар мембрана гидролизига учрайди, хосил буладиган мономерлар эса плазматик мембранани юзасига чиқади ва сурилади.

Мембраналардаги хазм булиш энтероцитларни а пикал мембранасини ташки юзасида содир булади. Мембраналардаги хазм булишда иштирок этадиган ферментлар миквор-синкаларни юзасида жойлашган. Ферментларни актив марказлари сув мухитига каратил-ган. Ферментатив гидролизга факат майда молекулалар учрайди, олигомерлар, чунки йи-рик молекулалар щеточной каемка зонасига кира олишмайди. Шунинг учун мембран хазм булиш ёрдамида гидролизни якуний боскичлари амалга оширилади.

Мембранали хазм булиш ичак ферментлари ёрдамида амалга ошади, бу ферментлар энтероцитларда синтезланади ва апикал мембранада жойлашган булади, бу жараёнда яна панкреатик ферментлар иштирок этади.

Адсорбцияланган ферментлар асосан биополимерлар гидролизини оралик боскичла-рини амалга оширади, ичак ферментлари асосан – оксил, углевод ва ёгларни охирги пар-чаланиш боскичларини амалга оширади. Гидролизнинг бошлангич боскичлари ичак ичига секрецияланадиган панкреатик ферментлар ёрдамида амалга ошади. Тугалланмаган гидролиз натижасида хосил булган моддалар щеточный каемкага бирикиб, у ерда адсорб-цияланган панкреатик ва мембран. Ферментлар таъсирида мономерларга гидролизланади ва сурилади.

**Сурилиш** овкат хазм булишининг якуний боскичи хисобланади, унда мураккаб биологик жараёнлар, яъни моддаларни ичакдан кон ва лимфага сурилиши содир булади.

Моддаларни ичакдан организмни ички мухитига утишини 2 та йули мавжуд: эпителиоцитлар ва хужайралараро бушликлар (персорбция) оркали.

Эпителиоцитлар оркали нутриентлар биринчи хужайрани апикал мембранасига кечиш организмни ички мухитига базал ва базолатерал мембрана оркали утади.

Сурилиш жараёнида трансмембран утказиш (актив ва пассив транспорт) эндоцитоз, персорбция катнашади. Ингичка ичакда углеводларни, аминокислоталарни, ут кислотала-рини ёгларни, витамин, Na ва сув, Cl, Ca ва Fe ни сурилиши содир булади.

Овкат хазм килиш системасини мотор фаолияти асосида силлик мускуллар хужай-раларини кискариши ва таъсирга кискариш билан жавоб бериши ётади. Силлик мускул-ларни спонтан активлиги уларни мембрана хужайраларини пермодик деполяризацияси Билан тушунтирилади циклик жараён куринишида. Циклик ион силжишлар ва мембран потенциалининг даражасини узгариши мускуллар кискаришга олиб келади. Сушт тулкин-лар базал электрик ритми деб хам аталади. Перистальтик кискаришларни частотаси, тезлиги ва йуналиши сушт электрик тулкин билан аникланади.

Перистальтик кискариш сушт тулкиндан кичик келади, лекин унинг пайдо булиш сабаби булиб потенциал таъсир хисобланади. Сушт тулкин силлик мускулларни кискариш фаолиятида интегратив ёки синхронлашган вазифани бажаради.

Харакатланиш компонентлари 90-минутли циклларда 20-30 мин давом этадиган кис-кариш даврларидан таркиб топган. Тинчлик нисбатини давомийлик даври 60-70 мин.ни ташкил килади. Кискариши ва тинч даврларни умумлашуви кайталанувчи циклларни хосил килади – периодик фаолиятни ритми.

Силлик мускулларни кискариш жараёнларини 2 гурухга булиш мумкин: сегментловчи ритмик ва перистальтик кискаришлар.



**Сегментловчи ритмик кискаришлар.** Улар айланма мускул каватини кискариши хисобига содир булади, бунинг натижасида ичак навбат Билан лата булмаган сегментлар-га булинади. Бунинг натижасида ичак ичидаги массани аралашуви ва гомогенизацияси содир булади. Хар бир кискариш, химусни маятниксимон харакатлантириб, уни ичак буйлаб силжитади.

**Перистальтик кискаришлар.** Перистальтик тулкинлар ингичка ичакнинг хар бир кисмида содир булиши мумкин. Улар ичак таркибидаги массани дистал йуналишда силжитади. Бундан ташкари, бу перистальтика тури буйлама мускул толаларини ритмик кискариши тарзида хам намоён булади, улар айланма мускул каватини кискариши билан бирикади. Ва маятниксимон харакатни хосил килишади. Кискарувчи тулкинлар биринчи дистал сунг проксимал йуналишда пайдо булади. Бундай кискаришлар туфайли ичак ичидаги масса биринчи бир тарафга, кейин бошка томонга силжийди, бунинг натижасида бу масса хар сафар шиллик парданинг Янги кисмларига тегиб утади. Бу ритмик маятник-симон харакатларнинг частотаси 1 мин. 10-12 мартани ташкил килади. Бу кискаришлар оддий, монофаз, амплитудаси 8 дан 40 мм сим.уст. ва давомийлиги 12-60 с. Булган формада регистрацияланади. Улар учун хос булган босим 60-80 мм сим.уст ва кискариш давомийлиги 15-20 с ни ташкил килади.

Пропульсив харакатлар перистальтик тулкинларни келтириб чикаради, улар химусни ичак буйлаб силжитади. Бу харакатлар ичак конунига асосланади. Бу конун W.M.Bouliiss ва E.H.Starling (1899,1901) томонидан аниқланган локал ичак реакциясида (ички интен-ционал лефликс) у шиллик мускуллар билан чегараланган. Перистальтик рефлекс изоля-цияланган ичак сегментида содир булади ва денервацияланган ичак (сегментида) петлиясида колади.

Ичакдаги асосий (базис) босим мускул деворини тонуси а корин девори босими Билан аниқланади. Одамда у 8-9см сув.уст. ташкил килади. Деворларни кискариши ичак ичидаги босимни тебранишига олиб келади.

**Хазм булиш жараёнидаги фаолият.** Хазм булиш жараёнидаги ингичка ичакнинг моторлик фаолияти овкатнинг хусусиятларига боглик. Нон ва гушт ейилгандан сунг кучли кискаришлар пайдо булади, тонус ошади, бу жараён аччик ичакда 1-2 соат давом этади. Кейинги фазадан бошлаб моторли тулкинсимон сусайиши давом этади. Хазм булиш жараёни тугагунча. Ёгли овкат килгандан кейин 2-3 соат давомида куп фазали моторика содир булади, юкори амплитуда ва тонусли кискаришлар 3-8 мин утгандан сунг 4-7 мин давом этадиган тормозланиш Билан алмашинади.

Кейинчалик мотор активлигини кайта тикланиш содир булади, бушлик давлениясини амплитуда тебранишлари 1,4 мартага ошади. Кичик тинчлик даври келади: бушлик боси-мини параметри пасаяди. Актив хазм булиш тугаши Билан 30- минут давом этадиган давр бошланади, у ката булмаган амплитудага эга булган кискаришлар билан характер-ланади.

**Ворсинкалар ва шиллик каватнинг харакатчанлиги, ворсинкалар** харакатчанлиги тебранувчи харакатлар д-кискаришлардан хосил булади. Ворсинка харакатчанлиги воликинин таъсирида содир булади. Традикинин, каллидин ва элеоидин каби полипептидлар кискариш частотасини камайтиради.

### **ИЧАК ДИВЕРТИКУЛАЛАРИ**

Дивертикул – бушликсимон орган деворини тугма ёки ортирилган бурти килиши, ошкозон хазм килиш системасини хамма кисмларида учрайди.

Ингичка ичакнинг дивертикулалари купрок 12 бармок ичакда пайдо булади. Рентгенологик текширувларни натижалари буйича, улар уртача 0,016-5,76%, ёришлар натижаси буйича –5,8-15.5% холларда учрайди. 1/3 касалларда улар тупланган куп сонли булади ва улар ичакни пастловчи ёки горизонтал кисларида 12 бармокли ичакнинг шун-дай кисмларида жйолашган булади. Ортирилган дивертикулалар 12 бармокли ичакнинг яраларидан ва кайталанувчи панкула титлардан кейин пайдо булади.

Аччик ва ёнбош ичакларда дивертикулалар кам учрайди (1% холларда), одатда улар аччик ичакда ва ичакнинг бошка кисмларида хам учрайди. Баъзида ёнбош ичакда Меккелев дивертикулини учратиш мумкин, 20-30% холларда у ошкозон ости безининг тукумасидан хосил булади.

**Тугма дивертикул.** Тугма хосила, ичак деворининг 3 та пардасидан тузилган, куп учрайди.

**Орттирилган дивертикул** Пульсимон, тракцион ва сохта булиши мумкин.

Пульсимон дивертикул кучли ичак давлениясини узгарган ичак деворига – таъсири натижасида вужудга келади.

Тракцион дивертикул эса битиш жараёнида, ичак девори тортилиши натижасида пайдо булади.

Сохта дивертикул факат шилилк каватнинг мускул каватидаги деспектдан чикиб колиши натижасида пайдо булади. Сохта дивертикулалар ичак ичидаги босимни куталиши натижасида булади.

**Клиника.** Дивертикулалар куп холларда клиник симптомларсиз утади. 12 бармок ичакдаги дивертикулалари бор касаллар унг ковурга остидаги, белга ва унг кукракка ирра-диацияловчи огрикларга шикоят килишади. Баъзида ураб олувчи характерли огриклар булиши мумкин.

Яллигланиш, изъявления, перепорация, кон кетиш каби асорталар пайдо булагнада бошкча симптоматика кузатилади.

**Даволаш.** Дивертикулезни огир булмаган турларида даволаш диета билан амалга оширилади: касалга доимий тарзда бугдойни яхши майдаланган донларини (пшеничные отруби грубого помола) ичишни тавсия килинади, улар ичакдаги босимни пасайтириш хусусиятига эга. Дозани 1 кунда 2-3 чой кошикдан 3-9 ош кошиккача купайтириш керак. Бунда ахлат келиши 2 кунда 1 марта келса доза оптимал хисобланади. Кушимча килиб зарур булганда прониетиклар (мотиямусс, препульсид, цирукал) ва фермент препаратлар (креон ва бошк) куланилади. Диарея, коринда дам булиши каби каби холларда: интетрикс, элсеспурил ва бошка антибактериал препаратлар кулланилади.

Дивертикулит холатида агар корин пардасини таъсирланиш симптоми йук булса, юкори иситмада ва лейкоцит формуласи силжиганда, дивертикул зонасида яллигланиш жараёнларни йукотгунча парентерал антибактериал терапия белгиланади.

Ингичка ичакда майда, оз микдордаги, огирлашмаган диверткулалари бор касаллар оператив даволашга мухтож эмас. Операцияга курсатма – дивертикул резекциялари – факатгина унинг катта улчамларида ва яллигланишга мойил булганда пайдо булади. Ди-вертикулезларда одатда кон кетиш массив булмайди ва улар консерватив йул билан даво-ланади. Эндоскопик кон тухтатиш хам мумкин. Давомий, кайталанувчи кон кетишларда, анемияларда, ичакнинг жарохатланган кисмини резекцияси зарур.

### **КРОН КАСАЛЛИГИ**

Крон касаллиги (регионар энтуит, гранулематоз имит ёки копия) – номаълум этио-логияга эга булган, ёбош ичакнинг терминал кисмида жойлашган, хазм булиш система-сининг гранулематоз яллигланиши: ичакнинг жарохатланган кисмини стенози, ёриклар (свишлар) пайдо булиш билан характерланади. Бу касаллик 1932 йили В.В. hn томонидан тасвирлаб берилган.

Патологик жараённи жойлашувига караб Крон касаллигини 2 та турини ажратишади. 1 тип: а) сегмент билан чегараланган йугон ичакнинг жарохатланиши; б) имоцекал кисм жарохатланган; в) 1 та сегмент билан чегараланган ингичка ичакнинг жарохатланиши 2 тип: а) ингичка ва йугон ичакнинг сегментлари жарохатланади. б) ичак жарохати балан бирлашувини мавжудлиги.

**Этиология.** Касаллиги сабаби аникланмаган. Хар-хил гипотезалар чиқарилган, иммунологик, инфекцион. Вируслар, кламидиялар бактериялар айникса мико бактериялар сабабли деб уйлашган. Кузатишлар шуни курсатдики Крон касаллигини купайишида озик махсулотларига кушилаётган кушимчалар (пищёвые добавки) ва озик махсулотларида клетчаткани етишмаслиги катта урин эгалайди. Лекин бу гипотезаларда хеч кайсиниси тасдикланмаган. 20 % касалларда бу касаллика булган олилавий мойиллик кузатилади.

**Патогенез.** Яллигланиш жараёни ичакнинг шиллик каватини остида пайдо булади, яъни инфилтратлар (грануленолар) хосил буладиган жойда.

Гранулмалар лейкоцитлар туплашдан иборат, уларнинг марказида Пирогов-Лангханс хилидаги гигант хужайраларни учратиш мумкин. Туберкулез гранулемалоридан фаркли Крон касаллигида ҳеч қачон казеоз некрозли учоғлар ҳосил бўлмайди.

Инфилтрация ичак деворининг шиллик, сероз қаватларига тарқалади. Бунинг натижасида ичак девори қалинлашади, шиллик қават нотекис рельефга эга бўлиб қолади, унинг юзасида эса қуп сонли эрозия ва язвалар ҳосил бўлади, бутун ичак бўйлаб худди ериклар сингади. Баъзи ҳолларда язвалар перепарацияланади, бу эса ичаклар уртасида свищлар пайдо бўлишига олиб келади. Деворнинг чандикли узғаришлари ичакни ички тарафани торайишига олиб келади, бу эса қисман ёки бутунлай ичак тугилиб қолишига сабаб бўлади.

**Клиника.** Умумий клиник симптомларига диарея, қориндаги оғриқлар, безгак ва тана вазни йукотиш киради.

*Диарея* қупчилик касалларда пайдо бўлади, лекин патогенез механизми бўйича фарқ қилади. Ёнбош ичакнинг жароҳатланиши натижасида желчный тузларни сурилиши бузилади, бу эса йўгон ичакда ва сув секретиясини ошишига олиб келади (хологен диарея). 100 см атроспидаги ёнбош ичакнинг жароҳатланиши катта миқдорда желчный тузларни йукотишига олиб келади ва мицелла ҳосил бўлишини бузилиш натижасида стеатореяни чақиради. Ингичка ичак структураси ичак стазига ва бактериялар билан зарарланишга способствовать қилади, бунинг натижасида моторика ва сурилиш бузилади. Баъзи касалларда тенезмалар бўлиши мумкин, бунга тугри ичакнинг жароҳатланиши сабаб бўлади, лекин ярали колитдан фаркли ахлатда қон бўлмаслиги мумкин.

**Крон касаллигининг клиник формалари.** Ичакда жойлашган крон касаллиги қуйидаги клиник формаларга эга: 1) уткир имит (имотифлит) 2) суюноилит ингичка ичакни тугилиши синдроми билан 3) сурункали суюноилит сурилишни бузилиш синдроми билан 4) гранулематоз колит 5) гранулематоз практик.

**Даволаш.** Касалликлар тулик жисмоний ва рухий тинчлик бўлиши керак. Бунинг учун седатив даволаш тавсия қилинади.

Жараёни патологик активлик даражасига қараб даволаш олиб борилади. Активлик катта бўлмаганда яхши эффектлари содир бўлганда гармонлар белгиланади ва порентерал озикланишга утқазилади. Баъзи ҳолатларда касалларга оператив чоралар зарур бўлади. Даволашни эффективлигини кузатиш мақсадида Бест индексида фойдаланиш қулай.

## ИНТЕРФАОЛ УСУЛ

### “ЗАИФ ҲАЛҚА”иш ўйинини ўтқазиш усули:

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

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

### Иш ўйини учун қуйидагилар зарур:

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

### Ишнинг юритилиши.

1. Назорат бошланишидан олдин, ўқитувчи талабаларга ўйиннинг қандай ўтқазилиши ва баҳолаш тартиби ҳақида тушунтириб беради.
2. Ўйинни педагог ва унинг ёрдамчиси ўтқазди. Ёрдамчи талабалардан сайланади.

3. Санокчи қайднома тайёрлайди-қоғозга кун, гурухнинг номери факультет, ўтказилаётган ўйин, факультет, гурухдаги талабалар ёзилади.
4. Ўйин1- чи турдан бошланади.
5. Ўқитувчи тайёрланган саволлардан навбати билан бирин кетин талабаларга савол беради.
6. Талаба 5 секунда саволга жавоб бериши керак.
7. Ўқитувчи «тўғри» ёки « нотўғри» сузи билан жавобни баҳолаб туради.
8. Агар жавоб нотўғри бўлса, ўқитувчи жавобни ўзи беради.
9. Ёрдамчи ўша талаба фамилияси тўғрисига «+» ёки «-» ёзиб қўяди.
10. Шундай қилиб, талабалар сўраб чиқилади ва 2 тур саволларига ўтилади.
11. 2 –чи турдан кейин ўйин тўхтатилиб, қайси талаба 2 та саволга жавоб бера олмаса ўйиндан чиқарилади. Уларни «Заиф халка» деб аталади.
12. Ўйин яна ўлган талабалар билан давом эттирилади. Уларга яна бир тур саволлар берилади. Жавоб бера олмаган талабалар ўйиндан чиқарилади, қачонки улар аввалги саволлардан 2 та «-» олган бўладилар.
13. Турдан турга энг кучли талаба ўтади, чунки ҳамма саволларга тўлиқ ва кўпрок жавоб берган бўлади.
14. Ўқитувчи –протоколга ким қачон ўйиндан чиққан, ва заиф халка олганлигини кайд қилади.
15. Ўйинмаксимал 0,8 балл билан баҳоланади. 2-чи тур ўйиндан чиққанларга «0» балл, 3-чи турдан чиққанларга «0,2» балл, 4-чи турдан чиққанларга «0,4» 5-чи турдан чиққанларга «0,6» берилади энг кучли иштирокчига «0,8» балл куйилади.
16. Ўқитувчи балларни эълон қилиб, «Энг кучли ва энг заиф халқа» ни айтади.
17. Протоколга қўйилган баллар жорий баҳолашда теоритик билимлар сифати бўйича ҳисобга олинади.
18. Ўйин протоколи сақланади.  
Журналнинг пастки очик жойига ўқитувчи ўйин ўтказганлиги тўғрисида числони белгилаб қўяди. Староста имзо қўяди

**10 – мавзу: Ичак яллиғланиши билан кечувчи касалликларнинг қиёсий ташхиси (сурункали энтеритлар, сурункали колитлар, НЯК, Крон касаллиги). Касаллик синдромлари ва кечиши. Эрта ташхис қўйиш.**

**10.1. Таълим бериш технологиясининг модели**

Машғулот вақти – 7соат	Талабалар сони : 9 – 10 гача
Машғулот шакли	Кириш-ахборотли машғулот.
Машғулот режаси	Ичак яллиғланиши билан кечувчи касалликлар хақида маълумотга эга булиш. Сурункали энтеритлар ва сурункали колитлар, НЯК, Крон касаллигининг узига хос клиникасини урганиш. Эрта ташхис қўйиш йулларини аниқлаш. Ошқозон ичак тизими рентгенографияси, ЭФГДС, ректороманоскопия тахлилларининг ахамияти.
Ўқув машғулотнинг мақсади:	талабаларга ичак яллиғланиши билан кечувчи касалликларни (сурункали энтеритлар, сурункали колитлар, НЯК, Крон касаллиги) қиёсий ташхислаш йулларини ургатиш. Ичак яллиғланиши билан кечувчи касалликларнинг узига хос белгилари ва кечилишининг хусусиятларига эътибор қилиш орқали қиёслаш ва эрта ташхис қўйиш тактикасини муҳокама қилиш.
Таълим бериш усуллари	Кўргазмалар, суҳбат
Таълим бериш шакллари	Оммавий, жамоавий
Таълим бериш воситалари	Ўқув қўлланма, дарслик, маъруза матни, проектор, компьютер
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория.
Мониторинг ва баҳолаш.	Оғзаки назорат: савол – жавоб.

**10.2. Амалий машғулотнинг технологик картаси.**

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёрлов босқичи (10 дақиқа)	1. Аудитория тозаллигини назорат қилади 2. Талабаларни машғулотга тайёргарлигини текширади 3. Давоматни назорат қилади	Тинглайдилар
1. Ўқув машғулотига кириш босқичи (15 дақиқа)	1. Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2. Кириш маърузаси учун такдимот слайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	Тинглайдилар ёзиб оладилар
2 – асосий босқич (245 дақиқа)	1. Талабаларни кичик гуруҳларга бўлиб, мавзу бўйича саволларни беради. <b>“ЎРГИМЧАК” УСУЛИ иш ўйинини ўтказиш усули:</b> Бу усул ёрдамида талабалар дарс мавзусини мустақил ҳолда чуқур ўрганиб оладилар. Дастлаб талабаларга утилган машғулот бўйича саволлар тайёрлашга вақт берилади. Савол-жавоб шакли ўргимчак ҳосил қилади. Бу усул орқали талаба дарс мавзусини қанчалик ўзлаштириб олганлигини	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Томоша қиладилар Қатнашадилар Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар

	таҳлил қилиш мумкин. 2. Кўргазмали плакатлардан фойдаланади 3. Слайдлар, мультимедиалардан фойдаланади 4. Даволаш ишларини олиб боради 5. Мавзулар асосида берилган маълумотларни умумлаштиради ва хулосалайди, фаол иштирокчи талабаларни рағбатлантиради ва умумий баҳолайди	
3. Якуний босқич (45 дақиқа)	1. Якунловчи хулоса қилади 2. Мустақил иш беради 3. Уйга вазифа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади
Жами 315 дақиқа 7 соат		

### Мавзунинг баёни:

Сурункали энтеритлар - ингичка ичак шиллик каватини яллигланиши ва дистрофик узгаришлардир. Этиологияси: уткир энтеритни нотугри даволашда келиб чиқади, алимен-тар узгаришлар, гижжа инвазияси, амёбиаз, лямблиоз, дисбактериоз, нерв-психоген диа-рея. Куздан кечирганда: умумий ахволи уртача, метеоризм, тери окарган, тил кизарган, тил четларида Тиш урнилари бор. Пальпацияда: куричак гулдираш, киндик атрофида ог-рик. Ахлат текширганда: полифекалия, ранги оқиш – сарик, шилимшик Билан келади. Ёг куп микдорда булади. Микроскопда текширганда: куп микдорда мускул толала-ри\креаторея\ куринади.

Сурункали колитлар - йугон ичак шиллик каватининг дистрофик узгаришлари Билан кечадиган яллигланиш булиб, бу йугон ичакни шира ажратиш, сурилиш ва бошка фао-лиятини бузилишига олиб келади. Этиологияси: уткир инфекциялар, сурункали инфекция-лар, экзоген ва эндоген захарланиш, паразит инвазиялар, неврозлар. Патогенезида: ауто-аллерген ва аллергик узгаришлар ахамиятга эга. Беморнинг шикоятлари: ич келишини бузилишига, ич келишига сохта истак \тенезм\ кунига 8-10 мартагача, баъзан ич келиши билан котиши алмашилиб туради.

Ирригоскопияда – ичак фаолияти бузилганлигини курсатади, чандикли кийшайиш кузатилади. Реторомоноскопия, колоноскопия шиллик пардада кизариш, ёрик ёки яра борлигини аниқлайди.

**Крон касаллиги.** Крон касаллиги дастлаб 1932 йилда ёнбош ичак терминал соха-сининг носпецифик яллигланиши сифатида эътироф этилган. Кейинчалик эса олимлар томонидан бу жараён меъда - ичак тизимининг исталган сохасини огиз бўшлигидан тугри ичак сфинктерига зарарлаши мумкинлиги тасдиқланган. Касалликнинг ривожланишини тушунтирувчи вирусли, аллергик, жарохатли, юкумли назариялар мавжуд бўлсада, унинг сабаби ханузгача аниқланмаган. Клиник манзараси. Касаллик тўсатдан коринда тўлгокси-мон, кучли интенсивликдаги огриклар, тана хароратининг кўтарилиши, дармонсизлик билан бошланади. Иштаха бўгилиб, ич кетилади, жараён узок давом этса, беморлар озиб кетиши хам мумкин. Айрим беморларда абдоминал симптоматика тизза ва болдир-товон бўғимларидаги огрик билан кечади. Бўғимлардаги огриклар коринда огрик пайдо бўлмас-дан хам бошланиши мумкин. Бўғимлар сохасида махаллий яллигланиш белгиларининг аниқланмаслиги ушбу касаллик учун хосдир. Патологик жараён ён-бош ичакнинг терминал сохасида жойлашганда беморда ўткир деструктив аппендицитнинг клиник манзараси намоён бўлади. Обьектив кўрик пайтида бемор ахволи огир, у пассив холатда ётади. Томир уриши тезлашган, тили курук, караш билан копланган. Корин пайпаслаб кў-рилганда патологик жараён жойлашган сохада огрик ва мушаклар таранглиги аниқланади, кўпинча перитонеал симптом ижобий аниқланади. Кон тахлилида гиперлейкоцитоз, макроцитар анемия, гипокальциемия ва гипопротеинемия кайд этилади. Кескин ифодалан-ган профуз ич кетиши, бемор ахволининг огирлашиши ички окма

яралар пайдо бўлганли-гидан дарак беради. Яллигланган ичаклар тешилган пайтда таркалган перитонитнинг клиник манзараси юзага чиқади.

Диагностикаси. Рентгенологик текширувда Крон касаллиги меъда ва 12 бармок ичак-да аниқланса бўлса, антрал қисм деформацияси, инфильтрацияси, пилорик халка торай-ганлиги, 12 бармоқли ичак атонияси, перистальтика сустлиги кузатилади. Эзофагогастро-дуоденоскопияда атрофияга учраган шиллик кават фонида эрозиялар, қирмизи тусли дўнгликлар, полиппа ўхшаш ўзгаришлар аниқланади. Биопсия натижалари атрофик гаст-рит ва эпителиод гранулемалар борлигини кўрсатади. Жараён ингичка, йўгон ичакда жой-лашган бўлса ташхис кўйиш қийин кечади ва кўпинча «ўткир корин», перитонит, ўткир аппендицит ташхиси остида қилинган операция вақтида аниқланади.

Даволаш. Крон касаллиги меъда, 12 бармок ичакни зарарлаганда асорат бермаса, консерватив даво ўтказилади. Крон касаллигининг этиологияси ноаниқ бўлганлиги сабаб-ли, даво тўқималардаги носпецифик реакцияни камайтириш ва ҳимоя кучларини кўпайти-ришга қаратилади. Бу мақсадда кортикостероидлар қўлланади. Стероид гормонлар билан салазосульфопиридинни (салкофальк, мукофальк) қўллаш фойда. Антибиотиклар, вита-минлар комплекси, темир препаратлари, пепсин ҳам комплекс муолажалар таркибига қиради. Меъдadan эвакуация қилиш бузилганда, профуз кон кетганда жаррохлик усули қўлланади. Меъданинг 2/3 қисми резекция қилинади. Бемор оксилга бой овкатларни ейи-ши, ёғ, тузни иложи борича емасликка ҳаракат қилиши лозим. Крон касаллиги ингичка, йўгон ичакни зарарлаганда ҳам консерватив терапия: стероид гормонлар, салазосульфо-пиридин, метрогил, антибиотикотерапия, витаминлар, оксил препаратлари (альбумин, плазма) тайинланади. Хасталик операция вақтида тасодифан аниқланса ва асоратлар (перфорация, кон кетиш, окма яра) бўлса, операция корин бўшлигини дренажлаш билан тугалланади. Операциядан кейинги даврда консерватив муолажа давом эттирилади. Агар шошилинич операция вақтида асоратлар (перфорация, перитонит, кон кетиши, кўплаб ички окма яралар) борлиги маълум бўлса, зарарланган соҳа резекция қилиб, олиб ташла-нади, ичаклараро анастомоз қўйилади. Беморларда операциядан кейинги давр одатда оғир кечиш бунда турли хил асоратлар юзага келиши, бемор ҳаётига хавф солиши мумкин. Шу сабабли операциядан кейинги даврда беморларни эътибор билан парваришлаш ва режа бўйича қилинадиган муолажалар беморнинг тузалиб кетишига имкон яратади.

Носпецифик яралли колит

Носпецифик яралли колит (НЯК) - йўгон ичакнинг оғир касаллиги ҳисобланиб, шиллик каватда яралар ҳосил бўлиши, кон кетиши, тешилиш, ичак деворининг склерозга учраб, батамом бекилиб қолиши каби асоратлар юзага келиши билан ўтадиган патология ҳисобланади. Касалликнинг сабаби ҳозирги пайтгача аниқ эмас. Адабиётда келтирилган этио-логик омилларга кура ичак деворининг антигенлик хусусиятга эга бўлиб қолиши, орга-низм иммун реактивлигининг ўзгариши натижасида яллигланиш юзага келади, деган тах-минлар ҳақиқатга яқинроқ деб тан олинапти. Касаллик ривожланишида ичак микрофло-раси, овкат ва турмуш тарзининг ҳам роли юқори, деб баҳоланади, чунки антибактериал терапия (метронидазол, сульфасалазин) ва парҳезнинг касалликни даволашдаги ижобий таъсири ҳаммага маълум.

Клиник манзараси. Касалликнинг кечиши оғирлигига қараб 3 турга бўлинади: энгил, ўртача оғирликдаги, кескин ифодаланган оғир тури. НЯК энгил даражали кечганда беморнинг ичи суткасига 4 мартадан кўп келмайди, ичакдан кон кетиши ва кориндаги санчикли оғриклар унчалик ифодаланмаган бўлади. Беморлар ўзларини нисбатан яхши ҳис қиладилар. Колоноскопияда йўгон ичак шиллик каватида бир оз кизариш ва мўртлик (аппарат билан энгил контакт кон кетишига сабаб бўлиши мумкин) аниқланади, айрим беморларда юзада жойлашган яралар ҳам борлиги маълум бўлади. НЯК ўртача оғирликда кечганда беморнинг умумий ахволи оғир бўлиб, у ўзини ёмон ҳис этади. Беморнинг ичи қунига 4 - 8 марта кон аралашиб келади, тана ҳарорати фебриль даражада (37,6 - 38оС). Беморларни қориндаги оғриклар, анорексия безовта қиладди. Тана вазни 10% гача камаяди. Корин пайпаслаб қўрилганда йўгон ичакнинг зарарланган соҳасида оғрик сезилади. Кон таҳлилида анемия, лейкоцитоз, ЭЧТ ошган, гипопроteinемия кузатилади. НЯК оғир кеч-ганда қунига 8 мартадан кўп дефекация, кон

кетиши, тахикардия, коринда кучли огрик, анорексия, коринни пайпаслаганда мушакларнинг таранглиги, йўгон ичакнинг кенгайиб кетганлиги аникланади. Гавда вазни 10% дан кўпга йўкотилади. Кон таҳлилида кескин ифодаланган анемия, лейкоцитоз, ЭЧТ нинг ошган бўлади. Рентгенологик текширувда йўгон ичакда ҳаво борлиги, девори чўзилиб кетганлиги маълум бўлади. Колоноскопияда йўгон ичак шиллик кавати кизариб шишиб кетган, кўплаб яраларнинг тромб билан конланганлиги ёки улардан кон кетаётганлиги аникланади.

Даволаш. НЯК энгил кечганда сульфасалазинни кунига 3 - 6 гдан бериш уни ёки хук-на ёрдамида юбориш тавсия этилади. Кўшимча диареяга карши дорилар ҳам кўлланади. Сульфасалазинга алергик реакция бўлган холларда стероид гормонларни кўллаш мак-садга мувофик. НЯК ўртача огирликда кечганда беморларни албатта стационарда даволаш лозим. Парҳез оксил моддаларга бой (1 г/кг) бўлиши зарур. Диареяга карши препаратлар берилмайди, чунки токсик мегаколон ривожланиши мумкин. Стероид гормонлар, сульфа-салазин 1 - 3 г билан хўкна ёрдамида юборилади ва кунига 1 - 2 г ичиш тавсия этилади. Инфузион, гемостатик терапия, дезинтоксикацион ва оксил препаратлари, гемотрансфузия ҳам комплекс даволаш таркибига киради. Касаллик огир даражада кечганда кўпчилик беморларга консерватив даво наф бермайди. Беморларнинг аҳволи борган сари огирлашиб боради, токсик мегаколон ривожланиб, ҳаётга хавф солади. Парентерал оксил препарат-лари (1,5-2 г/кг), венага гидрокортизон 300 мг/сутка, клиндамицин 600 мг/кгдан кунига, тобрамицин 1,7 мг/кгдан ҳар 8 соатда, метронидазол, ампициллин 6 г/кг кунига белгиланади. Йўгон ичак узун найчалар билан интубация қилинади. Кўп микдорда суюкликлар билан инфузион-дезинтоксикацион терапияси ўтказилади. Агар ичакнинг кенгайиб кетиши, мушаклар таранглиги 24 - 72 соат ичида сакланиб турса ёки янада кўпроқ ифодаланса, колэктомия операциясини бажаришга тўғри келади. Радикал опера-ция огирлик қилинганда, илеостома кўйилиши ва ремиссия даврида колэктомия операциясини бажариш лозим.

## ИНТЕРФАОЛ УСУЛ

### “ЎРГИМЧАК” УСУЛИ иш ўйинини ўтказиш усули:

#### Кадамлар:

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

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



**11 – мавзу: Қабзият синдромида қиёсий ташхис (таъсирланган ичак синдроми, колитлар, йўғон ичак ўсмалари, дивертикулёз, долихоколон).  
Қабзиятларни даволаш. Мехнатга яроқлилигини аниқлаш.**

**11.1. Таълим бериш технологиясининг модели**

Машғулот вақти – 7 соат	Талабалар сони : 9 – 10 гача
Машғулот шакли	Кириш-ахборотли машғулот.
Машғулот режаси	Қабзият этиологияси, патогенези, клиникаси Иситманинг клиник кечиш хусусиятлари. Диагностика ва дифференциал диагностика Ичак дисфункциясида даволаш.
Ўқув машғулотнинг мақсади:	Қабзият билан кечувчи касалликларнинг қиёсий ташхисоти.
Таълим бериш усуллари	Кўргазмали, суҳбат
Таълим бериш шакллари	Оммавий, жамоавий
Таълим бериш воситалари	Ўқув қўлланма, дарслик, маъруза матни, проектор, компьютер
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория.
Мониторинг ва баҳолаш.	Оғзаки назорат: савол – жавоб.

**11.2. Амалий машғулотнинг технологик картаси.**

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёрлов босқичи (10 дақиқа)	1. Аудитория тозалигини назорат қилади 2. Талабаларни машғулотга тайёргарлигини текширади 3. Давоматни назорат қилади	Тинглайдилар
1. Ўқув машғулотига кириш босқичи (15 дақиқа)	1. Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2. Кириш маърузаси учун тақдимот слайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	Тинглайдилар Ёзиб оладилар
2 – асосий босқич (245 дақиқа)	1. Талабаларни кичик гуруҳларга бўлиб, мавзу бўйича саволларни беради. <b>Интерфаол усул</b> <b>“МУАММОНИНГ ЕЧИМИ” иш ўйинини ўтказиш усули:</b> <b>Иш учун зарур:</b> 1. Алоҳида варақда чоп этилган топшириқ вариантлари ва вазиятли масалалар тўплами. 2. Ҳар бир кичик гуруҳдаги талабалар сонига қараб, куръа ташлаш учун сонлар. 3. Ўйинни оғзаки ўтказиш мумкин. (ёзма ҳам ўтказиш мумкин.) Бу усл орқали талабаларни билиминини баҳолаш мумкин.. 4. Кўргазмали плакатлардан фойдаланади 5. Слайдлар, мультимедиалардан фойдаланади 6. Даволаш ишларини олиб боради 7. Мавзулар асосида берилган маълумотларни	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Томоша қиладилар Қатнашадилар Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар

	умумлаштиради ва хулосалайди, фаол иштирокчи талабаларни рағбатлантиради ва умумий баҳолайди	
3. Якуний босқич (45 дақиқа)	1. Якунловчи хулоса қилади 2. Мустақил иш беради 3. Уйга вазифа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади
Жами 315 дақиқа 7 соат		

## Мавзу баёни

**Йугон иак таъсирланиш синдроми** ошкозон- ичак йули фаоллигининг бузилиши булиб, унинг пастки булимлари шикаситланиши билан намоён булади. Асосий белгилари- коринда огрик, кабзият, диарея. Клиникаси деярли ҳамма вақт бемор уйгоклигида ва стресс ҳолатида ёки овқат еяётганда пайдо булади.

### Учраши:

- ❖ Умумий популяциянинг 14-30% (болалар ва усмирларда кам учрайди)
- ❖ Касалликнинг усиши- йилига % 30-40 ёшларда касаллик энг кам учрайди.
- ❖ Купрок аёлларда учрайди (3:1)

**Этиологияси ва патогенези.** Ошкозон ичак йули силлик мушак хужайралари ёки нейрогуморал регуляцияда нуксонларнинг мавжудлиги.

### Клиник белгилари.

- Куп холларда диарея
- Кабзият ва коринда огрик
- Диарея ва кабзиятнинг навбатма-навбат келиши
- Кориндаги турли даражадаги огрик, овқат ейиш, стресс, жисмоний иш билан боглик, эрталаб ва кундузи пайдо булади. Дефекациядан ва газ чикиб кетгандан кейин огрик пасаяди. Уйку вақтида ва ётганда огрик интенсивлиги камаяди ёки умуман огрик булмайди.
- Ич келишининг бузилиши, кабзият, диарея ёки уларнинг кетма-кет келиши.
- Ахлатда шиллик булиши, кон йуклиги.
- Ичакнинг тулик бушамаганини хис килиш.
- Метеоризм
- Бош огриги
- Ноадекват асаб-вегетатив реакциялар ва улар билан боглик юрак уришининг кучайиши, чарчок, дармонсизлик, уйкусизлик, сержахллик, парестизия
- Депрессия, безовталаниш.

Лаборатория ташхиси. 1.Кон тулик тахлили. 2.Сийдик умумий тахлили. 3. Копрограмма.

**Махсус текширувлар.** Корин бушлиги УТТ. Ирригография. Зарурат булганда ФЭГДС. Колоноскопия- аппарат киритилганда ва хаво юборилганда купинча ичак спазми ва огрик пайдо булади. Кчсиз гиперимия ва анчагина шиллик борлигини аниклаш мумкин.

### Олиб бориш тамойили

- Бемор кутара олмайдиган махсулотларни истисно килган холда пархез.
- Беморга психоэмоционал таъсир курсатиш. Седатив препаратлар, транквилизи-торлар, антидепрессантлар.
- Ичак фаолиятини бузилишини коррекциялаш. Кабзиятда - усимлик клечаткасига бой пархез, етарли микдорда суюклик ичиш. Диарея синдромида- лоперамид аввал 4мг, кейин хар бир ичи суюк утганда 2мг ёки 2,5-5мгдан дифеноксилат-атропин.
- Огрик синдромида миотроп таъмир курсатувчи спазмолитиклар.

**Йугон ичак усмалари статистик маълумотлари.** Йугон ичакнинг узунлиги 2 м гача этади. У 4 қисмга ажратилади: куричак, чамбар ичак, сигмасимон ичак ва тугри ичак. Бу қисмларнинг саратон билан касалланиши бир хил эмас. Охирги маълумотларга кура, усма урта

хисобда 12% холда кур ичакда, 8% чамбар ичакда, 15% - сигмасимон ичакда ва 65%- тугри ичакда кузатилади. Дунёда йугон ичак саратони энг куп АКШ (хар 100 минг аҳолига 15 та бемор Данияда 96%) ва Бельгияда 71% учрайди. Ўзбекистонда йугон ичак саратони билан касаланиш курсаткичи нисбатан паст – 3,7% (1998 йил), лекин 1993 йилга нисбатан бир оз купайган – 3,3.).

**Касаллик сабаблари.** Усмаларнинг келиб чиқишига овкат ва сув билан ичакка тушган (минерал угитлардан (селитрадан) ичак бактериал флораси таъсирида) кучли канцероген моддалар (нитроза бирикмалари), ут кислоталари, ичак чикиндиларининг канцерогенлик хусусияти, оксиллар ва ёғларга бой булган овкатларни купрок истеъмол қилиш сабаб булади.

Иктисодий ривожланган мамлакатларда хайвон гушти ва сунъий қушимчаларга бой овкатларни куп микдорда истеъмол қилиш ҳам йугон ичак саратони билан касаланишга сабабчи булиши тасдиқланган. Витамин А ва С га бой булган усимлик клетчаткаси купрок истеъмол қилинганда эса бу аксинча, канцерогенезнинг сусайиши кузатилади. Саратон касаллигининг келиб чиқишида маълум даражада ирсий омиллар ҳам рол уйнайди. Яқин қариндошлар уртасида бу касалликнинг купрок кузатилиши бунга тасдиқлайди.

**Усма олди касалликлари.** Йугон ичак саратони купрок холларда полиплардан ривожланади. Полиплар шиллик парданинг безли эпителийси ва унинг остидаги қушимча толали туқимадан пайдо булади. Аденоматоз полиплар йугон ичакнинг усма олди касалликларига қиради. Улар думалок шаклда, оч-қизил рангда, юмшок консистенцияли, нозик ёки йугон асосли, текис ёки баҳмалсимон юзали булади. Бу полиплар аксарият холларда тугри ичакда, ундан кейин эса сигмасимон, кур ва пастга тушувчи чамбар ичакда учрайди. Полиплар бир ёки бир неча булиши мумкин. Уларнинг улчами бир неча миллиметрдан 3-4 см гача ва ундан ортиқроқ булади. Уларнинг улчами катталашини билан дисплазия даражаси ва хавфли усмага айланиш эҳтимоли ҳам орта боради. Диаметри 1 см гача булган полиплар камдан – кам хавфли усмага айланса, улчами 2 см дан катта булганлари 40%- холларга саратонга айланади.

Йугон ичакнинг облигат усма олди касалликларига диффуз (оилавий) полипоз касаллиги қиради. Бу касаллик купинча саратонга айланади. Касаллик наслдан-наслга утиб, ёш кишиларга ҳам полипоз сифатининг ёмонлашини ва хавфли усма пайдо булиши кузатилади. Йугон ичакнинг сургичли усмалари, ёлғиз полиплари, специфик булмаган ярали колит ва Крон касаллиги факультатив усма олди касалликларига қиради.

**Патоморфологик тузилиши.** Усиш шаклига қараб экзофит ва эндофит усмалар фаркланади. экзофит усмалар полип, тугун ёки сургичли шаклдаги тузилма булиб, гулкарамни эслатади ва ичак бушлигига ушиб қиради. эндофит (инфилтратив) саратон асосан ичак девори ичига усади.

**Клиникаси;** купчилик холатларда бу усмалар рентгенологик, эндоскопик текширишлар пайтида тасодифий топилмалар булиб клиник белгилари бул-майди. Полипларнинг хажмлари катта булганда, яраланиши, қонаши холларида нажасда қон ва шилимшиқ ажралади. Айрим холларда ичакларнинг тутилишини келтириб чиқа-риши мумкин. Аденоматоз полиплар облигат саратон олди касалликларига қиради ва 20% холатларда малгинизация. Факультатив усма олди касалликларига липома, гемангиома, дивертикуль, леомиома ва х.к қиради. Ташхис қуйиш; полипларнинг диагностикасида рентгенологик текширишларнинг ахамияит бекиёс булиб айланасимон, қирралари ва чегаралари текис мусбат туқима-хосиллари қуринади. Полипларнинг оёқчалари узун булганда сурункали инвагинацияга сабаб булади ва бу холатни рентгенологик текшириб аниқлаш мумкин. Полипларни текширишда ректорманоскопия, калоноскопия қилиниб гистологик текшириш учун биопсия, цитологик текшириш учун суртмалар олинади.

**Даволаш.** Полиплар асосан жаррохлик йули билан даволанади. Сигмасимон ичак полиплари асосан ректорманоскоп орқали олиндиб гистологик текшириш утказилади. Йугон ичакнинг бошқа булимларида полип ва полипиз булганда лапоратомия қилиниб, полиэк-томия, резекция айрим холларда (оилавий полипозларда ва сургичли- ворсинчатий полип-ларга) гемиколонэктомия операцияси бажарилади. Ноэпителиал хавфсиз усмалар; буларга фибромалар, миомалар, ангиомалар ва липомалар қиради. Бу усмаларнинг бошлангич дав-рида

клиник белгилари булмайди. Операция пайтида тасодифий хосилалар топилади. Ус-маларнинг хажми катталашганда, кечиктирилган даврларида ичакдан кон кетиш холлари ёки уткир тутилиши пайдо булади. Бу усмалар кам малигнизацияга учрайди. Даволаш асосан усмаларни жаррохлик йули билан олиб ташлаш, айрим пайтларда ичак резекцияси операцияси бажарилади.

#### **Хавфли усмалар.**

**Йугон ичак саратон касаллиги;** ошкозон ичак усмалари орасида 4-уринни эгал-лайди. Охирги 10 йилликларда бу касалликнинг усиши кузатилаяпти ва купинча кекса ёш-даги кишиларда, нисбатан аёлларда купрок учрайди. Йугон ичакнинг саратон касаллиги билан касалланиш чап томонда унг томонга нисбатан купрок учрайди. Сигмасимон ичакда 40% кур ичак сохасида 25% саратон касаллиги учрайди.

**Этиологияси ва пато-генези;** йугон ичакнинг кайси кисмида нажас куп ушланиб турса, шу кисмда саратон касаллиги куп учрайди. Нажас таркибида индол, скатол ва гуанидил сингари эндоген канцероген моддалар учрайди. Кабзиятга учраган беморларда нажаснинг ичак шиллик каватидаги контракт вакти купаяди, нажасида канцероген моддаларнинг шиллик каватга сурилиши купайиб усма трансформациясини чикаради. Сурункали колитлар, полипозлар усма олди касалликларига киради. Патологик анатомия; усма бошлангич боскичида полипсимон ёки замбуруксимон холатда булиб емирилиш (распад) бошланади ва усма чегаралари нотекис, юзаси улик (некроз) кулранг парда билан копланган ярага айланади. Хамма деворларига усганда ичак бушлиги торайиб ичакнинг тутилиши пайдо булади. Унг томон кундаланг – чамбар кисмларида асосан экзофит турлари, чап ярмида эса яралар – сизувчи тури купрок учрайди. Йугон ичак саратон касаллигини морфологик тутти-лишини караганда; Аденокарцинома – (60-70 %) , солидли – (10-12%) ва шилликли – (12-15%) учрайди.

**Клиникаси;** йугон ичак усмасининг клиникаси кайси касалликлардан сунг пайдо булганлигига ва ичакнинг кайси кисмида жойлашганлигига боглик. Куп вакт давом этган йугон ичак колитлари ва полипознинг белгилари саратон касаллигига утаётган пайтда анча кучаяди. Усма йугон ичакнинг унг томонида ва хусусан кур ичак кисмида булса, купинча интоксикация ва камконликга хос умумий белгилар юзага чикади. Сиг-масимон ичак усмаларида купинча махаллий белгилар ва тутилиши белгилари купрок учрайди. Клиник амалиётнинг курсатишича, йугон ичакнинг унг ярмида жойлашган усма-ларнинг намоён булиш даражаси чап ярмидагилардан фарк килади.

**Йугон ичак саратонининг эрта белгилари (%)**

<b>Белгилари</b>	<b>Ичакнинг унг ярми</b>	<b>Ичакнинг чап ярми</b>
Огрик	90,0	35,8
Иштаханинг юколиши	59,7	10,4
Кунгил айниши	40,7	9,4
Кекириш	21,8	6,6
Кусиш	6,3	1,9
Кориннинг дам булиши ва кулдираши	6,9	38,7
Кабзиятлар	9,2	46,2
Ич кетиши	4,1	8,5
Ич тутилиши	1,7	19,8
Ажралмалар (кон,шиллик)	-	30,2
Анемия	68,4	4,7
Иситма чикиши	18,9	16,0
Холсизлик	10,9	8,5
Озиш	2,9	7,5
Пайпасланадиган усма	10,2	0,9

Жадвалдаги маълумотларга кура, йугон ичакнинг унг ярми саратонида купчилик беморларда огрик, иштаханинг йуколиши, кунгил айниши, кекириш,кусиш, анемия, хол-сизлик ва пайпаслаб топиладиган усма учрайди. Бунда ичакдан конли ёки шиллик ажрал-ма келиши кузатилмайди. Саратон йугон ичакнинг чап ярмида булса, корин дам булиши ва кулдираши, кабзият, ич кетиши,ичак тутилиши, конли ёки шиллик ажралмалар ва озиш кузатилади. Иситма чикиш аломати одатда саратоннинг жойлашишидан катъий назар бир хилда учрайди. Йугон ичакнинг унг ярми саратони учун касалликнинг аста-секин зураи-ши хосил булиб, клиник белгиларининг сони ва ифодаланиши усиб боради. Чап булим усмаларида бундай конуният хам кам кузатилиб, купинча касаллик тусатдан ичак тутили-ши билан намоён булади.

Клиник манзарасининг хусусиятига караб йугон ичак саратони 6 хил клиник шаклга эга булади: токсик-анемик, энтероколит, диспептик, обтурацион, сохта яллигланиш ва усма.

**Токсик анемик шакли.** Нохушлик, холсизлик, тез чарчаш,иситма кутарилиши,тери копламларининг окимтирлиги ва кучайиб бораётган анемия ривожланиши билан намоён булади.

**Энтероколит шакли.** Доимий огрик, ич бузилиши, узок вакт гох кабзият, гох ич кетиши, кориннинг дам булиши ва кулдираши, ичакдан шиллик, конли ёки йирингли ажратма келиши билан ажралиб туради.

**Диспептик шакли.** Меъда ичак йулининг диспептик бузилишлари; коринда огрик, иштаханинг пасайиши, кунгил айниши, кекириш, вакти-вакти билан кайд килиш эпигаст-рал сохада огрик ва дам булиши билан фаркланади.

**Обтурацион шакли.** Эрта ичак тутилиши билан ифодаланади. Биринчи навбатда коринда дастлаб унча кучли булмаган,симиллаган, жойлашуви аник булмаган огрик пайдо булади. Вакт утиши билан улар кучайиб нажас ва газларнинг тутилиши билан кечадиган хуружлар кузатилади. Хуружларнинг кайталаниши ва уларнинг доимийлиги аста-секин усиб боради, кейинчалик сурункали ичак тутитилиши кузатилади. Хуружларнинг бирида бутунлай обтурацион ичак тутилиши юз беради.

**Сохта яллигланиш шакли.** Корин бушлигида яллигланиш жараёнини эслата-диган белгилар: унг томонда огрик,корин девори мускулларининг таранглашиши, харорат кутарилиши, лейкоцитознинг усиши ва эритроцитлар чукиш тезлигининг кучайиши руй беради.

Усма (атипик) шакли. Бошка клиник белгилар кам ифодаланган холда пайпаслана-диган усма борлиги билан фарк килади. Беморнинг узи ёки врач курик утказаётган чогида усмани тасодифан аниклайди. Анамнез йигиш пайтида, усма аникланишидан бир неча ой бурун бемор ахамият бермаган ичакка тааллукли шикоятлар борлигини аниклаш мумкин.

**Ташхисоти:** клиник текширишларга сураб-суриштириш, объектив текширишлар, тугри ичакни бармок билан текшириш, лаборатория ва рентгенологик текширишлар хамда ретороманоскопия ёки колоноскопия оркали биопсияга материаллар олиш киради.

**Сураб суриштириш.** Беморнинг шикоятлари ва анамнези батафсил урганиб чикилиши керак. Бунда симптомларнинг тавсифи, пайдо булиш вакти, кетма – кетлиги ва динамик ривожланишига эътибор берилади. Касаллик клиник манзарасининг хусусиятлари тахлил килинганда, сурункали ичак касалликлари бор беморларда саратон пайдо булиш эхтимолини хисобга олиш керак. Йугон ичак саратони борлигига шубха килинадиган «хавфли белгиларга»:

- коринда ёкимсиз хис пайдо булиши,унинг тулиб кетиши, дам булиши, огрик безовта килиши;

- кабзият ёки ич кетиши, дефекациядан кейин ичакнинг тулик бушамаганлик хисси, ёлгон чакирувлар;

- нажасда кон, шиллик ёки йиринг булиши;

- иштаханинг ёмонлашиши, холсизлик, кунгил айниши, анемия кузатилиши;

- сабабсиз иситма чикиши;

- пайпаслаганда усма борлиги;

**Объектив текширишлар** пайтида беморнинг териси ва куринадиган шиллик пардаларининг рангига эътибор берилади. Тери ва шиллик каватларнинг рангсизлиги йугон

ичакнинг унг ярми саратони туфайли ривожланган анемия борлиги фикр юритишга олиб келиши мумкин. Корин текшириб курилганда баъзида ичакнинг торайишдан юкори кисмининг купайган перистальтикаси кузга ташланади. Корин девори шалпайган булса, усма устидан шишни пайкаш мумкин. Перкуссия килинганда усма устига бугик товуш хамда корин бушлигида эркин суюклик борлигини аниклаш мумкин. Аускультация пайтида усма сохаси ва ундан юкорида аникланган кучайган кулдираш ичак стенозидан дарак бериши мумкин.

Усмага шубха килинганда беморни чалканча, унг ва чап ёнбошга ёткизган холда корни пайпасланади. Куричак, юкори ва пастга тушувчи чамбар ичакнинг усмаларини аниклаш энгилрок. Кундаланг, чамбар ва сигмасимон усмалари ушбу ичак булимлари-нинг кузгалувчанлиги туфайли пайпаслаш пайтида бармоқлар остига чикиб кетиши мумкин. Купрок экзофит усмаларни пайпаслаш мумкин. Эндофит усмаларда эса бунинг ило-жи камрок. Тугри ичакни бармоқ билан текшириш усули ичаклар фаолияти хар кандай бузилганда хам зарурий хисобланади.

**Лаборатория текширувлари.** Кон тахлили ва нажасни яшириш конга текшириш диагностик ахамиятга эга. Коннинг умумий тахлили эритроцитлар чукиш тезлиги кучайганлигини, гипохром анемия, баъзи беморларда эса ёндош яллигланиш жараёнлари борлигидан дарак берадиган лейкоцитозни аниклаб беради.

Конни саратон – эмбрионал антигенга (СЭА) текшириб куриш лозим.

Нажасни яшириш конга тахлил килиш йугон ичакда саратон касаллиги борлигини аниклаб беради. Яширин конга текширишнинг техник жихатдан осонлиги уни ахолии уртасида ёппасига профилактик куриклар утказишда имкон яратади.

**Ректороманоскопия.** Бу йул билан тугри ва сигмасимон ичакнинг бошлангич усмалари аникланиб, гистологик текширишга материал олинади. **Рентгенологик текшириш.** Хозирги вақтгача йугон ичак саратонига ташхис куйишда бу асосий усул булиб, кол-моқда. Текширишнинг максадларига караб хар хил усуллар кулланилади. Булар ичида етакчи усул ирригоскопия усули хисобланади. Йугон ичак саратонининг учта асосий рентгенологик белгиси бор: ичак барий билан тулдирилганда нуксон борлиги, чеккалари кутарилганлиги, уртасида чукурча борлиги, ясси нуксон хосил булиши, ичак бушлиги хаво билан кенгайтирилишга харакат килинганда ригид деворли ичакнинг циркуляр торайиб колиши.

**Колоноскопия** – йугон ичакни эндоскоп билан куриш усулидир.

**Сонография** – ультратовуш усули сунгги йилларда йугон ичак (купрок тугри ичак) саратонини аниклашда кенг кулланилмоқда. Сонография утказилиши усмани аник жойлашиши, ичакнинг узига ёки унинг ташкарисига таркалиши, жигардаги метастазлар, ичи-да рецидив (кайталаниш) пайдо булишини аниклаш ва даволаш самарадорлигини билиш-да ахамиятга эга.

**Компьютер томография.** Йугон ичани диагностик текширишга жуда мухим маъ-лумот беради. Жумладан, усма атрофидаги томирлар, тукумалар ва аъзолар билан касал-ликни бевосита муносабати, уларга усиб кириши, метастазлар борлиги ва бошкаларни бу усул аник куришга беради.

**Радионуклид –сцинтиграфия.** Йугон ичак саратонининг радикал операция килиш-дан олдин жигарда унинг метастазлари бор ёки йуклигини аниклашда яхши ёрдам беради.

**Бармоқ билан текшириш.** Бу – ичак деворининг курсаткич бармоқ билан пайпаслаб куриш усулидир.

Тугри ичакда хар кандай бузилишлар булганда хам албатта бармоқ билан текшириш зарур. Бу усул корин бушлиги касалликларида пайпаслаш ёки упка касалликларида аускультация килиб куришдек зарурий усул хисобланади. Бармоқ билан текширмасдан ташхис куйиш купол хато хисобланади. Йугон ичак саратонини поликлиника шароитида эрта аниклаш учун 40 ёшдан ошган кишилар текширилшга куйидагилар бажарилиши керак: анкета усули, ахлатни яширин конга тахлил килиш ва тугри ичакни бармоқ билан текшириш. Бу комплекс усул билан 40% гача йугон ичак ва тугри ичак саратон билан ог-риган беморларни аниклаш мумкин. Йугон ичак саратонининг якуний ташхиси патомор-фологик текширишсиз куйилмайди. Факат цитологик ёки гистологик тахлиллар асосида саратон борлиги тугрисида хулоса килинади ва

унинг ривожланиш боскичлари ва таснифи тузилади. **Даволаш:** Йугон ичак усмаларини даволаш асосан жаррохлик йули билан аникланади. Операция хажми, харкатори усманинг жойлашганлигига (жойига), таркалиш даражасига, морфологик пайтида абластика максатида, туткич ва корин пардаси ортидаги ёг клетчаткаси ва лимфа тугунлари билан биргаликда олиб ташлаш лозим. **Прогноз;** Ка-саллик вақтли аникланганда ва радикал операция килинганда якуний натижаси яхши. Радикал операция килинган бемор-ларнинг 60-70% и 5 йилдан куп яшайди.

**Тугри ичак усмалари: Хавфсиз усмалар;** Бу усмалар уз навбатида эпителиал ва нозэпителиал усмаларга булинади. Хавфсиз нозэпителиал усмалар асосан бириктирув-чи, мушак, ёг тукумаси, кон ва лимфатик тукумалардан усади. эпителиал хавфсиз усмалар ичакнинг шиллик каватидан усади. Хавфсиз усмаларни даволашда асосан жаррохлик усуллари кулланилади. (Эл.коагуляция, эл. иссечение, айрим холларда резекция операция-лари бажарилади).

**Тугри ичак саратон касаллиги.** Тугри ичак саратони касаллиги ичак усмалари-нинг 80% ини, бутун усмаларнинг 4-6%ни ташкил килади. Ёмон сифатли усмаларнинг 99% саратон касаллиги ва 1% ни саркома касаллиги ташкил этади. Юз минг ахолии орасида 7 нафари тугри ичак саратони касаллиги билан касалланади. Бу касаллик аёллар ва эркак-ларда бир хил учрайди ва кекса ёшдаги кишилар купрок касалланади, лекин бу касаллик ёшларда (20-30 ёш) хам учрайди.

**Патогенези;** Касалликнинг келиб чиқишида полипларнинг хусусан оилавий полипоз-ларнинг ахамияти катта. Бундан ташкари кабзиятнинг хам (хафтада 1-2 марта нажаснинг чиқиши) касаллик ривожланишига ахамияти катта. Нажаснинг ичакларда туриб қолиши, шиллик кават билан узок вақт контакта булиши (индол, скатол, гуанидин) ва бу модаларнинг шиллик каватга ва эпителиал хужайраларга таъсири усма патогенезида ахамияти катта. Бу модалар эндоген канцероген модалар хисобланади ва сурункали яллигланиш жараёнида, геморойда эпителиал хужайраларининг усма хужайраларига утишини таъмин-лайди (Злокачественная трансформация клеток). Усма олди касаллигига аденоматоз полиплардан ташкари, сурункали дизентерия ва проктитлардан кейинги яралар киради. Маълумотларга караганда яраларнинг 12% саратон касаллигига олиб келар экан. Орка чиқарув тешиги сурункали ёриклари анал сохаси саратон касаллигига олиб келади.

**Клиникаси;** Тугри ичак саратони касаллигини клиник куриниши усманинг жойлашган урни ва анатомик тузилишига (типига) боғлиқ. Бошлангич белгиларидан нажасда кон ва шиллик модалар пайдо булиши, шу билан бирга дефекия вақтидан сунг тулик коникиш хосил қилмаслик, ичакнинг тулик бушамаслигини сезиш белгилари хам илк белгиларига киради. Вақт утиши билан аста-секин кориннинг пастки қисмида, думгаза ва орка чиқарув тешиги сохасига оғрик пайдо булади. Шу билан бирга ичак бушлигини торайиши нажаси-да нажаснинг таматсимон шаклда булиши, тез-тез ташкарига чиқиш сезгилари учрайди. Нажасининг ичакларда утмай қолиши, кориннинг шишишига олиб келади. инфекция кушилиб проктит белгилари пайдо булади. Пастки ампуляр, урта ампуляр ва юкори ампу-ляр саратон касаллиги белгилари тасвирланган таблица курсатилади. Беморнинг умумий ахволи усманинг кечиктирилган даврларида, узок вақт кон кетиб камконлик булган холатларда, усманинг емирилиши нажасида тана харорати кутарилганда, инфекция кушилганда ва сурункали ичак тутилиши кушилганда оғирлашади. Бемор озий бошлайди, терилар оқаради, кулранг тусни олади.

**Ташхис қуйиш;** Шикоятларини аник йигиб тугри баҳолаш, нажас билан чиққан аралашмаларни куриб, тугри ичак усмасига гумон қилиб, бармок билан куриш, ректоро-маноскопия ва рентгенологик текширишлар уткази-лиши лозим. Курсаткич бармок билан тугри ичакнинг обдон текшириш 80% гача аник ташхис қуйишга ёрдам беради. Ичак ва корин бушлиги аъзолари томонидан дискомфорт сезадиган беморларнинг тугри ичагини бармок билан курмаслик шифокорнинг катта хатога йул қуйганидир.

Ректоро-маноскопия – бу усул усмани куз билан куришга бармок оркали олинган маълумотларни тасдиқлашга, юкори қисмда жойлашган усмаларни куришга, ичак шиллик

каватида булган бошка усмаларни топишга ва усмадан биопсия олишга имконият яратади. Ректоскоп аппарати билан сфинктерда 25-30 см.масофадаги ичак бушлигини куриш мумкин. Ректоскопияда беморлар махсус тайёрланади. Маъруза пайтида куриш хоналарида ректорманоскопия усуллари куз билан куриш, бармок билан текшириш ва ректоскопия тугрисида, унинг ахамияти тугрисида тухталиб утилади.

**Ирригоскопия ва ирригография;** усуллари тугри ичак усмаларининг ташхисида ахамияти катта. Ирригограмма усманинг чегараларини, контурларини, ичак бушлигини торайишини, полипларнинг бор йуклигини, бошка жойда жойлашган усма хосилларини куришга имкон беради. Усманинг сизувчи турларида, бу усулда тулиш дефектлари куришмайди, аммо ичак деворининг ригидлиги, шиллик кават рельефларининг текисланиши кузатилади.

**Даволаш;** Тугри ичак усмаларини даволашнинг асосий йули хирургик хисобланади.

Нур билан даволаш асосан кечиктирилган боскичларида паллиатив ва ясси хужайрали анал соха саратон касалликларида радикал даволаш усули сифатида кулланилади. Кимёвий дорилар билан даволашда фторурацил ва фторафур кенг кулланилмокда. Бу препарат асосан 0,5 ёки 1,0% ли эритма сифатида вена оркали томчи усули билан (5% ли глюкоза эритмаси 400 мл.) кунора юборилади. Даволаш курсига 25гр-30гр ишлатилади.

**Касалликни олдини олиш.** Йугон ва тугри ичак саратонинг бирламчи профилактика ситугри овкатланиш, яъни таркибида этарли микдорда овкат клетчаткаси, витамин А ва С га бой булган сабзавот ва меваларни истеъмол килишдир. Иккиламчи профилактикаси диффуз полипоз, сургичли усмалар, купчилик ва ягона полиплар, ярали полип ва сурункали касал-ликларга чалинган беморларни уз вактида аниклаш, даволаш ва диспансеризация килишдан иборат.

### **Интерфаол усул**

**“МУАММОНИНГ ЕЧИМИ” иш ўйинини ўтказиш усули:**

**Иш учун зарур:**

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

**Ишнинг бориш тартиби:**

1. Гуруҳдаги барча талабалар куръа ташлаш йўли билан ҳар бирида 3(2) талабадан бўлган 3 (4) кичик гуруҳга бўлинади.
2. Ҳар бир кичик гуруҳ алохида стол атрофига ўтиради
3. Варақда сана, гуруҳ сони, факультет, мазкур кичик гуруҳ иштирокчи – талабаларининг исми, фамилияси ва иш ўйинининг номи ёзилади.
4. Кичик гуруҳлар иштирокчиларидан бири қонвертдан топширик вариантини олади ва бу топширик барча кичик гуруҳлар учун қўлланилади.
5. Вақт тугагандан сўнг оғзаки равишда жавоб берадилар.
6. Ўйиннинг барча иштирокчилари натижаларни муҳокама қиладилар, энг тўғри бўлган ечимни танлайдилар ва ўнга максимал балл қўйилади.
7. Муҳокамага 15 дақиқа ажратилади.
8. Талабалар жавоб учун баллни машғулотнинг назарий қисми учун ажратилган рейтингдан оладилар.
9. Энг тўғри жавоб берган кичик гуруҳ машғулотнинг назарий қисми учун ажратилган максимал баллдан – 100% ни, 2 – ўрин олган кичик гуруҳ рейтингнинг 80% ни, 3- кичик гуруҳ рейтингнинг 60% , 4-ўринни олган гуруҳ эса 40% ни олади.
10. Жавоб варақларида ўқитувчи балларни ва ўзининг имзосини қўйади.
11. Талабалар томонидан олинган балл машғулотнинг жорий баҳосини қўйишда эътиборга олинади.
12. Жарийданинг пастки бўш қисмида иш ўйинининг ўтказилганлиги ҳақида белгиланади ва гуруҳ сардори имзо қўяди.
13. Талабаларнинг ишлари ўқитувчида сақланади.



**12 – мавзу: Гепатомегалия. Жигарни метаболик зарарланиши. Коновалов - Вильсон касаллиги. Гемохроматоз. Гепатомегалия. Унг коринча етишмовчилигида, Бадди-Киари синдромини киёсий ташхиси. Киёсий даволаш усуллари. Мехнатга яроклилигини аниклаш. Клиника. Ташхис. УАВ тактикаси. Профилактика.**

**12.1. Таълим бериш технологиясининг модели**

Машғулоти вақти – 5 соат	Талабалар сони : 9 – 10 гача
Машғулоти шакли	Кириш-ахборотли машғулоти.
Машғулоти режаси	Гепатомегалия тушунчаси, унинг сабаблари Гепатомегалия билан кечувчи касалликлар Гепатомегалия турлари, уларнинг диагностикаси Коновалов-Вильсон касаллиги Унг коринча етишмовчилигида Бадди-Киари синдромини киёсий ташхиси Гепатомегалияда УАВ тактикаси
Ўқув машғулоти нинг мақсади:	Гепатомегалия синдроми билан кечадиган касалликларнинг киёсий ташхисоти. Клиника. УАВ тактикаси ва профилактикасини батафсил урганиш
Таълим бериш усуллари	Кўргазмалар, суҳбат
Таълим бериш шакллари	Оммавий, жамоавий
Таълим бериш воситалари	Ўқув қўлланма, дарслик, маъруза матни, проектор, компьютер
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория.
Мониторинг ва баҳолаш.	Оғзаки назорат: савол – жавоб.

**12.2. Амалий машғулоти нинг технологик картаси.**

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёрлов босқичи (15 дақиқа)	1. Аудитория тозаланишига назорат қилади 2. Талабаларни машғулоти га тайёрлигини текширади 3. Давоматни назорат қилади	Тинглайдилар
1. Ўқув машғулоти га кириш босқичи (15 дақиқа)	1. Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2. Кириш маърузаси учун тақдимот слайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	Тинглайдилар Ёзиб оладилар
2 – асосий босқич (150 дақиқа)	1. Талабаларни кичик гуруҳларга бўлиб, мавзу бўйича саволларни беради. <b>«Ручка-стол марказида» иш уйинини ўтказиш усули.</b> Бутун гуруҳга топшириқ берилади. Ҳар бир талаба вазифани ёзади ва ёнидаги талабага узатади, ручкани стол ўртасига қуяди. Ўқитувчи талабани текширади ва талабалар тўғри жавобларни ўз дафтарларига кўчирадилар, бунда талабанинг назарий билими баҳоланади. 2. Кўргазмалар плакатлардан фойдаланади	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Томоша қиладилар Қатнашадилар Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар

	3. Слайдлар, мультимедиалардан фойдаланади 4. Даволаш ишларини олиб боради 5. Мавзулар асосида берилган маълумотларни умумлаштиради ва хулосалайди, фаол иштирокчи талабаларни рағбатлантиради ва умумий баҳолайди	
3. Якуний босқич (45 дақиқа)	1. Якунловчи хулоса қилади 2. Мустақил иш беради 3. Уйга вазифа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади
Жами (225 дақиқа) (5 соат)		

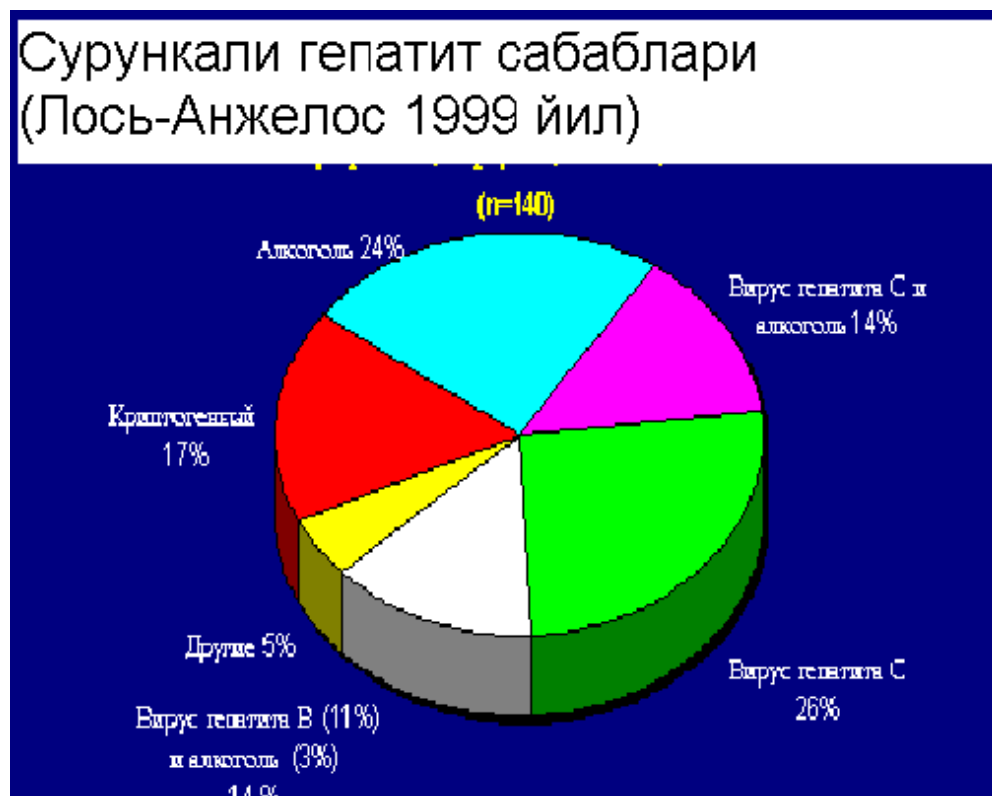
### Мавзу баёни.

Гепатомегалия – жигар улчамларининг катталашуви булиб, клиник жихатдан у куйидаги бир канча касалликларнинг сабаблари булиши мумкин.

Гепатомегалия сабаблари:

- Жигарнинг ёгли дистрофияси (гепатозлар)
- Уткир ва сурункали гепатитлар
- Жигар циррози
- Жигар фибрози
- Жигар кисталари
- Жигар паразитар касалликлари (эхинококкоз ва альвеококкоз)
- Жигар усмалари
- Унг қорича етишмовчилиги

Расм №1



Сурункали гепатит – 6 ойдан кўпроқ давом этадиган жигарнинг полиэтио-логик диффуз яллигланиш жараёни билан характерланади.

(Рим, 1988; Лос-Анджелес, 1994 –гастроэнтерологларнинг Европа ва Бутун-жаҳон конгресслари)

Таркалиши ҳар 100 000 аҳолига -60 кишини ташкил қилади. Катта ёшли аҳоли орасида 5%ни ташкил қилади. □Сурункали гепатитлардан улим 15-25%ни ташкил қилади. Дунёда 300 000 000 дан ортик гепатит В вирусини ташувчилар бор.

**Классификация 1994 йил Лос-Анджелес  
1-антитрипсин етишмовчилиги натижасида келиб чиқадиган**

Этиологияси	Активлик даражаси	Фиброз даражаси
1. сурункали гепатит В	Минимал активликдаги сурункали гепатит	Фиброз йук
2. сурункали гепатит С		Суст ривожланган фиброз
3. сурункали гепатит D	Суст ривожланган активликдаги сурункали гепатит	Уртача ривожланган фиброз
4. сурункали аутоиммун гепатит		Огир даражали фиброз
5. дорили гепатит		Жигар циррози
6. криптоген гепатит	Уртача ривожланган сурункали гепатит	
	Огир даражали сурункали гепатит	

**Жигарнинг сурункали касаллиги**

Оксил метаболизмнинг аутосом-рецессив типдаги бузилишига олиб келадиган кон зардобида α-антитрипсин ферментининг етишмовчилиги натижасида келиб чиқадиган жигарнинг сурункали касаллиги ҳисобланади.

**Сурункали гепатит В**

Уткир ВГВ соғлом одамлар орасида 5-10% ҳолатларда сурункали формага утади.

Иммунитетида узғариш булган одамлар орасида бу курсаткич 20-% ни ташкил қилади.

Сурункали гепатитнинг 30-40% и жигар циррозига утади.

Диагностикаси:

Кон зардобида гепатит В вирусининг маркерлари:

HBsAg – юза (superficialis) оксил-антиген;

HBcAg (HBcoreAg) – факат гепатоцитлар ядросида жойлашадиган ва конда аниқланмайдиган антиген аниқланади.

**Сурункали гепатит D** Сурункали гепатит D вирусининг гепатит В маркерлари ташувчилар уткир вирусининг гепатит D билан касалланган пайтида суперинфекция куринашида кечади. HDV-нинг сурункали формага утиш частота 60-70% ни ташкил қилади.

Сурункали гепатит D циррозоген хусусияти купрок (14-15%), ва ВГВ га нисбатан 10-15 олдин ривожланади. ВГD огир утади, раққа айланиш эхтимоли камрок, чунки леталлик курсаткичи юкори, купчилик беморлар касаликнинг раққа утгунига қадар яшамайди.

Имунология: Т-супрессорлар сони камаяди, иммуноглобулинлар микдори ортади. Кон зардобида анти-HDV IgM топилади.

Морфология: некроз, лимфоид инфильтрация.

УЗИ и радиоизотоп текшириш жигар ва талокнинг диффуз катталашуви **Сурункали гепатит С** Уткир вирусининг гепатитнинг сурункали формага утиши 75-80%ни ташкил қилади.

Дунёда HVC билан инфекцияланган кишилар аҳолининг 10% ни ташкил

килади. □ Сурункали гепатит С купинча латент ва симптомсиз кечади. Циррозга утиши 20-25%, гистологик текширувларда % . Белгилари чарчаш иштаха пастлиги ва ориклаш

Иммунология: Т-супрессорларнинг камайиши, иммуноглобулинлар ва конда айланиб юрувчи иммун комплекслар ошади. HCV-инфекция маркерлари: HCV-РНК, анти-HCVcoreIgM топилади.

УЗИ ва радиоизотоп текширувда гепатоспленомегалия аникланади.

### **Сурункали вирусли гепатитларнинг диагностик критерийлари (B, C, D)**

#### **Цитолитик синдром**

А) Клиник белгилари

Иситма, ориклаш, жигар хиди келиши, тери ва склера саргайиши

Б) Лаборатор белгилари

трансаминазаларнинг ошиши (АлТ, АсТ), албумин ва протромбин камайиши, билирубиннинг ошиши

#### **Мезенхимал-яллигланиш синдроми □**

А) Клиник белгилари:

иситма, артралгия, васкулит, спленомегалия, лимфоаденопатия

Б) Лаборатор белгилари:

γ-глобулин, иммуноглобулин А, М, G, LE – хужайра пайдо булиши

Холестатик синдром

А) Клиник белгилари:

сариклик, тери пигментацияси, тери кичиши, ксантелазма,

Б) Лаборатор белгилари:

холестерин, билирубин (конюгирланган), ишкорий фосфатаза

#### **Геморрагик синдром □**

А) Клиник белгилари:

терида геморрагиялар, милқдан ва бурундан кон кетиши

Б) Лаборатор белгилари:

тромбоцитопения, кон ивиш факторлари синтези камайиши

#### **Астеновегетатив синдром**

Тез чарчаш, холсизлик, ориклаш, иш кобилиятининг пасайиши, невроз ва ипохондрия белгилари

Диспептик синдром

Кунгил айниши, иштахасизлик, эпигастрал сохада огрик, кекириш, корин дам булиши, кабзият.

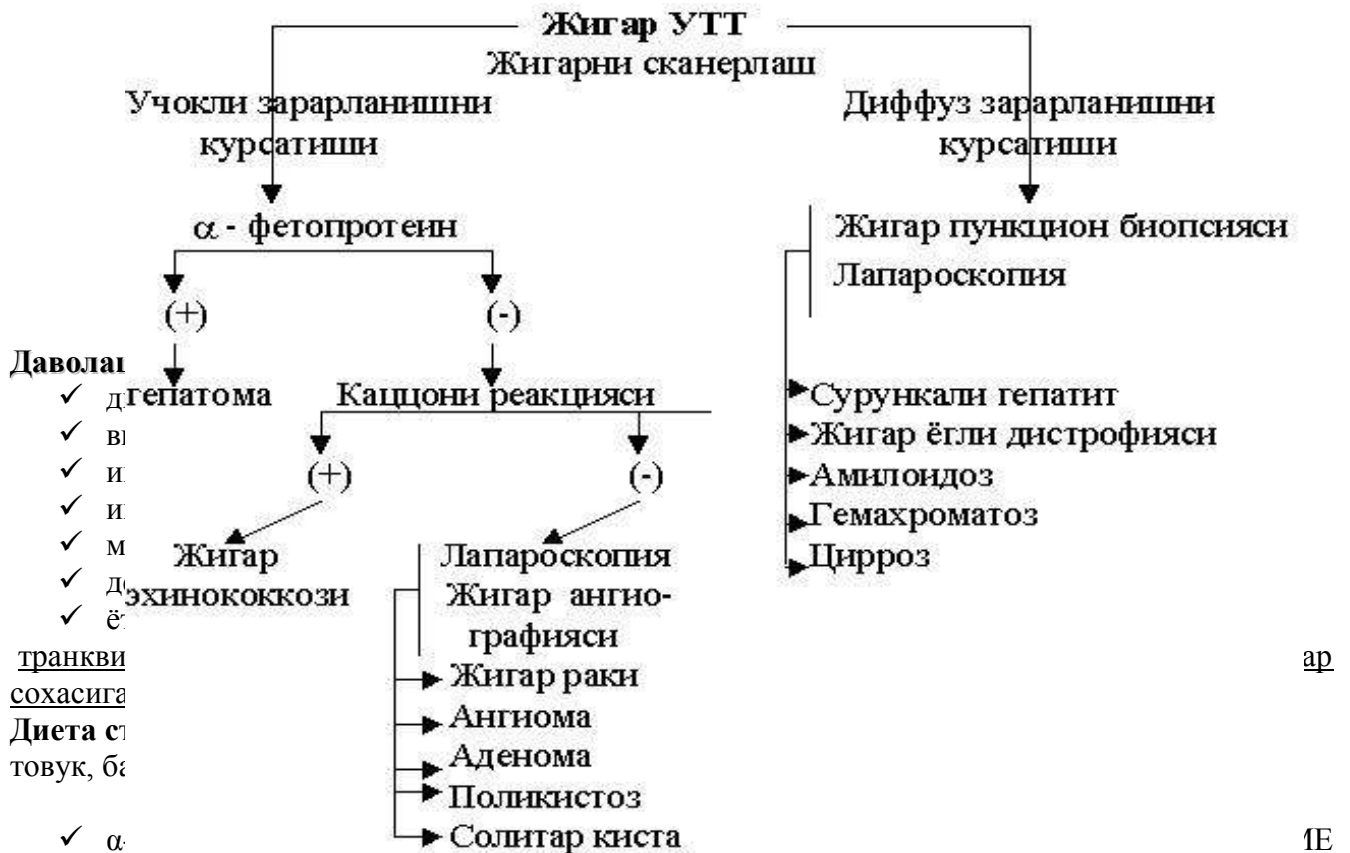
**Аутоиммун гепатит** Аёлларда куп учрайди 1:3нисбатда, ёш буйича 10-30 ёшда куп учрайди.

#### **Аутоиммун гепатитнинг диагностик критерийлари**

- ✓ кучли астено-вегетатив белгилар.
- ✓ сариклик.
- ✓ геморрагик тошмалар.
- ✓ гепатоспленомегалия.
- ✓ жигар хужайра етишмовчилиги
- ✓ лимфа тугунларнинг катталашуви жигардан ташкари аутоиммун зарарланишлар (пневмонит, васкулит, ярали колит, гломерулонефрит, тиреоидит, миокардит, артралгия, синдром Рейно, синдром Шегрена, эндокрин бузилишлар).
- ✓ урта ёшдаги аёллар куп касалланади.
- ✓ анемия, тромбоцитопения, лейкопения, СОЭнинг жуда баланд булиши.
- ✓ жигар хужайра етишмовчилиги, цитолиз, ва яллигланиш белгиларининг яккол намоён булиши.

- ✓ Т-супрессорларнинг конда ошиши □ зардобда антителлар аникланиши: (ANA), (анти-LKM), (SLM), (SLA) (LP), (LM).
- ✓ HLA A1, B8, DR3 ва DR4.нинг аникланиши
- ✓ глюкокортикостероидлар ва иммунодепрессив терапиянинг самарадорлиги. вирусли
- ✓ гепатит маркерларининг йуклиги.

### Жигар катталаниши булган беморларни текшириш дифференциал диагностика дастури



- ✓ α дан хафтада 5-7 марта ёки по 10 млн МЕ дан хафтада 3 марта, даво курси 4-6 ой. дори воситаси мушак орсига ёки тери остига юборилади
- ✓ Реаферон 3 млн МЕдан хафтада 3 марта 3-4 хафта давомида
- ✓ Видарабин – суткасига 7,5-15 мгдан 3 хафта давомида
- ✓ Рибавирин - суткасига 1000-1200 мг (2 марта ичиш учун) 3-4 хафта давомида

#### Самарали даволанганлик критерийлари

- гепатита В маркерларининг йуколиши;
- конда трансаминазаларнинг нормаллашуви
- жигар гистологик картинасининг яхшиланиши

#### Карши курсатма

- ✓ декомпенсация боскичидаги жигар циррози
- ✓ кандли диабет
- ✓ огир буйрак упка ва юрак кон-томир касалликлари
- ✓ алкоголизм.

#### Иммунодепрессив терапия

1. Глюкокортикостероид препаратлар.
2. Ногормонал иммунодепрессантлар (цитостатиклар).
  - ✓ Преднизолон бошлангич дозаси суткасига 20-30 мг дан 3-4 хафта кейинчалик дозаси хар 7-10 кунда 2,5 мгдан камайтириб борилади

- ✓ Глюкокортикоидлар ва цитостатиклар комбинацияси - преднизолон азатиоприн билан бирга берилди. преднизолон 15-25 мг ва азатиоприн -100 мг суткада, кейинчалик саклаб турувчи дозаси 10 мг ва мг. Делагил – иммунодепрессив препарат 0,25–0,5 мг дан 10-15 мг преднизолон билан бирга берилди. Кейинчалик преднизолон 5 мг гача камайтирилади ва охирида факат делагил берилди. Курс давомийлиги 1,5 - 6 ой

### **Диспансеризация**

1 йилда 4 марта курик

Гастроэнтеролог и онколог куриги курсатма билан.

Функционал проблар (билирубин, холестерин, АЛТ, АСТ, умумий оксил,) 1 йилда 1 марта УЗИ, маркерларни текшириш – курсатма билан

## **Жигар циррози**

Жигар циррози – жигарнинг сурункали диффуз, полиэтиологик усиб борувчи касаллиги булиб, гепатоцитлар сонининг камайиши, усиб борувчи фиброз, жигар цитоархитектоникаси ва ангиоархитектони-касининг бузилиши ва окибатда жигар етишмовчилиги ва портал гипертензия келиб чиқиши билан характерланадиган патологик ҳолат.

### **Этиологияси**

- ✓ Вирусли гепатитлар
- ✓ Сурункали алкоголь интоксикацияси
- ✓ Моддалар алмашинувининг генетик бузилиши ( $\alpha_1$ -антитрипсин, галактозо-1-фосфат-уридилтрансфераза, амило-1,6-глицозидаза еишмовчилиги)
- ✓ Гемохроматоз ва гепатоцеребрал дистрофия
- ✓ Химиявий токсик моддалар ва дори воситалари
- ✓ Жигардан ташқари ва жигар ут йулларининг обструкцияси
- ✓ Жигарда узок веноз димланиш

### **Жигар циррози классификацияси (А. С. Логинов, Ю. Е. Блок, 1987)**

Этиологик вариантлари

Морфологик вариантлари (макро ва микронодуляр)

Портал гипертензия стадиялари

Жигар хужайра етишмовчилиги босқичлари

Активлик фазалари

Кечиши

Асоратлари курсатилиши керак

#### **Жигар циррози асоратлари**

- Жигар комаси ва энцефалопатия
- Кизилунгач ва ошқозон веналаридан профуз кон кетиш
- Гемороидал веналардан кон кетиш
- Дарвоза венаси тромбози
- Иккиламчи инфекция кушилиши (пневмония, сепсис, перитонит).
- Усиб борувчи ЖХЕ.
- Жигар ракига трансформацияси

#### **Даволаш уз ичига олади:**

Этиологик даво (вирусга қарши воситалар)

Даво режими

Диетотерапия.

Гепатоцитлар метаболизмни ошириш.

Аутоиммун жараёнларни секинлаштириш (патогенетик даво).

Преднизолон бошланғич дозаси 15-20 мг, юқори активликда – 20-25 мг. Максимал доза 3-4 ҳафтада бошланади. Преднизолон дозаси аста-секин камайтирилади, ҳар 14 кунда 2,5 мг дан

1,5-2,5ойдан кейин саклаб турувчи дозага (7,5-10 мг) утилади. Даво давомийлиги 3 ойдан бир неча йилгача. Аутоиммун циррозда преднизолон 30-40 мг дан бошланади, фуросемид (лазикс), 40 мгдан бир марта хафтада 2-3 марта , хар куни 100-1 мг альдактон билан бирга берилади. Дезинтоксикацион терапия АКБ ва пульс назорати остида берилади (1-1,5л суткасига) 5%ли глюкоза ва 0,9% натрий хлорид. Дарвоза венасига босимни камайтириш учун нитропрусид натрий (нанипрус) берилади.

#### **Госпитализацияга курсатма:**

- 1.Кизилунгач ва гемороидал веналардан кон кетганда
- 2.Жигар комаси ва энцефалопатияси
- 3.Биринчи марта пайдо булган асцит
- 4.Амбулатор даво фойда бермаса

#### **Диспансеризация**

УАВ врачлари томонидан 1 йилда 4 марта курилиши керак. Курсатма билан гастроэнтеролог, нарколог, невропатолог, инфекционист куриги. Умумий кон анализи, биохимиявий анализлар 1 йилда 2 марта, курсатма булганда купрок. Жигар УЗИ текшируви 1 йилда 1 марта.

### **ИНТЕРФАОЛ УСУЛ**

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

##### **Иш учун зарур:**

- |     |                                       |
|-----|---------------------------------------|
| 245 | Алоҳида варақларда босилган саволлар. |
| 246 | Тоза қоғоз варақлари, ручкалар.       |
| 247 | Иш дафтари.                           |

##### **Ишнинг бориши:**

15. Жами талабалар қуръа бўйича 4 та кичик гуруҳга 2-3 тадан бўлиб бўлинадилар.
16. Барча кичик гуруҳ вакиллари алоҳида столга ўтириб, тоза варақ ва ручка тайёрлайдилар.
17. Қоғоз варағида сана, гуруҳ рақами, факультет, талабаларнинг Ф.И.Ш. (иш ўйининг номи) ёзилади.
18. Ҳар бир гуруҳга аниқ бир саволга жавоб бериш шarti қўйилади.
19. Ҳар бир талаба варақда ўз фамилияси ва 1 та тўғри жавоб варианты ёзиб қўшнисига узатади, ўз ручкасини эса стол марказига суриб қўяди.
20. Педагог кичик гуруҳ ишини ва талабалар қандай қатнашаётганликларини назорат қилади.
21. Тўғри жавоб вариантини берган талабалар оғзаки қисм учун мах. рейтинг баллининг 100% - 100 олади,  
2 – ўринни эгаллаган талабалар 80%-80 балл.  
3 – ўринни эгаллаганлар 60% -60 балл оладилар.

**13 – мавзу: Гепатомегалияларнинг кийёсий ташхиси (гепатомегалия билан кечувчи сурункали ва уткир инфекцион касалликлар: Боткин касаллиги, вирусли гепатит Е, С, лептоспироз, сарик иситма, инфекцион моноклеоз, тифопаратифоз инфекциялар, безгак) ва сурункали гепатитлар, циррозлар.**

**13.1. Таълим бериш технологиясининг модели**

Машғулот вақти – 7 соат	Талабалар сони : 9 – 10 гача
Машғулот шакли	Кириш-ахборотли машғулот.
Машғулот режаси	Гепатомегалия тушунчаси, унинг сабаблари Гепатомегалия билан кечувчи касалликлар Гепатомегалия турлари, уларнинг диагностикаси Вирусли гепатитлар (А, В, С,Е) Тиф-паратифоз инфекциялар
Ўқув машғулотнинг мақсади:	Гепатомегалия билан кечувчи сурункали ва уткир инфекцион касалликлар: Боткин касаллиги, вирусли гепатит Е, С, лептоспироз, сарик иситма, инфекцион моноклеоз, тифо-паратифоз инфекциялар, безгакларнинг клиникасини такрорлаш.
Таълим бериш усуллари	Кўргазмали, суҳбат
Таълим бериш шакллари	Оммавий, жамоавий
Таълим бериш воситалари	Ўқув қўлланма, дарслик, маъруза матни, проектор, компьютер
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория.
Мониторинг ва баҳолаш.	Оғзаки назорат: савол – жавоб.

**13.2. Амалий машғулотнинг технологик картаси.**

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёрлов босқичи 10 дақиқа	1. Аудитория тозалигини назорат қилади 2. Талабаларни машғулотга тайёргарлигини текширади 3. Давоматни назорат қилади	Тинглайдилар
1. Ўқув машғулотига кириш босқичи (15 дақиқа)	1. Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2. Кириш маърузаси учун тақдимот слайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	Тинглайдилар Ёзиб оладилар
2 – асосий босқич 245 дақиқа	1. Талабаларни кичик гуруҳларга бўлиб, мавзу бўйича саволларни беради. <b>ИНТЕРФАОЛ УСУЛ</b> <b>“МУАММОНИНГ ЕЧИМИ” иш ўйинини ўтказиш усули:</b> <b>Иш учун зарур:</b> 1.Алохида варақда чоп этилган топшириқ вариантлари ва вазиятли масалалар тўплами. 2.Хар бир кичик гуруҳдаги талабалар сонига қараб, куръа ташлаш учун сонлар. 3. Ўйинни оғзаки ўтказиш мумкин. (ёзма ҳам ўтказиш мумкин.) Талабаларни шу усул орқали	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Томоша қиладилар Қатнашадилар Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар



	баҳолаш мумкин. 2. Кўргазмали плакатлардан фойдаланади 3. Слайдлар, мультимедиалардан фойдаланади 4. Даволаш ишларини олиб боради 5. Мавзулар асосида берилган маълумотларни умумлаштиради ва хулосалайди, фаол иштирокчи талабаларни рағбатлантиради ва умумий баҳолайди	
3. Якуний босқич (45 дақиқа)	1. Якунловчи хулоса қилади 2. Мустақил иш беради 3. Уйга вазифа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади
Жами 315 дақиқа 7 соат		

### Мавзу баёни.

**Вирусли гепатит А** - пикановируслар оиласига мансуб вируслар чакирувчи, асосан нажас-оғиз механизми орқали юқувчи, клиник жигар биохизми бузилиши билан тавсифланадиган ўткир юқумли касалликдир. Вирус А (HAV)- ўзида РНК сақловчи, жуда майда (25-28 нм) сферик бўлакчадан иборат бўлиб, ўзининг кўп физикавий ва кимёвий хоссаларга кўра энтеровируслар гуруҳига яқин туради. А вирус фақат бир хил антиген сақлайди. Бу антиген унинг ташқи қобиғи билан боғлиқ бўлиб, оқсилли хоссага эга. Зикр этилаётган антиген ўзи алоҳида, вирусдан ажралган ҳолда учрамайди. У фақат вирус билан бирга (жигар хужайра плазмаси, қон зардоби ва бошқаларда) учрайди. Бемор организмида бу антигенга қарши иккита антитело (анти HAV IgM, анти HAV IgG) ишлаб чиқарилади. IgM анти ВГА клиник кўринишнинг бошланғич даврида пайдо бўлади ва 6 ой муддатда сақланади. Бу ВГА ташхисотининг асосий маркери бўлиб ҳисобланади. IgG анти ВГА касалликнинг тузалиш даврида пайдо бўла бошлайди. Бемор организмида умрининг охиригача сақланади ва иммунитет кўрсатгичи ҳисобланади. **Клиникаси.** Касаллик кечимини ифодаловчи бир қанча тансифлар мавжуд. Бугунги кунда қуйидаги тансиф кенг қўлланмоқда. У гепатитнинг барча турларига бир хил таалуклидир.

Вирусли гепатитлар таснифи:

А.Этиологияси бўйича:

- а) вирусли гепатит А (ВГА); б) вирусли гепатит В (ВГВ);
- в) вирусли гепатит Е (ВГЕ); г) вирусли гепатит С (ВГС);
- д) вирусли гепатит дельта (ВГД).

Б. Клиник белгиларнинг ривожланиши бўйича:

а) сарикли, сариксиз, ноаниқ (билинар-билинемас белгили), сарикли холестатик компонентли, холестатик;

б) клиник белгиларсиз (инаппарант).

В. Давомийлиги бўйича: а) ўткир; б) давомли; в) сурункали.

Г. Касалликнинг кечиши:

а) енгил; б) ўртача оғир; в) оғир; г) ўта оғир, яшинсимон.

Д. Асоратлари:

а) ўткир жигар энцефалопатияси: ЎЖЕ I-II (прекома), III-IV(кома);

б) зўриқиш (клиник, ферментатив);

в) ўт йўли фаолиятининг бузилиши ва яллиғланиши.

Е. Оқибати бўйича:

а) соғайиши; б) қолдиқ оқибатлари: гепатомегалия, чўзилган соғайиш;

б) вирус ташувчанлик; г) сурункали интегратив гепатит; д) сурункали репликатив гепатит;

е) жигар циррози; ж) жигарнинг бирламчи хавфли ўсмаси.

Вирусли гепатит А кечишида яширин, бошланғич, сарғайиш (ёки касалликнинг авж олган даври), касалликнинг белгиларини орқага қайтиш ва реконвалесцент (касалликдан тузалиши)

давралари кузатилади. **Яширин даврининг** давомийлиги 14- кунни ташкил қилади. Касалликнинг **бошланғич даври**. Касаллик одатда тўсатдан ўткир ёки аста-секин бошланади. Кўпчилик беморларда хасталик худди гриппга ўхшаб ривожланади: беморнинг аъзойи бадани зиркираб оғрийди, лоҳас бўлади, боши оғрийди, тумов бўлади. (йўталади, бурнидан сув оқади, баъзан аксиради), томоғи қуриб, ачишади. Касаллик катталарга нисбатан болаларда кўпроқ гриппсимон бошланади. Кўпинча болалар бу даврида 3-5кун иситмалайди. Бунда тана ҳарорати 39-40 С гача кўтарилади, боши оғриб, ҳолсизланади, аммо юқорида айтилган тумов аломатлари кузатилмайди, бу ҳолат кўпинча врачларни Қорин тифи тўғрисида ўйлашга ундайди.

Кўпчилик беморларда касаллик шиддатли диспептик аломатлар билан бошланади. Беморнинг иштаҳаси пасаяди (баъзан мутлақо бўлмайди), оғзи қақра бўлиб қолади, кўнгил айнийди, баъзан қайт қилади, қабзият кузатилади ёки аксинча ичи суради. Булардан ташқари, қорин қапчийди, меъда соҳасида ҳамда жигар соҳасида оғирлик, баъзан оғриқ сезилади, жигари катталашади.

Баъзида гепатитнинг бу даври астеновегетатив синдроми аломатлари билан кечади. Бунда бемор жуда лоҳас бўлади, кундан кунга тинка мадори қурийди. Иш қобиляти пасаяди, атроф муҳитга мутлақо бефарқ бўлиб қолади. Бемор бош оғриши ва бош айланишидан шикоят қилади. Салга жаҳли чиқиб, қизишадиган, бўлар-бўлмасга йиғлайдиган бўлиб қолади, яхши ухлай олмайди, кайфияти тушиб кетади. Бу синдром ҳам ўзи камдан-кам учрайди, бундай ҳолатларда касалликни аниқлаш жуда ҳам мушкул бўлади.

Касалликнинг бошланғич даврида эртароқ ташхис қўйиш учун бизга лаборатория усуллари ёрдам беради. Жумладан, бемор қонида оқ қон таначалари бир оз камаяди (лейкопения), қон зардоби таркибида жигар тўқимасининг жароҳатланганлигини кўрсатувчи ферментлар (айниқса, АлАТ, АсАТ) фаоллиги анча ортади. Бу даврнинг охирига келиб сарғайишга сабаб бўлувчи пигментлар (билирубин) миқдори орта бошлайди.

Гепатит А нинг бошланғич даври болаларда ўрта ҳисобда 5-7 кун, катталарда 1-2 кун давом этади. Бу давр охирида бемор сийдиги тўқ жигар рангга айланади (пиво рангига ўхшайди). Нажаси рангсизланиб, лимонсимон тус олади. Шундан кейин сарғайиш даври бошланади.

**Ташхисоти.** Вирусли гепатитлар ташхиси клиник-эпидемиологик қўйилиб, лабораториявий тасдиқланади. Лабораториявий ташхисот усуллари иккига бўлиш мумкин: а) умумклиник ва биокимёвий;

б) хусусий ташхисот усуллари.

Периферик қон таҳлил қилинганда лейкопения, лейкоцитоз қайд қилинади. Эритро-цитлар чўкиш тезлиги (ЭЧТ) кўпинча пасаяди, баъзи беморларда аутоиммун гемолитик анемия кузатилиши мумкин. Вирусли гепатитлар билан касалланган беморлар сийдигида асосан уробилиноген ва ўт кислотлари (ўт пигментлари) аниқланади. Бемор нажасининг ранги оқарган, нажасида стеркобилин аниқланмайди. Бошқа кўрсаткичлар томонидан деярли ўзгаришлар кузатилмаслиги мумкин.

Ҳозирги пайтда гепатобилиар системасида бўладиган ўзгаришлар синдром принципи асосида ўрганиланади ва қуйидаги синдромлар:

1. цитолитик синдром; 2. гепатодепрессив синдром; 3. мезенхимал-яллиғланиш синдроми; 4. холестатик синдроми; 5. портокавал шунт синдроми тавофут қилинади.

Цитолитик синдром индикаторлари жумласига аланинаминотрансфераза (АлАТ), аспартаминотрансфераза (АсАТ), лактатдегидрогеназа (ЛДП), алдолаза ферментлари ки-ради. Ўткир вирусли гепатитларда юқоридаги ферментларнинг фаоллиги ошади.

Гепатодепрессив синдром индикаторлари ўз ичига жигарнинг ютиш-ажратиш функциясини кўрсатувчи (бром сульфалеин, индометацинли синамалар) проагуляторлар ва қон ивишига қарши компонентлар, оқсил синтезига боғлиқ (қондаги альбумин) липидлар алмашинувига боғлиқ (холестерин) индикаторларини олади.

Амалиётда кўпинча қон кўрсаткичлари фибриноген, протромбин индекси, про-конвертин, фибринолитик фаоллик, оқсил синтезига боғлиқ альбумин ҳамда липидлар алмашинувини кўрсатувчи холестерин аниқланади. Ўткир ва сурункали вирусли гепатитларда юқоридаги

кўрсаткичларнинг синтези камайганлиги хос бўлади. Камайиш даражаси касалликнинг кечиш оғирлигини белгилайди.

Мезенхимал-яллиғланиш синдроми глобулин, тимол ва сулема синамалари, IgM, IgA, IgE каби индикаторларни ўзига бирлаштиради. Ўткир ва сурункали гепатитларда уларнинг кўрсаткичи сезиларли даражада ўзгаради. Бу синдром индикаторлари касалликни ташхислашда, касаллик даври ва патологик жараённинг фаоллигини аниқлашда, даволаш тахминини баҳолаш учун қўлланилади. Тимол синамаси ВГ билан оғриган беморларда юқори бўлади, сулема синамаси эса камаяди. Сулема синамасининг 1 мл ва ундан паст кўрсаткичи ўтказилган циррозларга хос бўлади.

Қон зардободаги глобулинлар жигар ҳолатини кўрсатувчи асосий кўрсаткичлардандир. У глобулинларнинг миқдорининг ошиши гуморал иммунитет фаоллашганини кўрсатади. Бу кўрсаткич ВГВ билан касалланган беморлар қон зардобода юқори бўлади.

Ўт димланиш синдроми, билирубин (умумий, бевосита, билвосита), ишқорий фосфатаза, 5-нуклеотидаза, ГГТФ ферментлари, ўт кислоталари, холестерин, В-ЛП ва триглицерид каби индикаторларни ўз ичига олади.

Вирусли гепатитларда пигмент алмашинуви томонидан чуқур ўзгаришлар кузатилади. Қондаги гипербилирубинемия бевосита билирубин фракцияси ҳисобидан бўлади. Ишқорий фосфатаза ферменти фаоллиги фақатгина гепатобилиар система касалликларида эмас, балки суяклар шикастланиши, рахит касаллигида, бирламчи гиперпаратиреоидизм каби касалликларда кузатилади.

Жигар ва ўт йуллари касалликларида ишқорий фосфатаза фаоллиги ошиши ўтнинг димланишидан дарак беради. 5-нуклеотидаза ферменти фаоллигининг ошиш қонунияти ишқорий фосфатазага нисбатан сезгирроқ бўлади. Қон зардободаги холестерин миқдори жигар ости ўт димланишида ҳам ошиши мумкин. Унинг кўпайиш даражаси ўт димланиши даврийлигига боғлиқ.

Портокавал шунт синдроми индикаторлари бўлиб аммиак, фенол, индол, скатол ва бир неча аминокислоталар (триптофан, метионин) хизмат қилади. Бу кўрсаткичлар миқдори ўткир жигар энцефалопатияси, жигар комаси ва жигар циррозларида ошади.

Вирусли гепатитлар кўзғатувчисининг антиген ва антителолари чуқур ўрганилиб, уларни қон зардобиди ва бошқа биологик муҳитларда аниқлаш такомиллаштирилмоқда. XX асрнинг охирида вирусли гепатитларнинг этиологик тизимини ўрганиш учун амалиётга иммунофермент таҳлил (ИФТ), занжирли полимераз реакцияси (ЗПР) татбиқ этилиши ижобий натижа берди. ИФТ услуги ёрдамида вирусли гепатит Анинг ташхисий маркери- IgM антиНАV, ЗПР услуги ёрдамида бунга кўшимча вируснинг РНК си мавжудлиги ўрганилади.

**ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ Е.** Гепатитнинг бу тури, асосан сув орқали тарқалувчи махсус вируслар томонидан чақириладиган ўткир юқумли касалликдир. Кўпроқ сув орқали тарқаладиган бўлганлиги учун кенг ёйилиб, эпидемиялар бериши мумкин. Асосан катталар касалланади, айниқса хомиладор аёлларда оғир ўтиб, кўп ўлим беради.

**Этиологияси.** Касалликни чақирувчи гепатит Е вируси калицивируслар оиласига мансуб. Унинг геноми бир занжирли РНКдан иборат. Касалликнинг учта маркери: вирус РНК си, анти НVE, IgM анти НVE, IgG мавжуд бўлиб, антиНVE IgM ташхисот учун қўлланилади.

**Эпидемиологияси.** GE - ривожланаётган мамлакатларда кенг тарқалган, нажас -оғиз механизми орқали юқадиган вирусли инфекция. Кейинги 30 йил мобайнида Осиё, Африка ва Марказий Американинг 27 давлатларида дан зиёд GE эпидемиялари қайд қилинган. Ўрта Осиёда GE нинг бир неча катта эпидемиялари кузатилган. 199-10 йил ва 1984 йил Қирғизистон, 1984-85 й. Тошауз вилоятида, 1986 йил Қаршида. GE эпидемияларига 8-10 йилда қайтарилиш хос. Спорадик касалланиш йил бўйи учрайди. Касалланиш мавсуми ёз-куз ойлари. Асосан 15-30 ёшдагилар касалланади. Инфекция тарқалишида нажас билан ифлосланган ичимлик суви катта роль ўйнайди. Кейинги ўринни алиментар йўл эгаллай-ди, маиший мулоқот йўли хос эмас.

**Клиникаси.** Яширин даври 14 кундан 60 кунгача, ўртача 40 кун бўлади. Касаллик-нинг бошланиш даври: касалликнинг бу турида ҳам касаллик секин-асталик билан ривожланади. Бемор ҳолсизлик, қувватсизлик, кўнгил айниш, қусиш, иштаҳа пасайиши ва ўнг қовурға ёйи

остида оғриқ каби аломатларга шикоят қилади. Қориндаги оғриқ баъзан кучли бўлиб касалликнинг бирламчи белгиси сифатида намоён бўлиши мумкин. Тана ҳароратининг кўтарилиши камдан-кам бўлади. Айрим ҳолларда сийдик ва нажас рангининг ўзгариши касалликнинг бирламчи белгиси бўлиши мумкин. Бу даврнинг давомийлиги 1-9 кун, ўртача 4 кун бўлади. Бу даврнинг асосий лаборатор белгиси - аминотрансферазаларнинг ошишидир.

Авж олган даври. Тери ва шиллиқ қаватларининг сарғайиш даражаси 2-3 кун (баъзан 10 кунгача) ортиб боради. Худди В гепатитдагига ўхшаб, бунда ҳам касалликнинг бошланғич давридаги аломатлар сариқлик даврида ҳам давом этиши мумкин. Кўпчилик беморларда ҳолсизлик, иштаҳанинг пасайиши, кўнгил айниши каби белгилар кузатилади. Қусиш олдинги давридагига нисбатан кам бўлади. Тана ҳароратининг ошиши, бадан қичиши жуда кам учрайди. Корин оғриғи (айниқса, ўнг қовурға остида) 5-6 кун давом этади. Бу даврнинг асосий белгиларидан бўлиб қолиши мумкин. Кўпчилик беморларда жигар анчагина (3-6 ёшгача) катталашган, каттиқлиги ортган ва оғриқли бўлади. Талоқнинг катталашуви фақат 25% касалларда кузатилади. Умумий заҳарланиш белгилари кўпчиликда кучсиз бўлиб, 3-6 кун давом этади. Аммо қувватсизлик анча вақтгача сезилиб туради. Кўпчилик ҳолларда сариқлик 1-3 ҳафта ўртача икки ҳафта давом этади. Айрим беморларда сариқлик узок (4-6 кун) давом этиб, гепатитнинг холестатик турига хос барча белгилар намоён бўлади.

Гепатитнинг бу тури асосан энгил ва ўрта оғирликда кечади. Ҳомиладор аёлларда эса, айниқса ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида жуда оғир кечиб, кўп (3-16, 4%) ўлим билан тугайди. Ҳомиладор аёлларда касалликнинг энгил кечиши фақат 3,9% да, оғир кечиши эса 28,2% да кузатилади. Хасталикнинг оғир кечиши ҳомиладорликнинг иккинчи ярми, бевосита туғруқдан кейинги давр, ҳамда аёлларнинг эмизикли давларида кузатилади. Кўпинча сариқлик даврининг 4-6 кунларида бемор аёлнинг аҳволи оғирлашиб, ниҳоятда ҳолсизланади, кўнгил айниб, тез-тез қусади. Беморнинг юрак уриши сусайиб, томир уриши тезлашади. Жигар юмшоқланиб, ҳажми кичрайиб кетади. Бемор оғиздан ҳам жигарнинг ҳиди кескин сезилиб туради. Бемор аёлларда туғруқ (чала туғиш ёки бола ташлаш) содир бўлганда ҳам 1-3 чи кунда касалликнинг кечиши кескин оғирлашади.

Касаллик оғир кечганда беморларнинг деярли ярмида буйрак фаолиятининг ўткир бузилишини аломатлари кузатилади. Касалликнинг ҳалокатли кечишида анурия ривожланиши мумкин. Бемор сийдигида қон (гематурия) бўлиши бу тур гепатитнинг оғир кечиши-нинг асосий белгиларидан ҳисобланади ва у ривожланган беморларнинг ҳаммасида куза-тилади.

Гепатит Е нинг яна бир оғир асорати геморрагик синдром бўлиб, бунда беморнинг бурнидан, оғзидан, ичагидан, бачадонидан кўп (бир неча литргача) қон кетиб, ўлимга са-баб бўлиши мумкин. Гепатитнинг бу турида ўлим 0,4 % ни ташкил қилади. Қондаги био-кимёвий ўзгаришлар касаллик энгил ва ўрта оғирликда кечганда, юкорида айтганимиздек А ва В гепатитларидан фарқланмайди. Тимол кўрсаткичи ҳамда β- липопротеидларнинг ортиши жуда кам бўлади. Касаллик оғир кечганда эса кескин гипербилирубинемия (билирубиннинг иккала фракцияси ҳам ортади) ва гиперферментемия кузатилади. β -липопротеидларнинг ва айниқса сулема кўрсаткичи кескин камаяди (1,4-1,2 мл гача). Биокимёвий ўзгаришларнинг меёрлашуви жуда секин боради.

Ташхисоти. Биокимёвий текшириш усуллари худди ВГА никидек. ИФТ услуги ёрдамида вирусли Е гепатитида IgM антиHEV аниқланса, ЗПР услуги ёрдамида буларга қўшимча вируснинг РНК си топилади.

Профилактикаси. Касалликнинг олдини олиш тадбирлари худди ВГА никидек.

### **ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ С**

**Этиологияси.** Гепатит С вируси бир занжирли РНК сақлаган флави- вируслар оиласига мансубдир. Вирион диаметри 30-60 нмга тенг бўлиб, оксил липидли ташқи мембрана билан қопланган. Инфекция маркёрлари бўлиб вирус РНКси ва анти HCV ҳисобланади. Таш хисот учун анти HCV катта аҳа ми ят касб этади. Вируснинг ўзига хос хусусиятларидан бири унинг гене тик хилма-хиллигидадир. Ҳозирги кунда вируснинг 6 та генотиби ва 11 субтиплари мавжуд. С гепатитида инфекция манбаи касалликнинг турли клиник шакллари бошидан

ўтказаетган беморлар ҳисобланади. Касалликнинг эпиде-миологик хусусиятлари гепатит Вниқига мос келади. ГС вирусининг юқиши турли парентерал йўллар орқали амалга ошади. ГС вируси кўпроқ қон ва қон махсулотлари-ни қуйиш, ҳамда тиббий муолажалар ўтказишда юқиб қолади. Касалликнинг юқишда жинсий йўл ҳам катта аҳамият касб этади. Инфекциянинг кечиш даврлари, касаллик шакллари. ВГСнинг асосий хусусиятларидан бири касалликнинг латент-субклиник ке-чиши, узоқ муддатда аниқланмаслигидир. Шу билан бирга аста-секин ривожланиб, кейинчалик жадаллашиб жигар циррози ва жигарнинг бирламчи ўсмаси билан тугал-ланиши мумкин. ВГС касаллиги узоқ йиллар чўзиладиган касалликдир, касалликнинг манифест шакллари аниқлаш учун бир неча йиллар (баъзида 10 йил ҳам камлик қилади) керак бўлади.

**Ўткир гепатит.** Касалликнинг манифест шаклида лоҳаслик, камқувватлилик, ишта-ҳа пасайиши, ўнг қовурға соҳасида оғирлик ҳисси каби белгилар қайд қилинади. Беморни кўриқдан ўтказганда жигар ўлчамларининг бироз катталашгани, унинг консистенцияси юмшоқлиги аниқланади. Касаллик паст даражали умумий заҳарланиш белгилари билан енгил кечади. Беморларда сариқлик пайдо бўлиши ташхисни осонлаштиради. Сариклик паст даражада намоён бўлади. Ташхис асосан вирус маркерлари HCV-РНК аниқланиши ва АлАТ фаоллиги ошиши асосида қўйилади. Касалликнинг ўткир даври баъзи ҳолатларда соғайиши билан тугайди. Қолган ҳолатларда жараён сурункали тус олади. Латент даври. Бу даврда клиник белгиларсиз вирусемия сақланиб қолади. ВГВ дан фарқли бу давр сурункали жараёнга ўтиш босқичи ҳисобланади. Латент даври 15-20 йилгача давом этади. Бу даврда кўпчилик беморлар ўзларини соғлом сезадилар, баъзиларини тез чарчаш, лоҳаслик безовта қилади. Кўриқ пайтида жигар ўлчамлари бир оз катталашгани аниқланади. Камчилик беморларда АлАТ фаоллигининг 1,5-2 баробар ошганлиги, тўлқин-симон характерлиги қайд қилинади. Кўпчилик беморларда эса АлАТ фаоллиги меъёрида бўлади. Бу давр сурункали вирус ташувчи давр ҳисобланади. Қайта фаоллашиш даври ўз ичига сурункали гепатит, жигар циррози ва гепатокарциномани олади.

Сурункали гепатит. HCV-инфекциясининг асосий клиник шакли ҳисобланади. Бу шакл кўпинча катта ёшдагиларда қайд қилинади. СГС клиник тавсифи жихатидан САГ нинг енгил кечишига ўхшаб кетади. Беморларда субъектив ва объектив белгилар намоён бўлмасда, гиперферментемия доимий ёки даврий кузатилади, астения белгилари: тез чар-чаш, лоҳаслик, уйқу бузилиши, меҳнат қобилиятини сусайиши кузатилади. Иштаҳа пасай-иши, вазн йўқотиши хос бўлиб, объектив кўрганда жигар катталашган ва қаттиқлашган бўлади.

Қорин тифи - нажас оғиз механизми билан юқувчи, одамда учрайдиган ўткир юқумли касаллик бўлиб, иситма, бактериемия, умумий заҳарланиш, лимфоид аппаратининг зарарланиши ва ингичка ичакда яралар, терида розеолёз тошмалар тошиши билан тавсифланади.

“Тиф” сўзи “тутун” маъносини билдиради, бу атама Гиппократ замонидан маълум. Ам-мо қорин тифи касаллигини тифлар гуруҳидан алоҳида хасталикка ажратиш фақат XIX аср ўрталарида рўй берди. Бу воқеага Bretonnea ва lans олиб борган изланишлар асос бўлди. Қорин тифи касаллигини ўрганишдаги асосий сана 1880 йил ҳисобланади, бу давр-да хасталикнинг кўзгатувчиси Эберт томонидан топилган. Тиф-паратифларда клиника-нинг намоён бўлиши ва патологик жараёнлар етарли даражада аниқ ифодаланган даврий-лик қонуниятларга қараб юз беради. Шунга асосланиб Қорин тифи ва паратифларнинг кечишини қуйидаги даврларга ажратиш қабул қилинган:

- биринчи, бошланғич белгилар ортиб бориш даври St. incrementi.
- иккинчи, касалликнинг авж олиш даври 2 - қисмдан иборат: касалликнинг тўлиқ ривожланиш даври, оғирлик жараёнлари энг юқори кучга эга бўлган даври (St. acmae).
- учинчи - клиник манзарасининг сўниш даври (st. decrementi).
- тўртинчи - реконвалесценция ёки соғайиш даври. Ҳар бир даврнинг давомийлиги тахминан 1 ҳафта давом этади.

Яширин давр 14 - 21 кун давом этади, лекин у 3-5 кунгача, ҳатто икки кунгача қисқариши ва 23 кунгача узайиши мумкин. Даврнинг энг охирига келиб продромал белгилар пайдо бўлади. Улар сабабсиз лоҳаслик, ҳолсизланиш, апатия, иштаҳанинги йўқолиши, бош

оғриғи, серзарда бўлиб қолишларда ифодаланади ва 1-3 кун давом этади. Қорин тифи кечишининг типик ҳолатларида, жараён қуйидагича ривожланади: касаллик кўпинча аста-секин бошланади ва беморлар кўп ҳолларда касаллик бошланган кунни кўрсатиб бера олмайдилар. Биринчи кунларни улар оёқда туриб ўтказадилар. Лекин аҳвол кундан - кунга ёмонлашади: ҳолсизлик ортади, чарчаш кучаяди, бош оғрийди, иштаха йўқолади.

Ҳарорат аста - секинлик билан кўтарилади, поғона- поғона бўлиб 3-5 кун ичида энг юқори рақамларга етиб, шу даражада ўрнашиб қолади. Уйқу бузилади, чанқоқ пайдо бўла-ди, тил ўртаси юпқа оқ қараш билан қопланади, қорин оз-моз шишган, ич кетиш бузилган кўпинча ичи тутилиб қолади. Биринчи давр охирига келиб жигар ва талоқ катталашishi мумкин.

Иккинчи даврда (2-3ҳафта) юқорида кўрсатилган белгилар юқори ривожига етади. Бемор овқатни рад этади, уни чанқоқ безовта қилади, боши оғрийди, гоҳо қоринда оғриқ кузатилади. Тана ҳарорати 39-40С етади ва юқори рақамларда касаллик авжи даврида уш-ланиб туради. Кечки ва сахарги ҳарорат ўртасида озгина фарқ бўлади. Кейинги кунларда ҳароратлар ўртасидаги фарқ янада сезиларлироқ ифодаланади. Айниқса, касаллик авжи даври охирида улар яхши кўзга ташланади. Беморнинг ҳолати кундан - кунга ёмонлашиб боради. Биринчи кунлари мадорсизлик, апатия кузатилиб, айрим ҳолларда тифоз ҳолат билан алмашиши мумкин.

Бунда турли даражадаги гарангсираб қолиши, тўхталиб қолиш (аклий камҳаракат-лик), онгни ўтмаслашуви ва алаҳсираш кузатилади. Кундузи уйқу босиш, кечаси эса уй-қусизлик пайдо бўлади. Гоҳида сопор ёки кома ҳолати ривожланиши мумкин. Бемор бунда тушунарсиз, ўзига-ўзи гапиради ёки қаттиқ алаҳсирайди, гоҳо ўрнидан туриб кета-ди. Тери юзаси оқарган, иссиқ, қўл текизилганда қуруқ, юзи шишинқираган, кўкрак, қо-рин терисида 5-8-кунлар розеолали тошма пайдо бўлади, бу тошмалар гоҳида (даврий) вақти-вақти билан токи иситманинг охиригача давом этиши мумкин (2-расм). Лаблар, оғиз бўшлиғи, тил шиллик қобигининг қуруқлиги кучаяди. Тил қалин кўкиш қараш билан қопланади. Четларида ва тил учида тиш изи кузатилиб, қизарган бўлиши мумкин. Қорин салгина шишган, ўнг қовурға остида оғриқ бўлади ва майда қулдираш аниқланиши мумкин. Жигар ва талоқнинг ҳажми энг катта даражага етади. Ич кетиш ёки қабзият ёки ичи суyoқ (2 - 5 марта суткасига) кетиши кузатилади. Учинчи даврда - ҳарорат пасая бошлайди. Эрталаб ремиссиялар пайдо бўла бошлайди ва ҳатто эрталабки ҳарорат орасидаги фарқ 2 – 3 Сга етади.

Иситма қорин тифида ўзига хос хусусиятларга эга. Тўлқинсимонлик бутун жараённи кечишига мувофиқ келади, унинг тебранишлари (кўтарилиб - тушиб туриши) белгилар-нинг гоҳ заифлашишига, гоҳ кучайишига параллел тушади. Кўпинча ҳарорат аста - секин кўтарилади. Унга поғонама - поғона бўлиб кўтарилиш характерли бўлиб, касаллик авжи даврида доимий юқори ҳарорат ушланиб туриб, касалликнинг пасайиш даврида аста - секин камайиб боради. Қорин тифига хос ҳарорат чизиги уч фазага, баъзи оғир ҳолларда 4 - фазага бўлинади.

Биринчи - ҳароратнинг кўтарилиши одатда 4 - 5 кун, гоҳо 7 кун, давом этиб бошлан-гич даврга тўғри келади. Ҳарорат чизигининг иккинчи фазаси касалликнинг авж олган давридир. Бу даврда иситма кўп ҳолларда узлуксиз бўлади, яъни эрталабки ва кечки ўрта-сида кичкина ремиссиялар, одатда 1-да- ража атрофида бўлади. Кўпроқ бўладиган эрта-лабки ремиссиялар ижобий белги ҳисобланади. Бир вақтнинг ўзида 0,2 - 0,3 кенгликка эга 40 градусли ҳароратни монотермик чизиги касалликнинг оғир кечишидан далолат беради. Иситманинг бу фазаси 1,5 - 2 кам ҳолларда 3 ҳафта давом этиши мумкин. Ҳарорат чизигининг сўнгги фазаси ортга ривожланиш даврини акс эттиради. Ҳароратнинг литик тушиш давомийлиги тахминан 5 - 8 кун бўлади.

Қорин тифида ҳарорат чизигининг қуйидаги нусхалари мавжуддир:

1. Кўп тўлқинли, Боткин чизиги, яъни юқори температура билан нисбатан паст температуранинг галма-гал келиши;
2. Вундерлих нусхаси, бир тўлқинли бунда ҳароратнинг аста - секин кўтарилиши ва тушиши кузатилади;
3. Кильдюшевский бўйича, бунда ҳарорат тезроқ кўтарилади, 3 кун ичида, кейин литик тушади. Мана шу 3 та ҳарорат чизигининг варианты Қорин тифи учун хос ҳисобланади. Ҳозирги пайтда Қорин тифини ўткир бошланиш ҳоллари кўпайиб қолди.

Сўнги йилларда касалликнинг қисқа, абортив кечиши кўп учрамоқда, бунда иситма даври 3-5 кунни ташкил этади. Шубҳасиз иситманинг қисқаришида профилактик эмлаш-лар ва антибиотикларни қўлланиши муҳим рол ўйнайди.

**Паратифларнинг умумий клиник тавсифи.** Паратифлар ўзининг симптомокомп-лекси ва кечишига қараб Қорин тифини эслатади. Шунга қарамай, паратифлар ва айниқса паратиф “ В ” бир қанча клиник лаборатория хусусиятларига эга бўлади. Бу хусусиятлар уларни Қорин тифидан ажратиб туради.

**Паратиф “ А ”** - нинг ривожланиши ва клиник кечиши Қорин тифидан биров фарк қилади. Паратиф “ А ” инфекциясида касаллик ўткир бошланиб, кўпинча томоқ ва конъюнктива шиллик қаватини зарарланиши кузатилади. Бошланғич давр клиник манзарасида юз гиперемияси, склера инъекцияси, енгил конъюнктивит, тумов, йўтал, лаблар ва бурун канотларида герпес, кам ҳолларда бурун қонаши аниқланади. Тана ҳарорати ёки нотўғри, ёки реммитенс характериға эга. Баъзи ҳолларда ҳарорат кўтарилиши қалтираш билан кузатилади, пасайиши эса терлаш билан ўтади. Тифоз ҳолати фақатгина жуда оғир ҳол-лардагина ифодаланади. Розеола тошмаси худди паратиф “ В ” сингари эрта пайдо бўлади ва ўзининг кўп хиллилиги билан ажралиб туради. Гоҳо тошма тошиши мумкин. Асо-ратлар паратиф “ В ” га нисбатан кўпроқ учрайди. Паратиф инфекциясини ташхис қилишда қон, нажас, пешобни бактериологик текшириш катта аҳамиятга эга.

**Паратиф “ В ”.** Касаллик ўткирроқ ва қисқа вақт ривожланадиган патологик жараён, ҳамда энг юқори даражада намоён бўладиган токсикоз ва кескин ифодаланган меъда-ичак бузилиши билан характерланади. Умуман, паратиф “ В ” ўзининг енгилроқ кечиши ва камроқ қайталаниши билан ажралиб туради. Яширин даври 5 - 10 кунга тенг бўлади, лекин то 16 кунгача узайиши мумкин. Касаллик (бирдан) ўткир бошланади, қалтираш (худди совуқ қотгандай), мушакларда оғрик, терлаш бўлади. Паратиф “ В ” ни бошланғич даврда умумий захарланиш белгилари (қалтираш (озноб), бош оғриғи ҳарорат кўтарили-ши) ўткир меъда - ичак бузилишлари (ич ўтиши, қориндаги оғрик, қайт қилиш) билан биргаликда келади. Кўпинча катарал ҳодисалар кузатилади. Булар: қуруқ йўтал, юз гиперемияси, хирилдоқ (бўғик) овозлардир. Бир қисм беморларда лабда герпес пайдо бўлади. Юқорида кўрсатилган белгиларга касалликни биринчи кунлариданоқ МАТ зарар-ланиш белгилари (мадорсизлик, уйқу босиши, беҳаловатлик, ваҳимали тунги уйқу, ортиб борувчи рангпарлик) қўшилиши мумкин.

Паратиф “ В ” клиник кечилишининг хусусиятларидан бири, бу қисқарок иситмадир. У кўпинча нотўғри нусхада, гоҳида субфебрил бўлади. Розеола тошмасини тошиши эрта юз беради (3 - 6 кун) ва ҳар хил, кўп тошади, талокнинг эрта ва анча катталашуви аниқланади. Периферик қон томонидан кўпинча нейтрофил лейкоцитоз кузатилади. Енгил кечиши билан бир қаторда паратиф “ В ” узок давом этадиган ҳарорат реакцияси, септик белгилар ва асоратлар билан оғир ўтиши мумкин.

**Асоратлари.** Қорин тифида асоратлар сони ва таркиби кенг доирада бўлиши мумкин. Махсус - яъни қўзғатувчи ва унинг захари таъсирида юзага келадиган асоратларни тафо-вут қилинади. Қорин тифининг махсус асоратлари ичида оғир кечадиганларидан ичакдан қон кетиши, ҳамда Қорин тифи яраларининг тешилиши ҳисобланади. Булар 2-3 ҳафта охирларида ва 4 - ҳафта бошларида пайдо бўлади.

Унинг юзага келишига тўшакда ётиш тартибининг бузилиши, пархездаги хатолар, метеоризмни кучайиши, суюқ ич кетиши, кўпгина анатомик ўзгаришлар, шунингдек қон ивишининг пасайиши, тромблар ҳосил бўлишини секинлашуви сабаб бўлади. Қон кетиш бошланиши билан касаллик манзарасида энди захарланиш эмас, балки қон йўқотиш белгилари доминант роль ўйнайди. Бемор ҳожатхонага борганда, агар қон оқиш нисбатан яқинда бўлган бўлса тўқ қонни кўради, агар вақт ўтган бўлса, қатронсимон тавсифга эга нажасни кўради.

Ичакнинг тешилиши клиник намоён бўлиши кўпинча касалликнинг асосий белгилари остида қолиб кетади. Ўткир қориннинг белгилари заиф ифодаланган бўлиш мумкин, қоринда бирдан ўткир оғрик пайдо бўлмаслиги ҳам мумкин, шунинг учун, ҳат-токи қориндаги салгина оғрик врач эътиборини тортиши керак. Муҳим белги бўлиб қорин деворининг таранглиги ва Щеткин-Блумберг белгиси хизмат қилади. Кўпинча, тахикардия, ҳароратнинг тушиб кетиши ва

кейин гипертермия билан алмашилиши кузатилади. Лекин бу белгиларни аниқлашда, тўғри ичак орқали бармоқ билан текширилганда аниқланадиган тос туби деворида оғрик бўлиши муҳим аҳамиятга эга. Перфорацияни кечроқ пайдо бўладиган белгиларидан: ортиб борувчи метеоризм, жигар устида бўғиқ овознинг йўқолиши, қорин аускультациясида ичаклардаги шовқин бўлмаслиги, чапга силжиш билан гиперлейкоцитоз, қориннинг чет қисмларида суюқликнинг тўпланиб қолиши, кўп қайт қилиш ва ҳикичоқ тутишлари киради. Ичаклар перфорацияси кўпинча коллапсга олиб келади. Яра тешилгандан сўнг 6-12 соатгача ичида операция қилинса, соғайишига умид боғласа бўлади.

Юрак қон-томир системаси томонидан миокардит, соғайиш даврида коллапс, тромбофлебитлар, нафас олиш тизими томонидан зотилжам, плеврит, ўпка инфаркти каби асоратлар қайд қилиниши мумкин.

## **ИНТЕРФАОЛ УСУЛ**

### **“МУАММОНИНГ ЕЧИМИ” иш ўйинини ўтказиш усули:**

#### **Иш учун зарур:**

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

#### **Ишнинг бориш тартиби:**

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



**14 – мавзу: Сарикликларнинг қиёсий ташхиси. Сариклик. Таснифи. Сабаблари. Гемолитик сариклик билан кечувчи касалликларнинг қиёсий ташхиси: Минковский-Шаффар касаллиги, наслий микросфероцитоз, наслий стомацитоз, 6-глюкозофосфат дегидрогеназа дефицитли наслий гемолитик камқонлик, талассемия, тунги пароксизмал гемоглобинурия, аутоиммун гемолитик қамқонлик. Конституционал сариклик билан кечадиган касалликларни қиёсий ташхиси: Жильбер синдроми, Криглер-Наяр синдроми, Дубин-Жонсон синдроми, Ротор синдроми. УАВ тактикаси. Мутахассислар маслахатига кўрсатмалар. Касаллигига қараб қиёсий даволаш. Стационарда даволашга кўрсатма.**

#### 14.1. Таълим бериш технологиясининг модели

Машғулот вақти – 5-соат	Талабалар сони : 9 – 10 гача
Машғулот шакли	Кириш-ахборотли машғулот.
Машғулот режаси	Сариклик синдроми билан кечувчи (гемолитик ва конституционал сариклик) касаллик билан касалланган беморларни олиб бориш тактикаси Сариклик синдроми билан кечувчи (гемолитик ва конституционал сариклик) касалликларнинг клиник кечиш хусусиятлари. Уларнинг ташхиси ва қиёсий давоси Сариклик синдроми билан кечувчи (гемолитик ва конституционал сариклик) касалликларда УАВ тактикаси.
Ўқув машғулотнинг мақсади:	Сариклик синдроми билан кечувчи (гемолитик ва конституционал сариклик) касаллик билан касалланган беморларни олиб бориш тактикасини талабаларга ургатиш. Сариклик синдромида УАВ тактикасини аниқлаш
Таълим бериш усуллари	Кўргазмали, суҳбат
Таълим бериш шакллари	Оммавий, жамоавий
Таълим бериш воситалари	Ўқув қўлланма, дарслик, маъруза матни, проектор, компьютер
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория.
Мониторинг ва баҳолаш.	Оғзаки назорат: савол – жавоб.

#### 14.2. Амалий машғулотнинг технологик картаси.

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёрлов босқичи 15 дақиқа	1. Аудитория тозалигини назорат қилади 2. Талабаларни машғулотга тайёргарлигини текширади 3. Давоматни назорат қилади	Тинглайдилар
1. Ўқув машғулотига кириш босқичи	1. Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2. Кириш маърузаси учун тақдимот слайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар	Тинглайдилар ёзиб оладилар

(15 дақиқа)	рўйхатини ишлаб чиқиш	
2 – асосий босқич 150 дақиқа	<p>1. Талабаларни кичик гуруҳларга бўлиб, мавзу бўйича саволларни беради.</p> <p><b>”АҚЛИЙ ҲУЖУМ” усули сценарийси</b></p> <p>Талаба ўз фикрини билдириш, турли ҳолатларда оптимал қарорлар қабул қилишни ўз ичига олади. Асосий қоидалари танқидий фикрлаш, эътирозларсиз ғояларни кадрлаш, кўпроқ таклифларни ўрганиш ва ғояларни такомиллаштиришни ўз ичига олади.</p> <p>Талабаларга мавзу бўйича барча ғоялар, фикрларни, қарашларни имкони борича кўпроқ ёритиш имконияти берилади. Улар фикрлари ўзаро тўлдирилади, янги, замонавий қарашлар тингланади. Талабалар мавзу бўйича касалликнинг этио-патогенези, таснифи, клиникаси, диагностикаси, ташхисни асослаш, замонавий текшириш усулларини ёритишади, даволаш принципларига ёндашишади. Бу усул барча талабаларнинг машғулотда фаол иштирокини таъминлайди</p> <p>2. Кўргазмалар плакатлардан фойдаланади</p> <p>3. Слайдлар, мультимедиалардан фойдаланади</p> <p>4. Даволаш ишларини олиб боради</p> <p>5. Мавзулар асосида берилган маълумотларни умумлаштиради ва хулосалайди, фаол иштирокчи талабаларни рағбатлантиради ва умумий баҳолайди</p>	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Томоша қиладилар Қатнашадилар Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар
3. Якуний босқич (45 дақиқа)	<p>1. Якунловчи хулоса қилади</p> <p>2. Мустақил иш беради</p> <p>3. Уйга вазифа беради</p>	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади
Жами 225 дақиқа 5 соат		

### Мавзунинг баёни

Сариклик синдроми билан кечувчи касалликлар амалиёт врачлари фаолиятида муҳим ўрин тутди. Сариклик-конда билирубин концентрациясининг ошиши туфайли тери ва шиллик каватларнинг сарик ранга буялишидир. Сариклик билирубин хосил булиш тезлиги, унинг экскрецияси ва эллиминацияси тезлигидан юкори булганда ривожланади. Кондаги билирубин микдори 34-43мкмоль/л булганда тери ва склера саргаяди. Склера эластинга бойлиги туфайли, билирубинни узига тез сингдириб олиб, терига нисбатан эрта саргаяди.

Сариклик табиий ёруғликда яхши кури-ниб, яккол сарикликда бир қисм били-рубин оксидланиб биливердинга айланиши туфайли тери ранги яшилроқ ранга буялади. Бу купинча, жигар циррозида кузатилиб, уни каротинодермиядаги тери ранги саргайишидан фарқлаш керак. Каротинемия куп микдорда сабзи, ковок, манго ва папай истеъмол қилганда ва гипотериоз билан огриган беморларда кузатилади. Каротинемияда склера ранги узгармайди.

Сарикликнинг энг куп учрайдиган сабаб-лари:

Вирусли гепатит А,В ва С.

УТ-тош касаллиги.

Ошқозон ости беши раки.

Жигар циррози.

Панкреатит.

Дори препаратларининг ножуя таъсири.

*Сариклик билан кечувчи хавфли касалликлар:*

Сурункали актив гепатит билан касалланган беморларда кузатиладиган жигар хужайраси раки, кари ешдаги беморларда ошказон ости беши раки.

Сепсис, пневмония ва операциядан сунги холсиз беморларда паренхиматоз сариклик кузатилади.

Унг ковурга остида огрик, сариклик ва тана харорати кутарилганда холангитга гумон килиш керак.

Ёшларда уткир гепатит белгилари билан кечганда Вильсон касаллигини хисобга олиш керак. Бу ирсий кам учрайдиган касаллик булиб, неврологик симптомлар (тремор, харакат бузилишлари) билан кечади. Куз тиркишли лампа билан текширилиб, кон зардобиди церулоплазминнинг концентрацияси аникланади (95% беморларда пасаяди), жигар биопсияси килинади.

15 ешгача булган болаларда кам, лекин хавфли асоратларга олиб келадиган вирусли инфекциялар(грипп) ва салицилатларни ишлатгандан сунг келиб чикадиган Рейе синдромида(энцефалопатия, уткир жигар егли дистрофияси ва жигар етиш-мовчилиги) кузатилади.

Инфекциялар(сепсис, холангит,гепатит).

Кам учрайдиган сабаблар (Вильсон касаллиги, Рейе синдроми ва хомиладорларда жигар егли дистрофияси.)

Нотугри ташхислаш манбалари:

✓ Кариларда ут-тош касаллигининг огриксиз формасида.

✓ Унг ковурга остида огрик ва сариклик белгилари юрак етишмовчилигида хам кузатилади. Сурункали юрак етишмовчилигида бу белгилар аста-секин, уткирда жуда тез ривожланади.

*Жуда кийин ташхисланадиган касалликлар:*

✓ Дубин-Джонсон ва Ротор синдромлари –гепатоцитлар экскретор функцияси бузилиши билан кечади.

✓ Гемохроматоз(кандли диабет, жигар етиш-мовчилиги) .

✓ Сурункали актив гепатит.

✓ Бирламчи билиар цирроз.

✓ Бирламчи склерозланувчи холангит.

✓ Гемолитик анемияга характерли эритроцитлар хаётийлигининг кискариши ва спленомегалия.

✓ Сариклик психоген характерда булмайди. Зарарли одатлар ва наркомания сариклик билан кечувчи касалликлар хавфини оширади.

Билирубинни аниклаш усуллари:

Кон зардобидидаги ут пегментлари Ванден-Берг реакцияси оркали аникланади Бу реакция оркали богланган ва богланмаган билирубинни фарклаш мумкин. Сийдикда билирубинни чизикли тест оркали ёки пробиркадаги сийдикни чайкатиш натижасида хосил буладиган купик рангига караб аникланади. Нормада купик ок рангда, билирубинурияда сарик рангда булади. Канчалик сийдикда билирубин концентрацияси юкори булса, шунчалик купик сарик рангга буялади. Баъзан рангини фарклаш кийин булганлиги туфайли, соглом одам сийдиги билан солиштирилади.

✓ Сийдик рангининг тук булиши бошка касалликларда хам кузатилади.

✓ Сульфасалазин, рифампицин ва тиамин кабул килганда сийдик тук сарик рангга буялади. Порфириянинг баъзи турларида, гемоглобинурия, миоглобинурия ва феназопиридин кабул килганда сийдик кизил ранга буялади. Алкаптонурия ва меланомада сийдик ранги тук жигар ёки кора рангга буялади.

Ташхисот

Тулик йигилган анамнез сарикликни киёсий ташхислашда асосий уринни эгалайди:

✓ Бундан олдин сариклик билан огриганмисиз?

- ✓ Сийдик ва ахлат ранги узгарганми?
- ✓ Яқинларингиз сариклик билан огриганми?
- ✓ Сариклик билан огриган беморлар билан мулоқотда булганмисиз?
- ✓ Сизга қон қуйилганми?
- ✓ Узингизга татуировка қилдирганмисиз?
- ✓ Қайнатилмаган сув қабул қилганмисиз?
- ✓ Сизни жинсий партнёрларингиз қимлар?
- ✓ Каерда тугилгансиз?(баъзи мамлакатларда гемолитик анемия ва вирусли гепатитлар тарқалганлиги сабабли).

Симптомлар тахлили:

- ✓ Унг қовурга остида оғрик:

1. Ут-тош қасаллиги.
2. Уткир гепатит(доимий оғрик).
3. Холецистит.

- ✓ Иштаха йуқолиши, сийдик ранги тукла-шиши, тана ҳароратининг қутарилиши:

1. Вирусли гепатитлар.
2. Жигарнинг алкоғолдан зарарланиши.
3. Дориларнинг ноқуя таъсири.

- ✓ Тери қичиши: холестаз.

Физикал текшириш

Холестаз учун қичиш изларининг булиши, жигар циррозида қалтнинг қизариши, геморрагик тошмалар, томирли юлдузчалар, мушаклар ва тухумдон атрофияси, гинекомастия қузатилади. Жигар етишмовчилигининг оғир даражасида оғиздан (сладоқватый) хид қелади ва астериксис қузатилади.

Лаборатор текширувлар:

✓ Сариклик билан огриган ҳамма беморларда вирусли гепатитларни инқор қилиш мақсадида, серологик текширув ва қонни биохимиявий тахлили олиб қорилади.

✓ Сариклик синдромида қон зардобадаги боғланган ва боғланмаган билирубин қонцентрациясини текшириш шарт.

✓ Вирусли гепатитларга таххис қўйишда ҳар бир турдаги гепатитнинг маркерларини: ВГАда қон да IgM анти НАV ; ВГВ да қонда HBs, HBe антиген ва уларга қарши антители аниқланади. ВГС да IgM анти HCV ва анти HCV аниқланиш.

✓ Сурункали аутоиммун гепатитда ва бирламчи биллиар циррозда иммунологик текширилади.

✓ Йугон ичак рақининг жигарга метастаз берганига шубха қилинганда, қон зардобини рақ эмбрионал антигенга текширилади.

- ✓ Қон зардобадаги темир ва ферритин микдорини текшириш (гемохроматозда ошади).

✓ Қон зардобадаги @-фетопротеинни микдорини текшириш (жигар хужайраси рақида ошади).

- ✓ Қон зардобадаги церулоплазмин микдорини текшириш (Вильсон қасаллигида пасаяди).

Инструментал текширувлар.

1. Рентгенография-қорин бушлигини.
2. УЗИ-қорин бушлигини.
3. Холесцинтиграфия.
4. КМТ.
5. Тери- жигар орқали холангиография.
6. Эндоскопик ретроград холангиопанкреатография.
7. Гепатоцинтиграфия.
8. Жигар биопсияси.

Сариклик синдроми билан қечувчи қасалликлар билирубин алмашинуви бузилишига боғлиқ ва боғлиқ бўлмаганлигига асосан икки гуруҳга бўлинади. Билирубин алмашинуви

боғлиқ сарикликни қиёслаш жуда мураккабдир. Амалиёт шуни кўрсатадики, 10–15% ҳолатларда тошли ва тошсиз холецистит вирусли гепатит ташхиси билан касалхонага тушади. – 60 ёшли беморларда вирусли гепатитларни ўсма касалликларидан қиёслаш анча муҳим. Врач беморда сарикликни кузатганда, албатта биринчи навбатда жигар усти, жигар ости ҳамда паренхиматоз сарикликларни қиёслаб, клиник ташхис қўйиб, даво чораларини белгилаши мақсадга мувофиқдир.

Маълумки эритроцитлар 3-4 ой фаол хизмат қилиб, кейин емириладилар. Эритроцитлар гемолизи натижасида глобин ва гемин моддалари ҳосил бўлади. Геминдан темир моддаси ажралиб чиқади, қолганига сув қўшилиб билирубинга айланади. 1г гемоглобиндан 40 мг ўт пигментлари ҳосил бўлади. 1 г пигментдан 0,9 г билирубин пайдо бўлади.

Бир кеча-кундузда ҳамма эритроцитларнинг 1% емирилади. Бунинг натижасида 6-7 г гемоглабин ажралади. Ундан 200-2 г билирубин ҳосил бўлади. Билирубин осонгина тўқималарга, жумладан марказий нерв системаси тўқимасига ўрнашиб олади. Бу билирубин организмдаги суюқликларда, шу жумладан қонда эримайди. Билирубинга осонгина оксил моддалари, жумладан альбумин бирикади. 1 г альбумин 15 - 16 мг билирубинни бириктира олади. Қондаги альбумин билан бириккан билирубин тери ости тўқималарида ўрнашиб ололмайди.

Билирубиннинг келгуси ўзгаришлари гепатоцитлар фаолиятига боғлиқ. Гемоглобиндан ҳосил бўлган ва ҳали бошқа моддалар билан қўшилмаган эркин билирубинни гепатоцитлар ютиб олади. Гепатоцитларда билирубин глюкурон кислотаси билан бирикади ва билирубин глюкуронид ҳосил бўлади. Билирубин глюкуронид ўт капилярларига тушиб, сўнгра ўт йўллари ва ductus choledochus бўйлаб 12 бармоқли ичакка тушади. Билирубин алмашинуви тизмаси

Ретикулоэндотелий хужайраларига гемоглобин парчланиши натижасида билирубин ҳосил бўлади. Ҳосил бўлган билирубин эркин билирубин бўлиб сувда эримайди, парчаланмайди, бўйрак фильтри орқали сийдик билан чиқмайди (ўт алмашинувининг I фазаси). У жигарнинг синусоид бўшлиғида тўпланиб гепатоцитлар томонидан актив ушлаб олинади (II фаза). Жигар хужайраларида эркин билирубин боғланган билирубинга айланади. Глюкуронилтрансфераза таъсири натижасида билирубин глюкуронил кислота билан қўшилиб боғланган билирубинга ўтади (III фаза). Боғланган билирубин сувда эрийди ва сийдик билан ажралиши мумкин. Боғланган билирубин ўт капилярлари бўшлиғига экскреция қилинади (IV фаза) ва 12 бармоқли ичак бўшлиғига куйилади (V фаза). Ингичка ичакда боғланган билирубин уробилиноген ва стеркобилиногенга айланиб, нажас массаларини кўнғир рангга бўйяйди.

Сариклик турлари.

✓ Сариклик синдромида боғланган ва боғланмаган билирубин концентрацияси мутаносиблигини аниқлаш жуда зарур. Билирубин алмашинуви бузилиш механизмига қараб:

1. Ҳосил булишнинг бузилиши.
2. Камраб олишнинг бузилиши.
3. Конъюгациянинг бузилиши.
4. Ут билан экскрецияси бузилиши.

Сарикликни факатгина патогенезига қарабгина эмас, балки этиологиясига қараб ҳам классификацияланади:

1. Гемолитик сариклик.
2. Паренхиматоз сариклик.
3. Механик сариклик.

Бу классификация тасдиқланган булса ҳам, одатда сариклик ривожланишида бир нечта механизм иштирок этади.

Пигментли Жильбер гепатози ташхисоти мезонлари.

- Айниқса ўғил болалар, ўсмирлар, 25 ёшгача бўлган ёш йигитлар касалланадилар.
- Ирсий мойиллик кўрсатмаси.
- Вақти-вақти билан ноинтенсив сариклик, асосан кўз склераси субиктериклиги.
- У ёки бу касаллик ва чарчовга боғлиқ ҳолда сариклик юзага келиши ёки кучайши.
- Бирламчи сарикликни болалик йилларидаёқ пайдо бўлиши;

- Ўнг коворға остида доимий бўлмаган оғирлик ҳисси.
- Билинмас гепатомегалия;
- Эркин фракция ҳисобидан 3-4 марта оралиғида кўтарилган гипербилирубинемия.
- Тўлик ёки қисман очликда қондаги билирубин микдорининг ошиши, фенобарбитал қабул қилгандан сўнг пасайиши;

- Билирубинуриянинг бўлмаслиги.
- АлАТ кўрсаткичлари меъёрда.

Ирсий микросферацитоз ташхисот мезонлари

Умумий анемия белгилари ( ҳолсизлик, бош айланиши, ҳансираш, тахикардия);

Тери ва склерада лимон рангли сариклик;

Гепатоспленомегалия, чап ва ўнг коворға остида оғрик;

Гемолитик криз пайтида тана ҳароратининг 39 - 40 С гача кўтарилиши, анемиянинг кучайиши;

Уробилинурия ва нажас плейохромияси (ранги қорайиши);

Периферик қонда турли ўлчамли эритроцитлар, рецикулоцитоз;

Турли ривожланиш аномалиялари ( ғилайлик, коворға деформацияси, гумбазсимон калла ва бошқалар).

Аутоиммун гемолитик анемиянинг ташхисот мезонлари.

Тана ҳарорати ошиши билан ўткир бошланиши;

Анемиянинг умумий белгилари;

Тери ва кўринарли шиллик қаватлар (склера) сариклиги;

Гепатоспленомегалия;

Билвосита билирубин ҳисобида гипербилирубинемия;

Периферик қонда эритропения, гемоглобиннинг ўртача микдори ошиши, ЭЧТ тезлашиши;

Сийдикда уробилин, оксил аниқланиши.

**Жильбер ва Криглер-Найяра синдромлари**да ташхис куйиш кийин. Бунда кон зардобида глюкоронил трансфераза ферменти етишмовчилиги натижасида боғланмаган билирубин ҳисобида сариклик келиб чиқади. Жильберг синдромида билирубин микдори 3мг% дан ошмайди, сариклик инфекцион касалликлар(грипп) ва очлик пайтида ривожланади. Жильберг синдромининг оқибати яхши бўлиб, даво талаб қилмайди. Криглер-Найяра синдроми Жильбергга нисбатан кам учраб, оғир кечиши билан характерланади.

## **ИНТЕРФАОЛ УСУЛ**

### **”АҚЛИЙ ҲУЖУМ” усули сценарийси**

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

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

**15 – мавзу: Холестатик (механик) сариқлик билан кечадиган касалликларнинг киёсий ташхиси:**

- **жигардан ташкари:** холангит, холедохолитиаз, ут йули стриктураси, ут йули раки, ошқозон ости беши бошчасининг раки, ут пуфаги раки, аскаримоз.
- **жигар ичи:** дорили холестази, бирламчи жигар циррози, иккиламчи жигар циррози, жигар хосилалари. УАВ тактикаси. Мутахассислар маслаҳати учун курсатмалар. Касаллик турига қараб киёсий даволаш. Шифохонага ётқизиш учун курсатмалар.

**15.1. Таълим бериш технологиясининг модели**

Машғулот вақти – 7 соат	Талабалар сони : 9 – 10 гача
Машғулот шакли	Кириш-ахборотли машғулот.
Машғулот режаси	Сариқлик синдроми билан кечувчи (холестатик сариқлик) касаллик билан касалланган беморларни олиб бериш тактикаси. Сариқлик синдроми билан кечувчи (холестатик сариқлик) касалликларнинг клиник кечиш хусусиятлари. Уларнинг ташхиси ва киёсий давоси. Сариқлик синдроми билан кечувчи (холестатик сариқлик) касалликларда УАВ тактикаси.
Ўқув машғулотнинг мақсади: 1. Холестатик (механик) сариқлик билан кечувчи касаллик билан касалланган беморларни олиб бериш тактикасини талабаларга ургатиш. 2. Сариқлик синдромида УАВ тактикасини аниқлаш	Холестатик (механик) сариқлик билан кечувчи касаллик билан касалланган беморларни олиб бериш тактикасини талабаларга ургатиш. Сариқлик синдроми да УАВ тактикасини аниқлаш.
Таълим бериш усуллари	Кўргазмалар, суҳбат
Таълим бериш шакллари	Оммавий, жамоавий
Таълим бериш воситалари	Ўқув қўлланма, дарслик, маъруза матни, проектор, компьютер
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория.
Мониторинг ва баҳолаш.	Оғзаки назорат: савол – жавоб.

**15.2. Амалий машғулотнинг технологик картаси.**

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёрлов босқичи 10 дақиқа	1. Аудитория тозалигини назорат қилади 2. Талабаларни машғулотга тайёрлигини текширади 3. Давоматни назорат қилади	Тинглайдилар
1. Ўқув машғулотига кириш босқичи (15 дақиқа)	1. Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2. Кириш маърузаси учун тақдимот слайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	Тинглайдилар Ёзиб оладилар
2 – асосий босқич (245 дақиқа)	1. Талабаларни кичик гуруҳларга бўлиб, мавзу бўйича саволларни беради. <b>ИНТЕРФАОЛ УСУЛ</b> <b>Кичик гуруҳларда ишлаш усуллари</b>	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Томоша қилайдилар Қатнашадилар

	Ўқитиш ва тарбиялашнинг замонавий ва кенг тарқалган ўқитиш услуби амалий машғулотларда интерафаол усулларни қўллашдан иборатдир. Шу йўсинда кичик гуруҳларда ишлаш усулларидадан фойдаланиш мақсадга мувофиқдир. Бу ўйинлар талабаларда фикрни бир жойга жамлаш, мустақил фикрлаш, талабалар диққатини жалб этиш, тафаккурини ривожлантириш каби билим олиш учун муҳим омилларни шакллантиради. Талабалар қизиқиб, ўзлари англамаган ҳолда янгиликни осон ўзлаштирадидлар, эслаб қоладилар, ҳар хил вазиятларда ўзларини тутишни ўрганадилар. 2. Қўرғазмали плакатлардан фойдаланади 3. Слайдлар, мультимедиалардан фойдаланади 4. Даволаш ишларини олиб боради 5. Мавзулар асосида берилган маълумотларни умумлаштиради ва хулосалайди, фаол иштирокчи талабаларни рағбатлантиради ва умумий баҳолайди	Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар
3. Якуний босқич (45 дақиқа)	1. Якунловчи хулоса қилади 2. Мустақил иш беради 3. Уйга вазифа беради	Тинглайди Ўзиб олади Ўзиб олади
Жами 315 дақиқа 7 соат		

### Мавзунинг баёни

Жигар ости тошли сариқликларининг ташхисот мезонлари.

- Асосан постклимактерик ёшдаги аёлларда учраши;
- Анамнезда жигар хуружи ва ўт йўллариининг бошқа патологиялари қайд қилиниши.
- Ёғли ва қовурилган овқатга мойилликнинг паст бўлиши.
- Сарикликнинг навбатданги юқори ҳарорат, қалтираш, қусиш билан кечадиган оғрик хуружидан кейин пайдо бўлиши.
- Сариклик олди даврининг кузатилмаслиги.
- Ўнг коворға соҳасини пайпаслаганда кучли оғрикнинг кузатилиши.
- Ўнг коворға ёйини тўққилатганда оғрикнинг бўлиши;
- Талокнинг катталашмаганлиги.
- Периферик қонда нейтрофилли лейкоцитоз кузатилиши.

Жигар ости ўсма сариқликлари ташхисот мезонлари.

- ❖ Асосан кекса ёшда кузатилиши (факультатив белги);
- ❖ Саратон касаллигининг умумий кўринишлари;
- ❖ Кўпинча сариқлик тана ҳароратининг ошиши билан кузатилади;
- ❖ Касалликнинг даврий кечмаслиги, сариқлик олди даврининг узоқ ва кучсиз ифодаланиши;
- ❖ Кескин ривожланган сариқликда қонқарли аҳволнинг узоқ вақт сақланиши;
- ❖ Сарикликни кулранг ёки ер рангда, лимон рангда бўлиши;
- ❖ Узоқ вақт турғун ахолия ва холиурия кузатилиши;
- ❖ Ўн икки бармоқли ичак катта сўрғичи ракида сариқлик алмашувчан ва яққол бўлмаслиги билан тавсифланиши;
- ❖ Сарикликдан олдин тери қичишининг пайдо бўлиши, терида тирнаш изларининг бўлиши;
- ❖ Қориннинг юқорисида тумтоқ оғрик;
- ❖ Қаттиқ консистенцияли, баъзан ғадир-будир юзали гепатомегалия;
- ❖ Пайпаслаганда ўт пуфагининг катталашганлиги;



- ❖ Талоқ катталашмаганлиги;  
АлАТ фаоллигининг нисбатан камрок (2-3 марта) ошиши;  
Бирламчи склерозланувчи холангитда ташхисот мезонлари.
- Асосан ёш йигитлар ва ўрта ёшдаги эркаклар касалланадилар;
- Кўпинча носпецифик ярали колит ва бошқа ичакнинг сурункали яллиғланиши касалликлари билан бирга учрайди;
- Холангит белгилари: Ортнер белгиси мусбат, тана ҳарорати реакцияси;
- Узоқ муддатли деярли доимий унча аниқ бўлмаган сариклик;
- Талоқнинг катталашуви билан бирга учрайдиган гепатомегалия  
Сариклик синдромида УАВ тактикаси:
- ✓ Хар қандай дори гепатотоксик таъсирга эга.
- ✓ Анти-НА Аг антитела М аникланса, яқинда касалланганлигини, G синфи аникланса тургун иммунитетни билдиради.
- ✓ Гепатит А ва Е да ташувчанлик йук.
- ✓ Сариклиги булган ҳамма беморлар кинини HBsAg га текшириш.
- ✓ Гепатит В одатда мустикал, асоратсиз утади. 5-10% холларда сурункали булиб, жигар циррози ва жигар хужайрали ракка утади.
- ✓ Сурункали гепатит ва гепатит В вирус ташувчанлик наркоманлар ва гомосексуалистлар учун хос.
- ✓ Гепатит В вируси чакирган сурункали вирусли гепатити бор беморлар конида HBsAg ва HBeAg лари аникланади. HBeAg аникланиши вируснинг актив репликациясини билдиради ва бу атрофдагилар учун юкори юкумлилик хавфи бор.
- ✓ Агар сариклиги бор бемор кон зардобида гамма–глутаминтранспептидаза фаоллиги юкори ва макроцитар булса, алкоголизмга шубха килиш керак.
- ✓ Жигар усмаси ва сурункали гепатитда жигар устида систолик шовкин эшитилади.
- ✓ Чекувчиларда сариклик кузатилса, унда тамаки тутунини кабул килиш узгарган булса, уткир вирусли гепатитга тахмин килиш керак.

Жигарнинг дори препаратлари билан зарарланишининг сурункали формасининг қиёсий ташхисоти мезонлари:

- Изоҳ муддатли узлуксиз дори терапиясининг ўтказилганлиги;
- Дори препаратларини кўтара олмаслик.
- Дори касаллигининг жигардан ташқари белгилари.
- Организмнинг аллергияция белгилари.
- Кексалик даври;
- Гепатитнинг яққол намоён бўлмаган клиник кўринишлари. Талоқ катталашмасдан суст ривожланадиган гепатомегалия кўпроқ сариклик билан ёки кам намоён бўлувчи сариклик билан. Суст кечувчи интоксикация белгилари;
- АлАТнинг бир оз фаоллашиши;
- Метилдофа, метотриксат, изониазид, карбамазепин, парацетамол, хлорбутилнинг ножўя таъсирлари туфайли дорили гепатитсимон синдромнинг ривожланиши;
- Тетрациклин ва амиодароннинг ножўя таъсири туфайли дорили стеатогепатит (жигарнинг ёғ босиши)нинг ривожланиши;
- Дорили холестазиинг ривожланиши;
- Аминазин, фурадонин, рег ос контрацепция, метандростенолоннинг таъсирида дорили холестази юзага келиши.

Жигарнинг бирламчи билиар циррозининг ташхисот мезонлари

- Асосан ўрта ёшли ва қари аёллар оғрийд;
- Наслий мойиллик;
- Тери қичиши сарикликдан олдин пайдо бўлади (2 – 3 й.);
- Узоқ вақт сариклик кам бўлади, кейинги босқичларида яққол бўлади;
- Тўқ жигар пигментация, кўрак соҳасидан бошланади, кейинчалик тери қуриқлашади;
- Ксантелазмалар;

- Томир “юлдузчалари” йўқ;
- Бошланғич босқичида гепатомегалия суст, кейинчалик тез ривожланади;
- Ўнг қовурға соҳасида оғрик;
- Доимий бўлмаган спленомегалия;
- Артралгия, миалгия;
- Иситма;
- Системали касаллик белгилари;
- Портал гипертензия белгилари кечки босқичда;
- Шегрен синдроми ривожланиши (куруқ кератоконъюнктивит, кўз ёш ажралишининг камайиши, рецидивловчи сиалoadенит);
- Ишқорий фосфатаза ва гамма глутамалтранспептидаза миқдорининг кескин ошиши;
- Юқори титрли антимитохондриял антителоларнинг аниқланиши;
- Гиперхолестеринемия;
- ЭЧТ ошиши;
- Жигар биоптатида характерли патоморфологик ўзгаришлар билан биргаликда майда жигар ичи ўт йўллариининг деструкцияси.

## **ИНТЕРФАОЛ УСУЛ**

### **I. Кичик гуруҳларда ишлаш усуллари**

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

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

**16 – мавзу: Жигар сариқлиги билан кечадиган касалликларнинг қиёсий ташхиси: вирусли гепатит (А,В,С,Д,Е), криптоген, аутоиммун, дори воситали, токсик, алкоголи гепатитлар, жигар циррози. \*\*\* Инфекцион касалликлар (сарик исистма, инфекцион мононуклеоз, сальмонеллэз, сепсис, бруцеллэз, лептоспироз, Васильев - Вейл касаллиги, орнитоз, эпидемик паротит, ичак иерсиниози), паразитар касалликлар: описторхоз, фасциалэз, аскаридоз, эхинококк, амёбиаз, токсоплазмоз. УАВ тактикаси.**

### 16.1. Таълим бериш технологиясининг модели

Машғулот вақти – 7 соат	Талабалар сони : 9 – 10 гача
Машғулот шакли	Кириш-ахборотли машғулот.
Машғулот режаси	Сариқлик синдроми билан кечувчи (паренхиматоз сариқлик) касаллик билан касалланган беморларни олиб бориш тактикаси Сариқлик синдроми билан кечувчи (паренхиматоз сариқлик) касалликларнинг клиник кечиш хусусиятлари. Уларнинг ташхиси ва қиёсий давоси Сариқлик синдроми билан кечувчи (паренхиматоз сариқлик) касалликларда УАВ тактикаси.
Ўқув машғулотнинг мақсади:	Сариқлик синдроми билан кечувчи (паренхиматоз сариқлик) касаллик билан касалланган беморларни олиб бориш тактикасини талабаларга ургатиш. Сариқлик синдромида УАВ тактикасини аниқлаш.
Таълим бериш усуллари	Кўргазмали, суҳбат
Таълим бериш шакллари	Оммавий, жамоавий
Таълим бериш воситалари	Ўқув қўлланма, дарслик, маъруза матни, проектор, компьютер
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория.
Мониторинг ва баҳолаш.	Оғзаки назорат: савол – жавоб.

### 16.2. Амалий машғулотнинг технологик картаси.

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёрлов босқичи (10 дақиқа)	1. Аудитория тозалигини назорат қилади 2. Талабаларни машғулотга тайёргарлигини текширади 3. Давоматни назорат қилади	
1. Ўқув машғулотига кириш босқичи (15 дақиқа)	1. Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2. Кириш маърузаси учун тақдимот слайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
2 – асосий босқич (245 дақиқа)	1. Талабаларни кичик гуруҳларга бўлиб, мавзу бўйича саволларни беради. <b>Интерфаол усул</b> <b>Асалари уяси</b> <b>иш ўйини:</b> Ушбу усул муаммони бутун гуруҳ билан ёки 2 гуруҳга бўлиниб ҳал этиши учун мўлжалланган. Топширик ҳар хил бўлиши ёки бирта топширик бутун гуруҳга берилиши мумкин , 10-15минутда гуруҳ муаммони ечиш йўлини таҳлил қилиб	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Томоша қиладилар Қатнашадилар Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар

	<p>ҳамкасбларига доклад қилади ва энг яхши вариант танланади.</p> <p>2. Кўргазмали плакатлардан фойдаланади</p> <p>3. Слайдлар, мультимедиалардан фойдаланади</p> <p>4. Даволаш ишларини олиб боради</p> <p>5. Мавзулар асосида берилган маълумотларни умумлаштиради ва хулосалайди, фаол иштирокчи талабаларни рағбатлантиради ва умумий баҳолайди</p>	
3. Якуний босқич (45 дақиқа 10 дақиқа)	<p>1. Якунловчи хулоса қилади</p> <p>2. Мустақил иш беради</p> <p>3. Уйга вазифа беради</p>	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади
Жами 315 дақиқа 7 соат		

### Мавзунинг баёни

Вирусли гепатит А нинг ташхисот мезонлари

- Ўзига хос эпид анамнез;
- Касалликнинг ўткир бошланиши.
- Сариклик олди даврининг мавжудлиги;
- Сариклик олди даврининг диспептик, астеновегетатив, катарал вариантларда кечиши;
- Тил ости склера ва тери рангининг сарғайиши;
- Кўринарли гепатоспленомегалия,
- Гипербилирибунемия (бевосита ва билвосита фракция ҳисобида),
- Цитолитик синдром индикаторлари (АлАТ, АсАТ) фаоллиги ошиши,
- Сийдикда ўт пигментлари ва уробилин аниқланиши,
- Нажас рангининг оқариши (ахолия),
- Қонда ВГА маркерлари IgM анти НАV аниқланиши.

Гепатит Е нинг ташхисот мезонлари:

- Гепатит Е эндемик ўчоқларида учраши;
- Сув билан таъминловчи манбанинг ифлосланиш эҳтимолининг бўлиши;
- Шахсий гигиена қоидаларига риоя қилмаслик;
- Бемор атрофидагида ушбу касаллик қайд этилганлиги;
- Гепатит Адан фарқ қилиб, болалар эмас, балки катталарда учраши (15 – 40 ёш);
- Сариксиз шакллариининг кўп учраши;
- Сариклик олди даврида гепатит Адан фарқ қилиб, бўғимлардаги оғриққа шикоят қилиши;
- Сариклик пайдо бўлгандан сўнг бемор аҳолининг яхшиланмаслиги;
- Талоқ катталашмасдан жигар катталаши,;
- Касалликнинг кечиши энгил бўлиб, сурункалига ўтмасдан тез соғаяди;
- Ҳомиладорларда оғир ўзига хос кечиши (асосан ҳомиладорликнинг учинчи 3 ойлигида). Фульминант гепатитнинг ривожланиши, жигар, бўйрак етишмовчилиги, ДВС – синдром юқори леталик билан;
- АлАТнинг ошиши кўпинча яққол ифодаланмаган;
- Қонда anti HEV IgMнинг аниқлиги, касалликнинг, бошланғич даврида HEV – РНКнинг топилиши;
- Нажасда ва жигар биопатида HEAgнинг аниқланиши.

ВГВ циклик кечиш шаклининг вақтли ташхисот мезонлари.

- Яширин даври доимийлиги ҳисобга олинган ҳолда юқиш йўллари (парентерал, жинсий, маиший мулоқот)
- Касалланишга мавсумийликнинг ноҳослиги.

- Аксарият ҳолларда аста-секин бошланиши.
  - Сариклик олди даври доимийлиги (1ҳафтадан узок), полиартралгия;
  - Сариклик пайдо бўлиши билан бемор аҳволининг ёмонлашуви.
  - Сариклик даврида асосан касалликнинг ўртача оғирлик шакли кузатилади.
  - Қонда аминотрансферазалар фаоллигининг кескин ошиши.
  - Қонда ГВнинг ташхисий маркерлари анқланиши
- ВГС нинг ўткир шакли мезонлари
- ❖ Эпидемиологик анамнез кўрсаткичлари (факультатив белги)
  - ❖ Анамнезда аввал ўткир гепатит қайд қилинмаганлиги;
  - ❖ Склеранинг субиктериклиги, сийдик ранги қизариши, нажас ранги оқариши, тери ва шиллиқ қаватларнинг енгил сариклиги;
  - ❖ Спленомегалиясиз гепатомегалиянинг қайд қилиниши;
  - ❖ Трансаминазалар фаоллигининг кескин ошиши (5марта ва ундан ортиқ);
  - ❖ Қонда анти IgM анти HCV ва анти HCV аниқланиши.
- Сурункали гепатит Внинг таянч ташхисот мезонлари:
- Эпиданамнез маълумотлари (парентерал анамнез) – HBV – инфекциянинг табиий ва сунъий юқиш йўллари хисобга олган ҳолда.
  - Илгари ўткир гепатитни бошидан кечирганлиги (факультатив белгиси);
  - Илгари жигар касалликларини бошидан кечирганлиги (сариклик билан ва сариксиз);
  - Диспептик бузилишлар, иштаҳанинг ёмонлашганлиги, озиқ – овқат зўриқишларига нисбатан толерантликнинг пасайганлиги – асосан ёғли ва қовурилган маҳсулотларга нисбатан;
  - Астеник синдромни юзага чиқишини баҳолаш (ҳолсизлик, тез чарчаш, уйқунинг бузилиши ва бошқалар);
  - Етакчи шикоятларни баҳолаш, уларнинг пайдо бўлиш муддатини баҳолаш, кейинги динамик; кўпинча тери қичишидан шикоят қилиши;
  - Жигарнинг катталашishi, пальпацияда ўлчами, консистенцияси, сезгирлиги;
  - Талокнинг катталашishi (ўлчами, консистенцияси);
  - Жигардан ташқари белгиларнинг бўлиши;
  - Биокимёвий текшириш натижалари (ферментли тестлар, пигмент алмашинуви илгари ва охирги вақтлардаги кўрсаткичлари, оксил синамалари);
  - Илгари ва охирги вақтларда сийдикнинг тўқлашганлиги, нажаснинг оқарганлиги;
  - Милк, бурун қонаши, менструал қон кетишлар, қон билан қусиш, нажасда қоннинг пайдо бўлиши;
  - Илгари ва охирги йилларда кишиларда такрорий касалликнинг қўзиши кузатилганлиги, уларнинг клиник тавсифи;
  - Ҳаёт давомида HBVнинг специфик маркёрларини аниқлаш натижалари (фақатгина беморда эмас, балки яқин қариндошларида ҳам).
- Жигарнинг алкоғолли зарарланиши сурункали формасининг қиёсий ташхисот мезонлари:
- ✓ Алкоғолли анамнез;
  - ✓ Ўткир гепатитнинг такрорланиши;
  - ✓ Сурункали алкоғолизмнинг бошқа белгилари (гастрит, диарея, полиневрит, миокардиодистрофия, психик бузилиши ва бошқа);
  - ✓ Абстиненция синдроми белгилари;
  - ✓ Талокнинг катталашishisиз яққол ифодаланган гепатомегалия;
  - ✓ Томир “юлдузчалари”, пальмар эритема, цирроз ривожланганда - Дюпюитрен контрактураси;
  - ✓ Иштаҳанинг доимий йўқлиги, тана вазнининг жадал камайиши;
  - ✓ Ҳайвон оксили кам бўлган овқатлар билан овқатланиш;
  - ✓ Ўнг қовурға ёйи остида оғрик;
  - ✓ Нисбатан АлАТнинг ошганлиги;
  - ✓ Гаммаглутамилтранспептидазанинг ошганлиги;

- ✓ IgAнинг ошганлиги. C – реактив оксилга – мусбат реакция;
- ✓ ЭЧТ ошганлиги.

Жигарнинг дори препаратлари билан зарарланишининг сурункали формасининг қиёсий ташхисоти мезонлари:

- Изоҳ муддатли узлуксиз дори терапиясининг ўтказилганлиги;
- Дори препаратларини кўтара олмаслик.
- Дори касаллигининг жигардан ташқари белгилари.
- Организмнинг аллергияция белгилари.
- Кексалик даври;
- Гепатитнинг яққол намоён бўлмаган клиник кўринишлари. Талоқ катталашмасдан суст ривожланадиган гепатомегалия кўпроқ сариқлик билан ёки кам намоён бўлувчи сариқлик билан. Суст кечувчи интоксикация белгилари;
- АлАТнинг бир оз фаоллашиши;
- Метилдофа, метотриксат, изониазид, карбамазепин, парацетамол, хлорбутилнинг ноўя таъсирлари туфайли дорили гепатитсимон синдромнинг ривожланиши;
- Тетрациклин ва амиодароннинг ноўя таъсири туфайли дорили стеатогепатит (жигарнинг ёғ босиши)нинг ривожланиши;
- Дорили холестазиннинг ривожланиши;
- Аминазин, фурадонин, рег ос контрацепция, метандростенолоннинг таъсирида дорили холестаз юзага келиши.

Жигарнинг бирламчи билиар циррозининг ташхисот мезонлари

- Асосан ўрта ёшли ва қари аёллар оғрийди;
- Наслий мойиллик;
- Тери қичиши сариқликдан олдин пайдо бўлади (2 – 3 й.);
- Узоқ вақт сариқлик кам бўлади, кейинги босқичларида яққол бўлади;
- Тўқ жигар пигментация, кўрак соҳасидан бошланади, кейинчалик тери қуриқлашади;
- Ксантелазмалар;
- Томир “юлдузчалари” йўқ;
- Бошланғич босқичида гепатомегалия суст, кейинчалик тез ривожланади;
- Ўнг қовурға соҳасида оғрик;
- Доимий бўлмаган спленомегалия;
- Артралгия, миалгия;
- Иситма;
- Системали касаллик белгилари;
- Портал гипертензия белгилари кечки босқичда;
- Шегрен синдроми ривожланиши (қуруқ кератоконъюнктивит, кўз ёш ажралишининг камайиши, рецидивловчи сиалоаденит);
- Ишқорий фосфатаза ва гамма глутамалтранспептидаза миқдорининг кескин ошиши;
- Юқори титрли антимитохондриял антителоларнинг аниқланиши;
- Гиперхолестеринемия;
- ЭЧТ ошиши;
- Жигар биоптатада характерли патоморфологик ўзгаришлар билан биргаликда майда жигар ичи ўт йўллариининг деструкцияси.

### Интерфаол усул

. “АСАЛАРИ УЯСИ” иш ўйинини ўтказиш усули:

**Кадамлар:**

**Иш учун зарур:**

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

### **Ишнинг бориш тартиби:**

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

### **Гастроэнтерологиядан амалий кўникмалар**

1. Қорин юзаки ва чуқур пальпацияси
2. Жигарни Курлов бўйича перкуссияси
3. Ўт қопини текшириш
4. Ошқозондани зондлаш

## ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯДАН ОРАЛИҚ ВА ЯКУНИЙ НАЗОРАТ САВОЛЛАРИ

1. Диспепсия сабабларини санаб беринг ва диспептик белгилар билан кечувчи касалликлар ҳақида маълумот беринг;
2. Яра касаллиги этиологияси ҳақида маълумот беринг;
3. Яра касаллигини даволашда ишлатиладиган 3 компонентли терапияни санаб ўтинг;
4. Яра касаллигини даволашда қўлланиладиган 4-компонентли даво препаратларини санаб ўтинг;
5. Крон касаллиги этиологияси ва клиник белгиларини санаб ўтинг;
6. Сариклик билан кечувчи касалликларни санаб ўтинг ва қандай сабаблар сарикликка олиб келади?
7. Жигар циррози классификацияси ҳақида маълумот беринг;
8. Васильев - Вейл касаллиги этиологияси клиникаси ва даволаш;
9. Жигар циррозининг асоратларини санаб беринг ва уларни даволаш;
10. Жигар циррози бин касалланган беморларнинг овқат рационини ҳақида маълумот беринг;
11. Яра касаллиги билан касалланган беморларнинг пархези ҳақида маълумот беринг;
12. Холестатик сариклик сабабларини санаб беринг;
13. Носпецифик ярали колитнинг этиологик сабаблари ва клиник белгилари;
14. Ичак яллиғланишининг этиопатогенетик давоси компонентларини санаб ўтинг;

### ВАЗИЯТЛИ МАСАЛАЛАР

**1-вазиятли масала:** УАШ қабулига 42 ёшдаги аёл қорнидаги кўпроқ ёнбош қисмда кузатилувчи тўлғоқсимон оғриқлар, тез-тез, кунига 5-6 мартагача қон ва йиринг аралаш ич келиши, тенеземлар, умумий холсизлик, озиб кетиш ва тана хароратининг ошишига шикоят қилиб келди. Юқоридаги белгилар даврий равишда бир неча йил давомида кузатилган. Ёшлигида тез-тез шамоллаб турган, бошланғич синфлар ўқитувчиси бўлиб ишлайди. Онаси ичак дисфункцияси билан оғриган.

**Объектив кўрганда:** умумий ахволи ўрта оғирликда, тери қопламлари рангпар. Қорни дам, йўғон ичак бўлаб оғриқли, жигар +2 см

**2-вазиятли масала:** УАШ қабулига 32 ёшли бемор овқат истеъмол қилгандан сўнг 2-3 соат ўтгач бўладиган, “очликдаги” ва тунги эпигастрал соҳасида интенсив оғриқлар, жиғилдон қайнаши, кекириш, ич қотиши ва уйқусизликдан шикоят қилиб келди. Баъзан енгиллик келтирувчи нордон мазали қусиш ҳам кузатилишини ҳам айтди. **Анамнездан:** ўзини харбий хизмат вақтида биринчи мартаба эпигастрал соҳада оғриқлар ва жиғилдон қайнаши пайдо бўлгандан бери касал деб ҳисоблайди. Юқоридаги шикоятлар хар йили куз фаслида безовта қилиб 1 ой давом этади. Мунтазам даволанмаган, фестал, но-шпа, ранитидин қабул қилиб турган, пархезга риоя қилмаган. Отаси ЮИК га чалинган. Қурилишда ишлайди. Кунига ярим кути сигарет чекади, баъзан спиртли ичимликлар истеъмол қилади.

**Объектив кўрганда:** умумий ахволи қоникарли, тили нам, оқ караш билан қалин қопланган. Қорнини пайпаслаганда эпигастрал соҳада оғриқ кузатилди. Бошқа тизимлар томонидан ўзгаришлар аниқланмади.

**3-вазиятли масала:** УАШ қабулига 22 ёшдаги эркак жиғилдон қайнаши, кекириш, овқат қабул қилгандан сўнг (баъзан оч қоринга) эпигастрал соҳада оғирлик хисси ва тумтоқ эзувчи оғриқларга, даврий равишда ич қотишига шикоят қилиб келди. Юқоридаги шикоятлар куз фаслининг бошидан бошлаб 2 ой давомида безовта қилиб келади. Касал бўлмаган, ота-онаси амалий соғлом эканлигини, аммо акаси 12-бармоқли ичак яраси касаллигидан



кийналишини айтди. “Носвой” чекади, баъзан спиртли ичимликлар истеъмол қилади, рационал овқатланмайди.

**Объектив кўрганда:** умумий ахволи нисбатан қониқарли, тери қопламлари рангпар, тили нам, қалин оқ караш билан қопланган. Қорин пайпаслаб кўрилганда эпигастрал сохада тарқалган оғриқ кузатилади.

**4- вазиятли масала:** УАШ қабулига илк бора 24 ёшдаги аёл ўнг қовурға остидаги ўнг куракка узатилувчи оғриқлар ва оғирлик хисси, кўнгил айниши, оғизда аччиқ таъм бўлиши ва қуриб қолиши, холсизлик, тез чарчаш, иш қобилиятининг пасайиши каби шикоятлари билан мурожаат қилди. Бемор сўзига қараганда ахволи ёғли овқатлар истеъмол қилгандан сўнг ёмонлашган. **Анамнезидан:** ёшлигида вирусли гепатит билан оғриган, “Д” назоратида турмаган. 22 ёшида турмушга чиққан, хомиладор бўлган. Хомиладорлик даври умумий ахволининг ёмонлашуви билан кечган ва ой куни етганда ўлик фарзанд туғилган. Шоли етиштириш билан шуғулланган, хозир ишламайди. Ота-онаси соғлом.

**Объектив кўрганда:** умумий ахволи ўрта оғирликда, склералари субиктерик. Қорин пайпасланганда ўнг қовурға остида оғриқ. Жигар катталашган, юзаси силлиқ, зичлашган.

**5- вазиятли масала:** УАШ қабулига илк бора 47 ёшдаги аёл қорнининг пастки қисмидаги оғриқлар, ич келишининг бузилиши (баъзан ич кетиши билан алмашилиб турувчи қабзият), кечки пайтга бориб қорнининг дам бўлиши, бош оғриғи, асабийлашув каби шикоятлар билан мурожаат қилди. Юқоридаги шикоятлари уни кўп йиллар давомида безовта қилиб келган. Мустақил даволанган. Ич юмшатувчи воситалар, тозаловчи кўхналар қабул қилган. Ахволининг яхшиланиши вақтинчалик бўлган. Оилали, 5 фарзанди бор, ҳисобчи бўлиб ишлайди. Отаси ошқозон яра касаллиги билан хасталанган.

**Объектив кўрганда:** умумий ахволи нисбатан қониқарли, тери қопламлари рангпар. АҚБ 120/80 мм сим.уст. Қорнини пайпаслаганда йўғон ичак бўйлаб оғриқли, бироз шишган.

**6- вазиятли масала:** ҚВПга 37 ёш М. исмли бемор курак остига узатилувчи ўнг қовурға остидаги оғриқ ва оғирлик хисси, кўнгил айнаши, оғзининг қуриб қолиши ва аччиқ таъм, кекириш, умумий холсизлик, тез чарчаш, таъсирчанлик шикоятлари билан илк бор УАШга мурожаат қилиб келди. Беморнинг сўзига қараганда беморнинг ахволи секин аста ёмонлашиб борган. Болалигида вирусли «В» гепатит ўтказган, «Д» назоратда бўлган. Мунтазам даволанмаган, пархезга амал қилмаган. Хозирда далада ишлайди, картошка ва пиёз етиштиради. Беморнинг ота-онаси соғлом, зарарли одатларидан: алкоголь истеъмол қилади ва «нос» чекади.

**Объектив кўриқда:** беморнинг умумий ахволи нисбатан қониқарли, склераси субиктерик, қорин пайпасланганда ўнг қовурға остида оғриқ, жигар 2-3 смга катталашган, юзаси силлиқ, талоқ пайпасланмайди.

**7- вазиятли масала:** ҚВПга 28 ёшли М. исмли бемор аёл курак остига узатилувчи ўнг қовурға остидаги оғриқ ва оғирлик хисси, кўнгил айнаши, оғзининг қуриб қолиши ва аччиқ таъм, кекириш, умумий холсизлик, тез чарчаш, иш қобилиятининг пасайиши шикоятлари билан илк бор УАШга мурожаат қилиб келди. Беморнинг сўзига қараганда беморнинг ахволи секин аста 1,5 ой давомида ёмонлашиб борган. 14 ёшида вирусли гепатит билан касалланган, «Д» назоратда турмаган, пархезда берилган маслаҳатларга амал қилмаган. Турмушга чиққан, фарзанди йўқ. Илгари гуруч етиштирган, хозирда санитарка бўлиб туман касалхонасида ишлайди. Беморнинг ота-онаси соғлом, зарарли одатлари йўқ.

**Объектив кўриқда:** беморнинг умумий ахволи нисбатан қониқарли, склераси субиктерик, қорин пайпасланганда ўнг қовурға остида оғриқ, жигар ўлчамлари катталашган, юзаси силлиқ, қаттиқлашган, талоқ пайпасланмайди.

**8- вазиятли масала:** ҚВП га фарзанди ўлик туғилган яқинда туғруқхонадан чиққан 24 ёшли аёл мурожаат қилди. УАШ томонидан шикоятлари йиғилганда: аёлни ўнг қовурға остидаги оғриқ ва оғирлик хисси, кўнгил айнаши, тез-тез қайт қилиши, оғзининг қуриб қолиши

ва аччиқ таъм, иштахасининг пасайиши каби шикоятлар билан келганлиги аниқланди. Шунингдек, уни бўғимларидаги оғриқларга, тана хароратининг кўтарилиши, уйқусизлик, умумий холсизлик, тез чарчаш, иш қобилиятининг пасайиши ва туғруқдан кейин турмуш ўртоғи ташлаб кетганлиги ҳам безовта қилар эди. **Анамнездан:** қониқарли шароитда ўсиб-улғайди, оилада олтинчи фарзанд, 12 ёшида ўткир «В» гепатитнинг оғир формаси билан касалланган, пархез сақламаган, даво чораларини мунтазам қабул қилмаган. 20 ёшида турмушга чиққан. Далада ишлаган, пиёз етиштирган.

**Объектив кўрганда:** беморнинг умумий ахволи оғир, териси сарғайган, периферик лимфотугунлар катталашган, танасида геморрагик тошмалар. Қорин пайпасланганда ўнг қовурға остида оғриқ, «жигар»жафтлари, жигар кескин катталашган ва талок ўлчамлари катталашган.

**9- вазиятли масала:** 58 ёшли бемор УАШ қабулига терисининг сарғайиши, терида қичишиш пайдо бўлиши, ўнг қовурға ёйи остидаги оғриқларга ва қабзиятга шикоят қилиб келди. Юқоридаги шикоятлар беморни бир неча кундан буён безовта қилади. **Анамнездан:** бемор бир неча йил илгари юқумли касалликлар шифохонасида вирусли гепатит муносабати билан даволанган. Хайдовчи бўлиб ишлайди, кўп йиллардан буён қунига 2 қути тамаки чекади ва спиртли ичимликларни тез-тез истеъмол қилади.

**Объектив кўриқда:** умумий ахволи ўрта оғирликда. Тери қопламлари сарғиш рангда, терида қичишиш излари бор. Юрак тонлари буғиқлашган. АҚБ 120/70 мм сим.уст. ЮҚС 72 қисқ/дақиқада. Қорни шишган, оғриқсиз. Жигар +6 см, зичлашган, оғриқли. Талок катталашмаган. Ич келиши қабзиятга мойил.

**10- вазиятли масала:** 42 ёшли аёл ҚВП га қориннинг юқори соҳасидаги ачишувчи оғриқларга, оғиздаги аччиқ таъм ҳиссига ва кўнгил айнишига шикоят қилиб мурожаат қилди. Оғриқлар хуружсимон пайдо бўлиб, ёғли овқатлардан сўнг кучаяди. Юқоридаги шикоятлар бир ҳафта давомида безовта қилмоқда. Охирги бир йил ичида вақти-вақти билан бош айланиши ва бош оғриғи хуружлари бўлиб туради, шифокорга мурожаат қилмаган. **Анамнездан:** уй бекаси, уйда маросимларга овқат пишириш билан шуғулланади. Бувиси мияда ўткир қон айланишининг бузилишидан вафот этган.

**Объектив кўриқда:** бемор ортиқча тана вазнига эга. Тери ва шиллиқ пардалари рангпар. Тили оқ караш билан қопланган. Ўпкасида везикуляр нафас. АҚБ 120/80 мм сим.уст. Пульси 82 та 1 дақиқада. Юрак чегаралари ўзгармаган. Қорни юмшоқ, ўнг қовурға остида нуқтали оғриқ. Пешоб ва ич келиши ўзгаришсиз.

**11- вазиятли масала:** 25 ёшли аёл ҚВП га, эпигастрал соҳасидаги оч қоринга ва кечкурунги оғриқларга шикоят қилиб мурожаат қилди. Оғриқлар умуртқа поғонасига узатилади. **Анамнездан:** тикувчи бўлиб ишлайди ва овқатланиш тартибини сақламайди. 2 фарзанди бор. Беморнинг отаси ошқозон ўсмасидан вафот этган.

**Объектив кўриқда:** тери ва шиллиқ қаватлари рангпар. Тили оқ караш билан қопланган. Ўпкасида везикуляр нафас. Юрак чегаралари ўзгаришсиз. Юрак тонлари аниқ, ритмик. Қорни юмшоқ, эпигастрал соҳада нуқтали оғриқ.

## ЯКУНИЙ САВОЛЛАР (ТЕСТЛАР)

**1 – мавзу** | **Дисфагияларнинг киесий ташхиси. УАВ тактикаси. Ихтисослаштирилган булимларда даволанишга курсатма. Дисфагияли беморларни диспансер кузатуви ва амбулатор даволаш. Мехнат қобилиятини аниқлаш.**

- 1.1. Мэллори-Вейс синдромини ривожланишига олиб келиши мумкин \$  
Алькоголдан захарланиш \$  
Ичак таъсирланиш синдроми \$  
Синдром мальабсорбция \$  
Диафрагма кизилунгач тешигнинг сирпанувчи чурралари #.
- 1.2. . Ошқозон –ичак тракти юқори қисмидан қон кетишда информатив усул ҳисобланади. \$  
гастродуоденоскопия \$  
портомонометрия \$  
лапороскопия \$  
Целиакография #.
- 1.3. . Яра касаллигини ташхислаш ва оғирлигини баҳолашда ишлатиладиган информатив усул \$  
ФГС \$  
УЗИ \$  
Ошқозон ширасини текшириш \$  
Ошқозон ва 12 бармоқ ичак рентгеноскопияси#
- 1.4. . Мэллори-Вейс синдромида патологик жараённинг локализацияси \$  
Кардиал қисми \$  
Антрал қисми \$  
Кичик эгрилик \$  
Ошқозон туби #.
- 1.5. . Кизил унғач дивертикулига ҳос эмас \$  
эпигастрал соҳасида оғрик\$  
қуп сулак оқиши\$  
дисфагия\$  
оғзидан бад буй келиши#.
- 1.6. . Доимий белга тарқаладиган, узини маромини йўқотган оғрик яра касаллиги қайси асоратига ҳос\$  
пенетрация\$  
перфорация \$  
қон кетиш\$  
привратник стенози#.
- 1.7. . Ошқозоннинг функционал касалликларга ҳос белги\$  
кардия ахалазия\$  
яра касаллиги\$  
полипоз гастрит\$  
яқши сифатли усма#.
- 1.8. . Дисфагия қайси касалликнинг симптоми\$  
склеродермия \$  
СКВ \$  
утқир панкреатит \$  
туғунли периаврит #.
- 1.9. . Эндоскопик текшириш усулларига қайсилар қирмайди\$  
Компьютер томография\$  
Фиброколоноскопия\$

Ф Г Д С\$

Фиброгастроскопия #.

1.10. . Ковак аъзоларни ва бушликли таналарни махсус инструмент оркали куриш нима дейлади\$

Эндоскопия\$

Колоскопия\$

Пельвиография\$

Ангиография #.

1.11. . Дисфагияда куланса хид куйидаги касалликка хос\$

кизилунгач усмасининг емирилишига \$

темир танкислиги камконлиги \$

сурункали гастрит \$

холецистит \$

гепатит #.

1.12. . Рентгендаги кизилунгачдаги "тулиш камчилиги" симптоми кайси касаликка хос\$

кизилунгач дивертикуласига \$

ахалазияга \$

кизилунгач ракига \$

диафрагма чуррасига #.

1.13. . Кизилунгач ахалазияси учун характерли \$

Суук ва куюк таомларни ютишда дисфагия \$

Факат куюк таомларни ютишда дисфагия \$

Эгилган пайтда овкат махсулотини регургитацияси\$

Овкатга боглик булмаган эзофагоспазм #.

1.14. Кардиоспазм диагностикаси учун информатив метод \$

Кизилунгачни эндоскопик текшириш \$

Кизилунгач шиллик пардасидан биоптант олиб текшириш \$

УЗИ оркали текшириш \$

Рентгенологик текшириш #.

1.15. Рефлюкс эзофагит ривожланиши учун мойиллик килувчи омиллар каторига кирмайди \$

Церукал кабул килиш \$

хомиладорлик \$

семизлик \$

диафрагманинг кизилунгач тешиги чурралари#.

1.16. Рефлюкс эзофагитни даволаш учун кулланиладиган препарат\$

церукал \$

атропин \$

метацин \$

циметидин #.

1.17. Доимий белга таркаладиган, узини маромини йукотган огрик яра касаллигини кайси асоратига

хос \$

пенетрация \$

перфорация \$

кон кетиш \$

привратник стенози #

1.18. Иш кобилияти сусайиши, уйкусизлик, диспепсик холат, озиш,

жигар хидининг огиздан келиши кайси касалликда булади \$

жигар циррози \$

сурункали холецистит \$

ошкозон ва 12 баомок ичак яраси\$

сурункали энтероколит#

1.19. Циррознинг киЕсий ташхисоти ва жигар ракида кандай текширишнинг ахамияти йук \$

рентгенография \$

лапороскопия \$  
селектив ангиография \$  
радиоизотоп сканерлаш #  
1.20. Портал гипертензияга хос эмас \$  
артериал гипертония \$  
варикоз кенгайган коллатераллардан кон кетиши \$  
спленомегалия \$  
коллатерал кон айланиши #  
1.21. Сурункали холециститнинг кузиш даврига хос булмаган симптом \$  
бош огриги \$  
огиз аччик булиши \$  
астенизация \$  
огрик #  
1.22. Гектик иситмалаш, унг ковурга равоги остидаги каттик огриклар, нейтрофилёз, лейкоцитоз ва ЭЧТ тезлашиши купрок нимага хос \$  
жигар абсцесси\$  
жигар циррози \$  
сурункали холецистит\$  
гепатит#  
1.23. Мэллори-Вейс синдромида кузатилади\$  
кучли йутал, баъзан кон кушиш, "мелена"\$  
бош огриги, айланиши, кунгил айнаиши\$  
кушиш, кунгил айнаиши, ич кетиш \$  
кабзият, огиз аччик булиши#  
1.24 Золлингер-Эллисон синдромида кузатилади \$  
ошкозон гиперсекрецияси, ошкозонда ва 12 бармокли ичак, ингичка ичакда яра пайдо булиши, диарея \$  
ошкозон гипосекрецияси, пепсин ва хлорид кислотаси миклори камайиши, диарея \$  
метеоризм, огиз аччик булиши, ошкозонда пепсин ва хлорид кислотаси микдори меъЕрида \$  
бош огриги, бош айланиши, уйкусизлик, унг ковурга остида огрик, кунгил айнаиши, кушиш, диарея #  
1.25. Копрограммадаги амилорея кайси патологияга хос \$  
сурункали панкреатит \$  
сурункали гепатит \$  
сурункали гастрит\$  
сурункали колит#  
1.26. Стеаторея кайси касалллик учун диагностик низом \$  
сурункали панкреатит \$  
сурункали холецистит\$  
сурункали гепатит\$  
сурункали колит #  
1.27. Алькоголли гепатитни даволашда самарали дори \$  
гепатопротекторлар \$  
антибиотиклар\$  
сульфаниламидлар\$  
кортикостероидлар#  
1.28. Сурункали аутоиммун гепатитни даволашда энг самарали дори\$  
кортикостероидлар \$  
В-гурухли витаминлар\$  
ЛИВ 52 \$  
эссенциале форте#  
1.29. Жигарни кайси зарарланишида глюкокортистероидлар энг самарали \$  
сурункали аутоиммун гепатит \$

сурункали холестатик гепатит \$  
сурункали персистирловчи гепатит #  
1.30. Панкреатитнинг асосий этиологик омилига киради \$  
ут йуллари касалликлари ва алкоголизм \$  
Овкатдан захарланиш \$  
дорилардан захарланиш \$  
организмнинг совук котиши #

## 2 – мавзу | **Ошкозон диспепсияларида киесий ташхис. Гастритлар. Хеликобактериялар хусусияти. Клиник-морфологик шакллари. Дуоденитлар.**

2.1. . Секретор етишмовчилик билан кечадиган сурункали гастритларда самарали булган менерал сувларни белгилаш \$  
натрий-хлоридли \$  
натрий-гидрокарбонатли \$  
натрий-сулфат-гидрокарбонатли \$  
натрий-хлорид-гидрокарбонатли#.  
2.2. Сурункали гиперацид гастритда сама-рали булган менерал сувларни белгилаш \$  
натрий-гидрокарбонатли \$  
натрий-хлоридли \$  
натрий-сулфат-гидрокарбонатли \$  
натрий-хлорид-гидрокарбонатли#.  
2.3. . Гастрит келтириб чиқаради \$  
Ошкозон ва ошкозон ости беши секретор фаолиятини оширади.\$  
Ошкозонда хлорид к-та секрециясини тормозлайди. \$  
Ошкозон моторикасини тормозлайди \$  
Ошкозон ости бешида ферментлар секрециясини камайтиради #.  
2.4. . Уткир гастрит классификациясидаги хатони топинг \$  
персистирловчи \$  
геморрагик \$  
эрозив \$  
флегмоноз #.  
2.5. . Омепразолнинг ошкозон яра касаллигини даволашда таъсири қандай ? \$  
Na, K, АТФ-азани блоклайди \$  
H<sub>2</sub>-гистаминорецепторларни блоклайди \$  
ураб олувчи таъсир курсатади \$  
адашган нерв таъсирини пасайтиради #.  
2.6. Ошкозон яра касаллиги асоратларига қирмайди:\$  
илеоцекал стеноз \$  
перфорация \$  
пенетрация \$  
пилородуоденал стеноз #.  
2.7. . Яра касаллигини даволашда қулланилмайди :\$  
бета-блокаторлар\$  
H<sub>2</sub>-гистаминблокаторлари\$  
парда ҳосил қилувчилар\$  
M-холинolitikлар#.  
2.8. . Уткир гастрит классификациясидаги хатони топинг \$  
персистирловчи \$

катарал\$  
эрозив\$  
геморрагик#.

2.9. . Омепразолнинг ошкозон яра касаллигини даволашда таъсири кандай ? \$  
Na, K, АТФ-азани блоклайди \$  
адашган нерв таъсирини пасайтиради. \$  
H2-гистаминорецепторларни блоклайди. \$  
ураб олувчи таъсир курсатади. #.

2.10. Ошкозон яра касллиги асоратларига кирмайди:\$  
илеоцекал стеноз \$  
пилородуоденал стеноз\$  
малигнизация\$  
пенетрация. #.

2.11. . Санаб утилган кайси касалликларда нахорга ошкозон ширасини ошиши кузатилади \$  
12 б.и.пиЕзчасидаги яра касаллиги ва гиперацид гастрит\$  
ошкозон яра касаллиги нормоцид гастрит\$  
анацид гастрит\$  
сурункали дуоденит#.

2.12. . Ошкозоннинг H2 рецепторларини камал килувчиси \$  
циметидин, квамател\$  
сукральфат\$  
маолокс\$  
омепразол#.

2.13. . Сурункали гастрит ривожланишига ахамияти булмаган экзоген омил\$  
рефлюкс\$  
ностероидларни куп кабул килиш\$  
дагал ва аччик овкат истеъмом килиш\$  
стресс#.

2.14. . Ярани аник рентгенологик белгиси (меъда)\$  
"Ниша" симптоми\$  
диафрагма остида азот газ\$  
Клойбер косачаси\$  
гомоген соя, чандиклар#.

2.15. Ошкозон ва 12 бармокли ичакдан кон кетиш куйидаги касалликка хос эмас \$  
сурункали персистирловчи гепатит \$  
ошкозон ва 12 бармокли ичак эрозияси\$  
ошкозон раки емирилиши\$  
ошкозон ва 12 бармокли ичак яра касаллиги #.

2.16. Ошкозон яра касаллигида камарсимон огриклар пайдо булиши нимадан далолат беради \$  
ошкозон ости безига пенетрация\$  
перфорация\$  
жигарга пенетрация\$  
ут пуфагига пенетрация#.

2.17. . Ошкозон яра касаллиги диагностикасида энг яхши маълумот берадиган усул\$  
ФГС\$  
рентгенография\$  
рентгеноскопия\$  
биопсия#.

2.18. Грегerson реакцияси кайси максадда утказилади\$  
Ахлатни яширин конга текшириш \$  
Ахлатни йиринг бор - йуклигига текшириш\$  
Ахлатни гижжа бор - йуклигига текшириш\$

Ахлатни хазм булмаган махсулотлар борлигига текшириш#.

2.19. Доимий белга таркаладиган, узини маромини йукотган огрик яра касаллигини кайси асоратига хос\$

пенетрация \$

перфорация \$

кон кетиш \$

привратник стенози #.

2.20. . Ошкозон ва 12 бармокли ичакдан кон кетиш куйидаги касалликка хос эмас \$

сурункали персистирловчи гепатит \$

ошкозон ва 12 бармокли ичак эррозияси \$

геморрагик гастрит \$

ошкозон ва 12 бармокли ичак яра касаллиги#.

2.21. Н. Pylory ни аниклаш учун энг самарали усул\$

Уреаза тести \$

Каталаза тести \$

ФГС \$

Ошкозон суюклиги цитолгик текшируви #.

2.22. Helicobacter Pylory эрадикацияси учун самарасиз препарат \$

де-нол \$

кларитромицин \$

метронидазол \$

амоксициллин #.

2.23. Яра касаллигида ураб олувчи огрикнинг кушилиши гувохлик беради \$

пенетрация меъда ости безига\$

пенетрация жигарга\$

перфорация \$

стеноз#.

2.24. Ошкозон ва 12 бармокли ичакдан кон кетиш куйидаги касалликка хос эмас \$

сурункали персистирловчи гепатит \$

ошкозон ва 12 бармокли ичак эррозияси \$

геморрагик гастрит \$

ошкозон ва 12 бармокли ичак яра касаллиги #

2.25. Портал жигар циррозидаги асосий белги \$

асцит, кизилунгачдан кон кетиш \$

тери кичиши \$

гепатомегалия \$

спленомегалия гиперспленизм билан #

2.26. Жигар билиар циррозидаги асосий белги \$

тери кичиши \$

тана хароратининг ошиши \$

ориклаш \$

жигар катталашиши #

2.27. Сурункали носпецифик колитдаги асосий этиопатогенетик омил \$

ичак таЕкчаси \$

бошдан утказган дизентерия, психик травмалар\$

организм реактивлигининг пасайиши \$

чекиш, алкоголь ичимликларини истеъмол килиш #

2.28. Сурункали носпецифик колитдаги асосий копрологик симптом \$

шилимшик ва кон куп лейкоцитлар, эпителиал хужайралар \$

детрит, йодофил флора\$

крахмал, бириктирувчи тукима, нейтрал йод \$

макрофаглар, эритроцитлар Ег кислоталари #



2.29. Ярали носпецифик колитда яхши самара беради\$

антибиотиклар\$

дорили малхамлар\$

сульфаниламидлар\$

спазмолитиклар#

2.30. Коновалов - Вильсон касаллигида асосий зарарланадиган аъзолар\$

жигар, буйрак, куз шох пардаси, мия \$

ошкозон, кизилунгач\$

ингичка ичак, ошкозон, бош мия \$

тери, талок, куз шох пардаси#

3 – мавзу

**Операция килинган ошкозон касаллиги. Хеликобактер ахамияти. Ошкозон диспепсиясида УАВ тактикаси. Шифохонага ётқизиш учун курсатмалар. Диспансер кузатув ва амбулатор даволаш. Мехнатга лаекатини аниклаш. Касалликнинг кечиш турига караб амбулатор шароитда қиёсий даволаш.**

3.1. Ошкозоннинг предрак касалликларига киради. \$

Катта эгриликдаги сурункали яра \$

Геморрагик гастрит \$

Мэллори-Вейс касаллиги \$

Сурункали панкреатит #.

3.2. Золлингер-Эллисон синдромида кузатилади \$

ошкозон гиперсекрецияси, ошкозонда ва 12 бармокли ичак, ингичка ичакда яра пайдо булиши, диарея \$

ошкозон гипосекрецияси, пепсин ва хлорид кислотаси миклори камайиши, диарея \$

метеоризм, огиз аччик булиши, ошкозонда пепсин ва хлорид кислотаси микдори меъЕрида \$

бош огриги, бош айланиши, уйкусизлик, унг ковурга остида огрик, кунгил айниши, қусиш, диарея #.

3.3. Яра касаллигини жаррохлик амалиёти б-н даволашни мутлак курсатмасига киради\$

перфорация\$

стеноз\$

малигнизация\$

яширин кон кетиш#.

3.4. гастрит келтириб чиқаради \$

Ошкозон ва ошкозон ости беши секретор фаолиятини оширади.\$

Ошкозонда хлорид к-та секрециясини тормозлайди. \$

Ошкозон моторикасини тормозлайди \$

Ошкозон ости бешида ферментлар секрециясини камайтиради #

3.5. факат ичак бушлигида таъсир курсатувчи сульфаниламид препарати \$

фтолазол \$

уросульфан \$

сульфапиридазин \$

сульфацил натрий #

3.6. ошкозон –ичак тракти юкори қисмидан кон кетишда информатив усул хисобланади. \$

гастроуденоскопия \$

портмонометрия \$

лапороскопия \$

Целиакография #

3.7. Яра касаллигини ташхислаш ва огирлигини баҳолашда ишлатиладиган информатив усул \$  
ФГС \$

УЗИ \$

Ошкозон ширасини текшириш \$

Ошкозон ва 12 бармоқ ичак рентгеноскопияси#

3.8. сурункали энтеритда ич кетиш характери \$

Кашасимон, куплаб нажас \$

Мелена \$

Овкат егандан кейин дархол чакирик билан \$

Шиллик аралаш #

3.9. Аёллар орасида панкреатитнинг энг куп учрайдиган сабаби \$

Сурункали холицистит \$

Алкоголизм \$

хомиладорлик \$

орал контрацептивларни кабул қилиш #

3.10. Крон касаллигининг бошланғич даврида локализацияси \$

Ингичка ичак \$

йугон ичакнинг алохида қисмлари \$

Сигмасимон ва тугри ичак \$

Кундаланг чамбар ичак

3.11. некротик панкреатит патогенезида қайси фермент муҳим урин тутади \$

Фосфолипаза А \$

Эластаза \$

Трипсин \$

Амилаза #

3.12. панкреатитда нафас етишмовчилиги ривожланиши асосида ётади. \$

Сурфактант денатурацияси \$

бронхоспазм \$

“Химиявий” пневмония \$

Массив плеврал экссудация #

3.13. Ёғларни парчалашда иштирок этади \$

Ут суюқлиги \$

амилаза \$

протеаза \$

трипсин #

3.14. Уткир гастрит классификациясидаги хатони топинг \$

персистирловчи \$

геморрагик \$

эрозив \$

флегмоноз #

3.15. Омепрозолнинг ошкозон яра касаллигини даволашда таъсири қандай ? \$

Na, K, АТФ-азани блоклайди \$

H<sub>2</sub>-гистаминорецепторларни блоклайди \$

ураб олувчи таъсир курсатади \$

адашган нерв таъсирини пасайтиради #

3.16. Ортнер симптоми қайси касаллик учун хос? \$

уткир холицистит \$

сурункали панкреатит \$

сурункали гастрит \$

уткир гастроэнтерит #

3.17. Жигар циррози асоратлари каторидаги хатони топинг. \$

миокард инфарктининг абдоминал формаси ривожланиши \$  
 портал гипертензия \$  
 кизилунгач веналаридан кон кетиши \$  
 тугри ичак веналаридан кон кетиши #  
 3.18. Ошкозон яра касаллиги асоратига кирмайди: \$  
 илеоцекал стеноз \$  
 перфорация \$  
 пенетрация \$  
 пилородуоденал стеноз #  
 3.19. Панкреатитда трипсиногеннинг фаол трипсинга утиши нима таъсирида булади:\$  
 Энтерокиназа\$  
 Липаза\$  
 ишкорий фосфатаза\$  
 амилаза#  
 3.20. Уткир панкреатит хуружи пайдо булади:\$  
 алкоголь ёки ёгли овкат истеъмом килганда\$  
 доридан буладиган аллергияда\$  
 стрес холатда\$  
 вирусли инфекцияда#  
 3.21. Сурункали панкреатитнинг асосий этиологик омили:\$  
 сурункали алкоголизм\$  
 вирусли гепатит\$  
 12 бармок ичак пиёзчаси ярали пенетрацияси\$  
 вирусли гепатит#  
 3.22. Малабсорбция синдроми кайси касалликка хос:\$  
 сурункали панкреатит\$  
 сурункали гастрит ошкозонни секретор функцияси  
 сакланган холда\$  
 12 бармок ичак пиёзчаси яра касаллиги\$  
 сурункали холецистит#  
 3.23. Сурункали панкреатитда озиб кетиш, камконлик, гиповитаминоз, гипохолестеринемия,  
 гипокальциемия, протромбин индексининг тушиши нимани курсатади:\$  
 малабсорбция синдроми\$  
 ДВС синдроми\$  
 Реактив гепатит\$  
 Организмда трипсин активлигини ошиши#  
 3.24. Жигар циррозида беморнинг ташки куриниши учун характерли булмаган белги:\$  
 тери ва шиллик каватларининг диффуз цианози\$  
 терининг субиктерик ранги\$  
 коринни катталашуви\$  
 корин девори веналарини катталашуви#  
 3.25. Жигар циррозини аниқ текшириш усули булиб хисобланади:\$  
 жигар пункцион биопсияси\$  
 жигарни сканирлаш\$  
 беморни куздан кечириш\$  
 жигарни ультратовушда текшириш#  
 3.26. Жигарга хос сарикликнинг сабаби хисобланмайди\$  
 уроксимон хужайрали камконлик\$  
 вирусли гепатит\$  
 холангит\$  
 билиар цирроз#  
 3.27. Портал гипертензиясига хос эмас:\$

сариклик\$  
асцит\$  
геморроидал кон кетиш\$  
спленомегалия#  
3.28. Холестатик синдромни клиник белгиларига хос эмас:\$  
нажасни корайиши\$  
тери кичиши\$  
сариклик\$  
терида ксантелезмалар#  
3.29. Огир кечадиган носпецифик ярали колитда самара берадиган дори воситалари:\$  
глюкокортикостероидлар\$  
ураб олувчи дори воситалари\$  
антибиотиклар\$  
эубиотиклар#  
3.30. Носпецифик ярали колитда купрок ичакни кайси кисми жарохатланади:\$  
тугри ичак, сигмасимон ичак\$  
ингичка ичак\$  
кундаланг чамбар ичак\$  
йугон ичакнинг чикарув кисми#

4 – мавзу

**Ичак функционал касалликларида кориндаги огрикларнинг киесий ташхиси. УАВ тактикаси. Ичак яллигланиши касалликларида УАВ тактикаси. Госпитализацияга курсатмалар. Даволаш ва тез ёрдам тадбирлари. Мехнатга яроклиликини аниклаш.**

- .1. Сурункали панколит ва йугон ичак ракини киёсий ташхислашда энг ахамиятли \$  
ректороманоскопия, биопсия \$  
ирригография\$  
ректороманоскопия\$  
иригоскопия, колоноскопия#.
- .2. Кизил унғач дивертикулига хос эмас \$  
эпигастрал сохасида огрик \$  
куп сулак окиши\$  
дисфагия \$  
огзидан бад буй келиши #.
- .3. Ошкозоннинг функционал касалликларга хос белги\$  
кардия ахалазия \$  
яра касаллиги\$  
полипоз гастрит \$  
яхши сифатли усма#.
- .4. Доимий белга таркаладиган, узини маромини йукотган огрик яра касаллиги кайси асоратига хос\$  
пенетрация\$  
перфорация \$  
кон кетиш\$  
привратник стенози#..
- .5. Бемор 32 Ешли аёл коринда таркалган огрик хароратининг 39 гача кутарилиши, 15 кг озганлигига шикоят килади. 4 ой илгари тусатдан касал булиб колган. Ахволи огир

тили сарик корамтир караш боглаган. Рентгеноскопияда ингичка ичакни торайганлиги аникланган\$  
 ингичка ичак раки\$  
 сурункали колит\$  
 Крон касаллиги\$  
 сурункали энтерит#..  
 .6. Уткир гастрит классификациясидаги хатони топинг\$  
 персистирловчи \$  
 геморрагик \$  
 эрозив \$  
 флегмоноз # .  
 .7. Ошкозоннинг функционал касалликларга хос белги\$  
 кардия ахалазия \$  
 яра касаллиги\$  
 полипоз гастрит \$  
 яхши сифатли усма#..  
 .8. Омепрозолнинг ошкозон яра касаллигини даволашда таъсири кандай ? \$  
 Na, K, АТФ-азани блоклайди \$  
 H2-гистаминорецепторларни блоклайди \$  
 ураб олувчи таъсир курсатади \$  
 адашган нерв таъсирини пасайтиради # ..  
 .9. Ошкозон яра касаллиги асоратларига кирмайди: \$  
 илеоцекал стеноз \$  
 перфорация \$  
 пенетрация \$  
 пилородуоденал стеноз # .  
 .10. . Бисептолнинг таркиби:\$  
 Триметоприм + сульфаметаксазол\$  
 Сульфаметаксазол\$  
 Триметоприм + сульфален\$  
 Триметоприм + сульфадимезин#  
 .11. Панкреатитнинг асосий этиологик омилига киради \$  
 ут йуллари касалликлари ва алкоголизм \$  
 Овкатдан захарланиш \$  
 дорилардан захарланиш \$  
 организмнинг совук котиши #..  
 .12. Доимий белга таркалаган, узини маромини йукотган огрик яра касаллигининг қайси асоратига хос \$  
 пенетрация \$  
 перфорация \$  
 кон кетиш \$  
 привратник стенози #..  
 .13. Панкреатитда ёғ клетчаткасида стеарин доғларини пайдо булиши нимани фаоллигига боглик \$  
 липаза\$  
 амилаза\$  
 энтерокиназа\$  
 брадикинин #..  
 .14. Уткир панкреатит хуружи пайдо булади \$  
 алкоголь ичимлигини куп истеъмол килиш \$  
 организмни совук котиши\$  
 дорилардан захарланиши\$  
 овкатдан захарланишдан кейин#..  
 .15. Панкреатитнинг асосий этиологик омилига киради\$

ут йуллари касалликлари ва алкоголизм\$  
 Овкатдан захарланиш\$  
 дорилардан захарланиш\$  
 организмнинг совук котиши # ..  
 .16. Сурункали панкреатит зурайганда самарали \$  
 антиферментлар\$  
 сульфаниламидлар\$  
 спазмолитиклар\$  
 биостимуляторлар#..  
 .17. Сурункали холециститнинг хуруж даврида лабораторкурсааткичларга кирмайди\$  
 Лейкопения, СОЭнинг пасайиши \$  
 Лейкоцитоз, СОЭнинг кутарилиши\$  
 Эозинофилия. лейкоцитоз\$  
 Лейкопения, СОЭ нинг кутарилиши # ..  
 .18. Сурункали холециститга хос булмаган белгини курсатинг\$  
 Шеткин-Блюмберг симптоми\$  
 Мендел симптоми\$  
 Ортнер симптоми\$  
 Курвуазье симптоми#..  
 .19. Сурункали холециститга хос булмаган огрик \$  
 чап елкага ва курак сохасига огрикнинг таркалиши \$  
 Егли овкатдан кейин огрикнинг кучайиши \$  
 унг ковурга остига огрик\$  
 огрик хуружи#..  
 .20. Сурункали панкреатит хуружида огрик синдромини йукотувчи самарали дори восита\$  
 ошкозон ости беги ферментларининг ингибиторлари\$  
 холинолитиклар\$  
 спазмолитиклар\$  
 транквилизаторлар#..  
 .21. Ортнер симптоми кайси касаллик учун хос? \$  
 уткир холицистит \$  
 сурункали гастрит\$  
 сурункали панкреатит\$  
 носпецифик яралли колит#..  
 .22. Омепрозолнинг ошкозон яра касаллигини даволашда таъсири кандай ? \$  
 Na, K, АТФ-азани блоклайди \$  
 адашган нерв таъсирини пасайтиради. \$  
 Н2-гистаминорецепторларни блоклайди. \$  
 ураб олувчи таъсир курсатади. #..  
 .23. Носпецифик яралли колитнинг огир кечишида энг самарали препарат:\$  
 Глюкокортикостероидлар\$  
 Антибиотиклар\$  
 Эубиотиклар\$  
 ураб олувчи воситалар #..  
 .24. Беморга уткир ичак тутулиши гумон килнганда тезда килинмайди \$  
 коринга иссиқ куйиш\$  
 ошкозон ичидаги массаларни зонд оркали чиқариш \$  
 ич юмшатовчи воситаларни буюриш \$  
 наркотик воситаларни ишлатиш кон тахлилларини текшириш  
 .25. Бемор 60 ешда. Поликлиникада курилган ва катарал холециститга  
 гумон килинган. Сизнинг кейинги тактикангиз\$  
 тезда хирургик шифохонага етказиш\$

тезда терапевтик шифохонага етқишиш \$  
 беморга амбулатор даво курси буюриш, агар бемор  
 ишласа касаллик  
 варакаси бериб, беморни уйига ҳам бориб куриш \$  
 антибиотик буюриб, давони уйда давом эттириш \$  
 вена ичига суюкликлар куйиш  
 .26. Уткир панкреатитда беморга шифохонага етқишишгача булган даврда керак\$  
 антибиотиклар буюриш\$  
 спазмолитиклар буюриш \$  
 ошкозонни совук сув билан зонд оркали ювиш\$  
 инфузион, дезинтоксикацион терапия утқишиш  
 .27. Ошкозон яраси тешилишига гумон килинганда шифохонага булган даврда  
 ошкозондаги махсулотларни аспирация килиш учун ошкозонга доимий зонд куйиш \$  
 антисептик суюклик билан ошкозонни ювиш \$  
 наркотик воситалар буюриш  
 .28. Сурункали панкреатит ва йугон ичак ракини киЕсий ташхислашда энг ахамиятли \$  
 ректороманоскопия, биопсия \$  
 ирригография\$  
 ректороманоскопия\$  
 иригоскопия, колоноскопия  
 .29. Кизил унганч дивертикулига хос эмас \$  
 эпигастрал сохасида огрик \$  
 куп сулак окиши\$  
 дисфагия \$  
 огзидан бад буй келиши  
 .30. Ошкозоннинг функционал касалликларга хос белги\$  
 кардия ахалазия \$  
 яра касаллиги\$  
 полипоз гастрит \$  
 яхши сифатли усма#.

5 – мавзу

**Коринда огрик билан кечувчи ошкозон-ичак йуллари патологияси билан боглик булмаган киесий ташхиси: абдоминал эпилепсия, даврий касаллик, ревматизм, геморрагик иситмалар, геморрагик васкулитлар, антикоагулянтларни назоратсиз кабул килиш, безгак, порфирия, тугунчали периартеритлар.**

- 5.1. Аёллар орасида панкреатитнинг энг куп учрайдиган сабаби \$  
 А. \* Сурункали холицистит \$  
 В. Алкоголизм \$  
 С. хомиладорлик \$  
 Д. орал контрацептивларни кабул килиш #
- 5.2. Некротик панкреатит патогенезида кайси фермент мухим урин тутади \$  
 А. \* Фосфолипаза А \$  
 В. Эластаза \$  
 С. Трипсин \$  
 Д. Амилаза #
- 5.3. Панкреатитда нафас етишмовчилиги ривожланиши асосида ётади. \$

- A. \* *Сурфактант денатурацияси* \$  
 B. бронхоспазм \$  
 C. “Химиявий” пневмония \$  
 D. Массив плеврал экссудация #.
- 5.4. Ёгларни парчалашда иштирок этади \$  
 A. \* *Ут суюклиги* \$  
 B. амилаза \$  
 C. протеаза \$  
 D. трипсин #.
- 5.5. Бисептолнинг таркиби:\$  
 A. \* *Триметоприм + сульфаметаксазол*\$  
 B. Сульфаметаксазол\$  
 C. Триметоприм + сульфален\$  
 D. Триметоприм + сульфадимезин#
- 5.6. Ортнер симптоми қайси касаллик учун хос? \$  
 A. \* *утқир холицистит* \$  
 B. сурункали гастрит\$  
 C. сурункали панкреатит\$  
 D. носпицефик ярали колит#.
- 5.7. . Сурункали панкреатит хуружида огрик синдромини йукотувчи самарали восита \$  
 A. \* *ошқозон ости беги ферментларининг ингибиторлари*\$  
 B. холинолитиклар\$  
 C. спазмолитиклар\$  
 D. транквилизаторлар#
- 5.8. Сурункали холециститга хос булмаган огрик \$  
 A. \* *чап елкага ва курак соҳасига огрикни тарқалиши* \$  
 B. Егли овқатдан кейин огрикни кучайиши\$  
 C. унг ковурга остига огрик\$  
 D. огрик хуружи#
- 5.9. Сурункали холециститга хос булмаган белгини курсатинг\$  
 A. \* *Шеткин-Блюмберг симптоми*\$  
 B. Мендел симптоми\$  
 C. Ортнер симптоми\$  
 D. Курвуазье симптоми#
- 5.10. Сурункали холециститнинг хуруж даврида лаборатор курсаткичларга кирмайди\$  
 A. \* *Лейкопения, СОЭнинг пасайиши* \$  
 B. Лейкоцитоз, СОЭнинг кутарилиши\$  
 C. Эозинофилия. лейкоцитоз\$  
 D. Лейкопения, СОЭ нинг кутарилиши #.
- 5.11. Сурункали панкреатит зурайганда самарали \$  
 A. \* *антиферментлар*\$  
 B. сульфаниламидлар\$  
 C. спазмолитиклар\$  
 D. биостимуляторлар#.
- 5.12. Панкреатитнинг асосий этиологик омилига киради\$  
 A. \* *ут йуллари касалликлари ва алкоголизм*\$  
 B. Овқатдан захарланиш\$  
 C. дорилардан захарланиш\$  
 D. организмнинг совук қотиши #
- 5.13. Утқир панкреатит хуружи пайдо булади\$  
 A. \* *алкогол ичимлигини қуп истеъмол қилиш* \$  
 B. организмни совук қотиши\$



- С. дорилардан захарланиши\$  
 D. овкатдан захарланишдан кейин#
- 5.14. Панкреатитда Ег клетчаткасида стеарин доғларини пайдо булиши нимани фаоллигига боғлиқ \$  
 A. \* *липаза*\$  
 B. амилаза\$  
 C. энтерокиназа\$  
 D. брадикинин#
- 5.15. Сурункали панкреатитнинг асосий этиологик омили\$  
 A. \* *ут йуллари касалликлари ва алкоголизм*\$  
 B. овкатдан захарланиш\$  
 C. вирусли инфекция\$  
 D. организмни совук котиши #
- 5.16. Бироз лейкоцитоз, камконлик, диспротеинемия, конда ва сийдикда амилазани ошиши \$  
 A. \* *сурункали кайталанувчи панкреатит*\$  
 B. сурункали холецистит \$  
 C. сурункали гепатит \$  
 D. сурункали энтероколит #.
- 5.17. . Сурункали панкреатит асоратларига хос эмас\$  
 A. \* *уткир миокард инфаркти*\$  
 B. кандли диабет\$  
 C. ошкозон ости беши раки\$  
 D. талок венаси тромбози #
- 5.18. . Бемор 32 ёшли аёл коринда таркалган огрик хароратининг 39 гача кутарилиши, 15 кг озганлигига шикоят килади. 4 ой илгари тусатдан касал булиб колган. Ахволи огир тили сарик корамтир караш боғлаган. Рентгеноскопияда ингичка ичакни торайганлиги аниқланган\$  
 A. \* *ингичка ичак раки*\$  
 B. сурункали колит\$  
 C. Крон касаллиги\$  
 D. сурункали энтерит#.
- 5.19. Сурункали панкреатит хуружида огрик синдромини йукотувчи самарали восита \$  
 A. \* *ошкозон ости беши ферментларининг ингибиторлари*\$  
 B. холинолитиклар\$  
 C. спазмолитиклар\$  
 D. транквилизаторлар#
- 5.20. Доимий белга таркаладиган, узини маромини йукотган огрик яра касаллиги кайси асоратига хос\$  
 A. \* *пенетрация*\$  
 B. перфорация \$  
 C. кон кетиш\$  
 D. привратник стенози#
- 5.21. Панкреатитнинг асосий этиологик омилига киради\$  
 A. \* *ут йуллари касалликлари ва алкоголизм*\$  
 B. Овкатдан захарланиш\$  
 C. дорилардан захарланиш\$  
 D. организмнинг совук котиши #
- 5.22. ошкозон яраси тешилишига шубҳа килинганда тактика  
 A. \* *тезлик билан операция*  
 B. лапароскопия  
 C. Консерватив даво  
 D. тугри жавоб йук
- 5.23. антацидлар гурухига киради  
 A. \* *алмагель*

- В. трихопол  
 С. атропин  
 D. циметидин
- 5.24. ошкозон яра касаллигида кайси операция кулланилади  
 A. \* *бильрот I ва бильрот II операциялари*  
 В. Уот Тайлер  
 С. Опель-Поликаропов  
 D. хаммаси тугри
- 5.25. ошкозон яра касаллигининг операциядан кейин куп учрайдиган асорати  
 A. \* *демтинг синдроми*  
 В. перфорация  
 С. Кон кетиш  
 D. сепсис
- 5.26. Золлингер –Эллисон синдроми кузатилади  
 A. \* *ошкозон гиперсекрецияси*  
 В. Ошкозон гипосекрецияси  
 С. Бош огриши, бош айланиши  
 D. Метеоризм
- 5.27. Куйидаги симптомлардан кайси бири диспепсияга киради  
 A. \* *кусиш*  
 В. метеоризм  
 С. Кунгил айнаши  
 D. кекириш
- 5.28. ярани аник рентгенологик белгиси  
 A. \* *ниша симптоми*  
 В. Азот гази  
 С. чандиклар  
 D. гомоген соя
- 5.29. ошкозоннинг функционал касалликларига киради  
 A. \* *кардия ахалазияси*  
 В. Яхши сифатли усмалар  
 С. Яра касаллиги  
 D. тугри жавоб йук
- 5.30. CREST-синдроми кайси касалликга хос  
 A. \* *Склеродермия*  
 В. ревматизм  
 С. Системали кизил волчанка  
 D. ревматоидли артрит

**6 – мавзу** | «Уткир корин» клиникасини тасвирловчи кукрак кафаси аъзолари касалликларининг ташхиси ва кийсий ташхиси: миокард инфаркти, перикардит, крупоз зотилжам, плеврит. Тез ёрдам. Шифохонага ёткизиш учун курсатмалар.

- 6.1. Панкреатитда трипсиногеннинг фаол трипсинга утиши нима таъсирида булади:\$  
 Энтерокиназа\$  
 Липаза\$  
 ишкорий фосфатаза\$

амилаза#.

6.2. Уткир панкреатит хуружи пайдо булади:\$

алкогол ёки ёгли овкат истеъмом килганда\$

доридан буладиган аллергияда\$

стрес холатда\$

вирусли инфекцияда#.

6.3. . Сурункали панкреатитнинг асосий этиологик омили:\$

сурункали алкоголизм\$

вирусли гепатит\$

12 бармок ичак пиёзчаси ярали пенетрацияси\$

вирусли гепатит#.

6.4. Сурункали панкреатитда озиб кетиш, камконлик, гиповитаминоз, гипохолестеринемия,

гипокальциемия, протромбин индексининг тушиши нимани курсатади:\$

малабсорбция синдроми\$

ДВС синдроми\$

Реактив гепатит\$

Организмда трипсин активлигини ошиши#.

6.5. . Коринда кучли огрик, бироз иситма, кабзият, шок, ДВС-синдроми, амилозурия характерли \$

уткир геморрагик панкреатит \$

сурункали панкреатит \$

12 б.и. яра касаллиги \$

сурункали энтероколит #.

6.6. . Бемор З. 10 Ешли. аёл охирги 2 йил мобайнида унг ковурга остида шиддатли огрик хуружига,

кунгил айниши, кусиш, хароратининг кутарилиши, саргайиш пайдо булганидан шикоят килади.

Пайпаслаганда унг ковурга остида огрик, Мюссе белгиси мусбат. Ташхис

куйинг \$

ут-тош касаллиги\$

сурункали панкреатит\$

12 б. и. яра касаллиги \$

сурункали гепатит #.

6.7. . Бемор М. аёл 42 ёшли 4 йилдан буён касал. Бир кеча кундузда 4 мартагача суюк нажас

чикиши, кориннинг хамма томонида огрик дам булиши. ичакда кулдираш, озиш, терини куришига

шикоят килади. Корин юмшок, киндик атрофи огрикли, шишган. Ташхис \$

сурункали энтерит \$

Сурункали панкреатит \$

сурункали энтероколит\$

сурункали колит#.

6.8. Бемор М аёл 42 Ешли 4 йилдан буён касал. Бир кеча кундузда 4 мартагача суюк нажас

чикиши, кориннинг хамма томонида огрик, дам булиши, ичакда кулдираш озиш терининг куришига

шикоят килади. Корни юмшок киндик атрофида огрик,

шишган. Ташхисни тасдиқлада кайси анализ мухим?\$

Ахлатни текшириш\$

Конни текшириш \$

Сийдикни текшириш\$

Ликворни текшириш#.

6.9. Сурункали панкреатит ва йугон ичак ракини киёсий ташхислашда энг ахамиятли \$

ректороманоскопия, биопсия \$

ирригография\$

ректороманоскопия\$

иригоскопия, колоноскопия#.

6.10. Ярани аник рентгенологик белгиси (меъда)\$

"Ниша" симптоми\$

диафрагма остида азот газ\$

Клойбер косачаси \$

гомоген соя, чандиклар#.

6.11. . Эрталаб огизда аччик таъм булиши, унг ковурга ости сохасидаги огрикни унг курак остига узатилиши ва кабзият кайси касалликга хос\$

сурункали холецистит\$

сурункали панкреатит\$

жигар эхинококкози \$

жигар циррози #.

6.12. Ошкозонда яра дефекти каерда жойлашади\$

кардиал кисмида\$

фундал кисмида\$

пилорик кисмида\$

ошкозон хамма кисмида #.

6.13. 12 б.и.яра касаллигида огрик урнини кайси белги босиши мумкин \$

тез-тез оч колиш \$

зарда кайнаши\$

огизда тахирлик\$

ич кетиши #.

6.14. Ошкозон ва 12 б.и.нинг шиллик каватининг химояловчи омили \$

нейтрал мукополисахарид \$

Хлорид кислота\$

ошкозон шираси\$

гастрин#.

6.15. 12 б.и. яра касаллигида ошкозон секре-тор функциясини характерли узгариши \$

ошкозон секретор функцияси ошиши \$

ошкозон безлари секрет ишлаб чикмайди\$

вагус нерви кузгалувчанлиги пасайиши\$

ошкозон шиллик кузгалувчанлиги пасайиши#.

6.16. Ошкозон яра касаллигида камарсимон огриклар пайдо булиши нимадан далолат беради \$

ошкозон ости безига пенетрация \$

жигарга пенетрацияси\$

ут йулларига пенетрация \$

ут пуфагига пенетрация#.

6.17. . Ошкозонда ярани жойлашиши куйидагилардан кайси бирига хос \$

пилорик кисми\$

кардиал кисми \$

фундал кисми\$

катта эгриликда #.

6.18. Ярани 12 б.и. да жойлашиши куйидагилардан кайси бирига хос \$

12 б.и. пиёзча кисмига\$

дуоденал сургич сохасида\$

12 б.и. олдинги деворида\$

12 б.и. орка деворида#.

6.19. . 12 б. ичакнинг яра касаллиги учун ошкозон секретор фаолиятининг хусусий узгаришлари \$

гиперацид \$

нормацид \$

гипоацид\$

узгармайди #.

6.20. . Яра касаллигида ураб олувчи огрикнинг кушилиши гувохлик беради \$

пенетрация меъда ости безига\$

пенетрация жигарга\$

перфорация \$  
 стеноз#.

6.21. Ошкозон яра касаллиги ташхисотида энг яхши маълумот берадиган усул \$  
 ФГС \$  
 рентгенография\$  
 рентгеноскопия\$  
 контраст рентгенография #.

6.22. Жигар тумтоклигининг йуколишида яра касаллигининг кайси асорати тугрисида уйлаш  
 мумкин \$  
 перфорация \$  
 малигнизация\$  
 субкомпенсатор стеноз\$  
 декомпенсацион стеноз#.

6.23. . Яра касаллигини жаррохлик амалиЕти б-н даволашни мутлак курсатмасига кирмайди\$  
 консерватив давоининг самарасизлиги\$  
 пенетрация \$  
 перфорация \$  
 яширин профуз кетиш#.

6.24. Панкреатитнинг асосий этиологик омилига киради \$  
 ут йуллари касалликлари ва алкоголизм \$  
 Овкатдан захарланиш \$  
 дорилардан захарланиш \$  
 организмнинг совук котиши #.

6.25. . Панкреатитда трипсиноген фаол трипсинга утиши нима таъсирида булади \$  
 энтерокиназа \$  
 липаза \$  
 каллидин \$  
 брадикинин#.

6.26. Уткир панкреатит хуружи пайдо булади \$  
 алкоголь ичимлигини куп истеъмол килишда \$  
 организмни совук котишида\$  
 дорилардан захарланишида\$  
 овкатдан захарланишдан кейин #.

6.27. . Уткир панкреатитга хос\$  
 огрик "белбог шаклида", тухтовсиз кусиш \$  
 метеоризм, унг елкага таркалувчи огрик\$  
 ут б-н кусиш диарея \$  
 киндик атрофида огрик, кекириши #.

6.28. . Коринда кучли огрик, бироз иситма, кабзият, шок, ДВС-синдроми, амилозурия характерли \$  
 уткир геморрагик панкреатит\$  
 сурункали панкреатит \$  
 12 б.и.яра касаллиги \$  
 сурункали энтероколит #.

6.29. Панкреатитда ёг клетчаткасида стеарин догларини пайдо булиши нимани фаоллигига боглик \$  
 липаза \$  
 амилаза\$  
 энтерокиназа\$  
 брадикинин #.

6.30. Сурункали панкреатитнинг асосий этиологик омили \$  
 ут йуллари касалликлари ва алкоголизм \$  
 овкатдан захарланиш \$  
 дорилардан захарланиш \$

организмни совук котиши #.

7 – мавзу

**Оператив даво талаб килинмайдиган корин бушлиги аъзолари корин парда орти, корин девори касалликлари ташхиси ва киёсий ташхиси: уткир ва сурункали гастрит, Шенлейн-Генох касаллиги, буйрак касалликлари, Крон касалликлари, абдоминал пурпура, антикоагулянтларни назоратсиз кабул килиш, корин парда орти гематомаси, аорта аневризмасини ёрилиши, дисменореяни киёсий ташхиси. Тез ёрдам курсатиш. Госпитализацияга курсатмалар.**

7.1. Носпецифик ярали колитнинг огир кечишида энг самарали препарат:\$

Глюкокортикостероидлар\$

Антибиотиклар\$

Эубиотиклар\$

ураб олувчи воситалар #.

7.2. НЯК нинг асосий копрологик белгилари хисобланади\$

нажасда кон ва шиллик булиши \$

узгармаган мушак толалари \$

куп микдорда крахмал \$

стеаторея#.

7.3. Томирлар эрозияси ва деструкцияси натижасида пайдо булган кон кетиши куйидагиларни кайси бирига хос \$

уткир геморрагик панкреатит\$

уткир холецистит\$

уткир энтерит \$

дуоденит #.

7.4. Ошкозон шиллик каватини тугри чизикли ёрилиши натижасида кон кетиши кайси касалликка хос\$

Мэллори-Вейс синдроми \$

мальабсорбция синдроми \$

Ошкозон яра касаллиги \$

сурункали НЯК #.

7.5. Куйидагилардан кайси бири Мэллори-Вейс синдромида кон кетишининг сабаби деб хисобланмайди \$

булемия\$

кучли йутал\$

кусиш\$

корин бушлиги босимининг ошиши #.

7.6. Ошкозон-ичак трактининг зарарланадиган кисмига кура Крон касаллиги турлари тугри келтирилган жавобни аникланг

A. \* *ингичка ичак тури, йугон ичак тури, аралаш тури*

B. Факат ингичка ичак тури учрайди

C. Йугон ичак зарарланади

D. B ва C жавоблар тугри

7.7. . Панкреатитнинг асосий этиологик омилига киради\$

ут йуллари касалликлари ва алкоголизм \$

Овкатдан захарланиш\$

- вирусли инфекция\$  
 организмнинг совук котиши #.
- 7.8. Шейлен-Генох касаллиги учун хос булмаган белги:\$  
 спленомегалия \$  
 артрит \$  
 микрогематурия \$  
 лейкоцитоз #.
- 7.9. Ортнер симптоми қайси касаллик учун хос? \$  
 уткир холицистит \$  
 сурункали гастрит\$  
 сурункали панкреатит\$  
 носпицефик ярали колит#
- 7.10. Сурункали холециститга хос булмаган огрик \$  
 чап елкага ва курак сохасига огрикнинг таркалиши \$  
 Егли овкатдан кейин огрикнинг кучайиши \$  
 унг ковурга остига огрик\$  
 огрик хуружи#
- 7.11. Сурункали холециститга хос булмаган белгини курсатинг\$  
 Шеткин-Блюмберг симптоми\$  
 Мендел симптоми\$  
 Ортнер симптоми\$  
 Курвуазье симптоми#
- 7.12. Сурункали холециститнинг хуруж даврида лаборатор курсаткичларга кирмайди\$  
 Лейкопения, СОЭнинг пасайиши \$  
 Лейкоцитоз, СОЭнинг кутарилиши\$  
 Эозинофилия. лейкоцитоз\$  
 Лейкопения, СОЭ нинг кутарилиши #
- 7.13. Сурункали гастрит ривожланишига ахамияти булмаган экзоген омил\$  
 рефлюкс\$  
 ностероидларни куп кабул килиш\$  
 дагал ва аччик овкат истеъмол килиш\$  
 стресс#
- 7.14. Шенлейн - Генох касаллиги учун хос булмаган белги:\$  
 спленомегалия \$  
 иситма \$  
 артрит \$  
 лейкоцитоз #
- 7.15. Уткир панкреатит купинча бирга келади \$  
 Ут -тош касаллиги билан \$  
 Ичак шиллик кават гиперплазияси билан \$  
 Гиперацид гастрит билан \$  
 Гипеспленизм билан #
- 7.16. Холекинетиклар буюрилади \$  
 А. \* Гипомотор типдаги ут йуллари дискинезиясида\$  
 В. холидохолитиаз \$  
 С. Гипермотор типдаги ут йуллари дискинезиясида \$  
 D. холицистолитиаз #
- 7.17. Яра касаллигини жаррохлик амалиёти б-н даволашни мутлак курсатмасига киради\$  
 А. перфорация\$\*  
 В. стеноз\$  
 С. малигнизация\$  
 D. яширин кон кетиш#

- 7.18. Шенлейн- Генох касаллигида буйраклар зарарланиши нима билан боглик\$  
 A. \* *Буйрак коптокчалари зарарланиши*\$  
 B. Буйрак каналчалари яллигланиши\$  
 C. Буйрак жомчалари зарарланиши\$  
 D. Буйрак интерстицияси зарарланиши#
- 7.19. Шенлейн- Генох касаллигида кайси синдром характерли эмас\$  
 A. \* *Кардиопатик*\$  
 B. Абдоминал\$  
 C. Буйрак\$  
 D. Бугим
- 7.20. Шенлейн- Генох касаллиги клиник кечишига кура формалари  
 A. \* *барча жавоб тугри*  
 B. оддий  
 C. бугим  
 D. абдоминал, яшин тезлигида кечувчи
- 7.21. Шенлейн- Генох касаллигида буйраклар зарарланиши кайси типда кечади  
 A. \* *нефритик синдром ва сурункали гломерулонефрит*  
 B. Нефротик синдром  
 C. Пиелонефрит  
 D. нефросклероз
- 7.22. Шенлейн-Генох касаллигида бугим синдромида кузатилади  
 A. \* *бугимлар зарарланиши, тошмалар тошиши*  
 B. Факат бугимлар зарарланиши  
 C. Асосан кичик бугимлар зарарланиши  
 D. жавоблар тугри
- 7.23. Шенлейн-Генох касаллигининг абдоминал шакли купрок кайси ёшда учрайди  
 A. \* *асосан ёшларда*  
 B. Асосан катталарда  
 C. Асосан ката ёшли эркакларда  
 D. хамма ёшда учраши бир хилда
- 7.24. Шенлейн-Генох касаллигида кондаги узгаришлар  
 A. \* *гипохром анемия, ЭЧТ ошиши, лейкоцитоз чапга силжиши*  
 B. Гиперхром анемия, лейкопения  
 C. Гипохром анемия, лейкопения  
 D. жавоблар нотугри
- 7.25. Яра касаллигида гастродуоденал кон кетишда кулланилади,  
 иттасидан ташкари\$  
 A. \* *Ганглиоблакторлар*\$  
 B. Эпигастрал сохага совук куйиш\$  
 C. Аминокапрон кислота\$  
 D. Циметидин\$
- 7.26. Ошкозон шира ажралиши (секрецияси) ни кучайтирувчи дори:\$  
 A. \* *плантаглюцид*\$  
 B. но-шпа\$  
 C. трихопол\$  
 D. циметидин
- 7.27. Ошкозон кардиал кисми ва орка девори яраси учун огрикнинг жойлашиш хусусияти:\$  
 A. \* *туш ортида*\$  
 B. эпигастрийда\$  
 C. чап ковурга ейи остида#  
 D. унг ковурга ейи остида\$
- 7.28. Ошкозон ширасининг умумий кислоталигининг меъерий микдори:\$



- A. \* 40-60 титр бир.\$
- B. 20-40 титр бир.\$
- C. 60-80 титр бир.\$
- D. 30-80 титр бир.#

7.29. гистаминорецепторларни блоклаш оркали париетал хужайраларда HCL ишлаб чиқарилишини тухтатувчи ДВ курсатинг \$

- A. \* Пирезепин.\$
- B. Атропин.\$
- C. Гастал.#
- D. Ранитидин

7.30. Алмагелнинг таъсир давомийлиги\$

- A. \* 2 - 3 соат\$
- B. Овкатдан 20 минут олдин\$
- C. 30-40 минут\$
- D. 4-6 соат#

8- мавзу

**Диареяларнинг киесий ташхиси. Диарея хақида тушунча. Диареянинг патогентик вариантлари (гиперсекретор, гиперосмоляр, гипер ва гипокинетик диареялар), клиник симптомлар ва ташхис қуйиш.**

8.1. Сурункали энтеритда ич кетиш характери\$

Кашасимон, куплаб нажас \$

Мелена \$

Овкат егандан кейин дархол чакириклар б-н \$

Шиллик аралаш #.

8.2. . Протеаза ингибиторларига қуйидагилардан қайси бири қирмайди\$

панзинорм\$

трасилол\$

гордок\$

контрикал#.

8.3. . Ичак инфекцияларида ишлатиладиган сульфаниламидлар:\$

Сульгин\$

Сульфадимезин\$

Уросульфан\$

Сульфацил натрий#.

8.4. . Сурункали панкреатитнинг клиник кечиши буйича қуйидагилар характерли, биртасидан ташқари :\$

чандикланувчи тури \$

огрикли тури \$

псевдо усмали тури\$

сурункали қайталанувчи панкреатит#.

8.5. Сурункали панкреатит клиникасига хос эмас:\$

Кабзият\$

ич кетиши\$

ураб олувчи характердаги огрик\$

диспепсик узғариш#.

8.6. Сурункали панкреатит кузишида куп холларда ишлатилади:\$

антифермент воситалар\$

ут хайдовчилар\$  
 зубиотиклар\$  
 ошкозон секрециясини стимулловчилар#.

8.7. Сурункали панкреатитнинг кайси тури ошкозон ости безининг катта булмаган даражадаги секретор етишмовчилиги билан кечади:\$  
 Склерозланувчи\$  
 Огрикли\$  
 Псевдотумороз\$  
 Рецидивланувчи#.

8.8. . Суткада одам организмида канча темир сурилади. \$  
 1,5-2 мг\$  
 4-5 мг\$  
 15-18 мг\$  
 8-9 мг #.

8.9. . Темир сурилишини кучайтиради\$  
 аскорбин кислотаси \$  
 хлорид кислота\$  
 углеводлар\$  
 Гастроукопротеидлар#.

8.10. . Ич кетиши қачон характерли эмас \$  
 носпецифик ярали колит\$  
 сурункали энтерит\$  
 йугон ичак усмалари \$  
 сальмонеллез #.

8.11. . Дисбактериозни даволаш учун ишлатиладиган дори восита \$  
 лактобактрим\$  
 ламинард\$  
 левамиколь\$  
 левамицетин#.

8.12. . Ичак таъсирланиш синдромидаги диареяни даволашда ахамиятли эмас \$  
 М холинблокаторлар \$  
 психотерапия \$  
 лоперамид \$  
 клетчаткага бой таомлар #.

8.13. . Ингичка ичак билан боглик диареяга характерли\$  
 Нажасда шиллик ва коннинг булмаслиги \$  
 Нажасда шиллик ва коннинг борлиги \$  
 Ёлгон чакирув \$  
 Гуруч ювиндиси характеридаги нажас #.

8.14. . Малабсорбция синдромига характерли эмас\$  
 Эпигастрал сохада огрик \$  
 метеоризм \$  
 ингичка ичак билан боглик диарея\$  
 ориклаш #.

8.15. . Малдигестияга характерли эмас \$  
 Хлорид кислота етишмовчилиги \$  
 Хлорид кислота гиперсекрецияси \$  
 Ошкозон ости беги ферментларининг етишмовчилиги \$  
 Ут кислоталари етишмовчилиги #.

8.16. . Секретор етишмовчилик билан кечувчи сурункали панкреатитда ахлатда аникланмайди\$  
 креаторея \$  
 стеаторея \$

полифекалия \$  
амилорея #.  
8.17. . Лямблияни асосий яшаш жойи \$  
Ингичка ичак \$  
Ут пуфаги \$  
Жигар ичи ут йуллари \$  
Йугон ичак #.  
8.18. . Мальабсорбция синдроми кайси касалликка хос:\$  
сурункали панкреатит\$  
сурункали гастрит ошкозонни секретор функцияси сакланган холда\$  
12 бармок ичак пиёзчаси яра касаллиги\$  
сурункали холецистит#.  
8.19. . Дисбактериозни даволаш учун ишлатиладиган биологик дори восита:\$  
Лактобактерин\$  
Тетрациклин\$  
Фуразолидон\$  
Трихопол#.  
8.20. . Сурункали колитни ташхислашда катта ахамиятга эга булган текшириш усули:\$  
колоноскопия\$  
нажасни яширин конга текшириш\$  
физикал\$  
кон тахлили#.  
8.21. Ичак таъсирланиш синдромининг асосий сабаби \$  
Нейроваскуляр бузилишлар \$  
Иммунологик бузилишлар \$  
инфекция \$  
маълум овкат махсулотларига нисбатан сезгирликнинг ошиши #  
8.22. Панкреатитда трипсиногеннинг фаол трипсинга утиши нима таъсирида булади:\$  
Энтерокиназа\$  
Липаза\$  
ишкорий фосфатаза\$  
амилаза#  
8.23. Уткир панкреатит хуружи пайдо булади:\$  
алкогол ёки ёгли овкат истеъмол килганда\$  
доридан буладиган аллергияда\$  
стрес холатда\$  
вирусли инфекцияда#  
8.24. Сурункали панкреатитнинг асосий этиологик омили:\$  
сурункали алкоголизм\$  
вирусли гепатит\$  
12 бармок ичак пиёзчаси ярали пенетрацияси\$  
вирусли гепатит#  
8.25. Сурункали панкреатитда озиб кетиш, камконлик, гиповитаминоз, гипохолестеринемия,  
гипокальциемия, протромбин индексининг тушиши нимани курсатади:\$  
малабсорбция синдроми\$  
ДВС синдроми\$  
Реактив гепатит\$  
Организмда трипсин активлигини ошиши#  
8.26. Носпецифик ярали колитнинг оғир кечишида энг  
самарали препарат:\$  
Глюкокортикостероидлар\$  
Антибиотиклар\$

Эубиотиклар\$

ураб олувчи воситалар #

8.27. НЯК нинг асосий копрологик белгилари хисобланади\$

нажасда кон ва шиллик булиши \$

узгармаган мушак толалари \$

куп микдорда крахмал \$

стеаторея#

8.28. Ошкозон шиллик каватини тугри чизикли ёрилиши натижасида кон кетиши кайси касалликка хос\$

Мэллори-Вейс синдроми \$

мальабсорбция синдроми \$

Ошкозон яра касаллиги \$

сурункали НЯК #

8.29. Мэллори-Вейс синдромида кузатилади \$

кучли йутал, баъзан кон кусиш, "мелена"\$

бош огриги, айланиши, кунгил айниши\$

кусиш, кунгил айниши, ич кетиш \$

кабзият, огиз аччик булиши#

8.30. Стеаторея кайси касаллик учун диагностик низом \$

сурункали панкреатит \$

сурункали холецистит\$

сурункали гепатит\$

сурункали колит#

9 – мавзу

**Диарея билан кечувчи касалликларнинг кийсий ташхиси: ферментопатия, экссудатив энтеропатиялар, Уипл, Спру касалликлари, пеллагра, дисбактериоз, дизентерия, саль-монеллез, таъсирланган ичак синдроми. Ичак дисфункциясини даволаш. УАВ тактикаси. Сурункали диареяларни этиологияси ва механизмига караб даволаш.**

9.1. Факат ичак бушлигида таъсир курсатувчи сульфаниламид

препарати \$

фтолазол \$

уросульфан \$

сульфапиридазин \$

сульфацил натрий #.

9.2. . Мальабсорбция синдромига характерли\$

озиб кетиш, камконлик, гиповитаминоз, гипозолестеринемия, гипокальцемиа, ПТИ тушиши \$

гиперхолестеринемия, гипопротеинемия, шиш, протеинурия\$

кон босимининг ошиши, II тон аортада кучайиши, ретинопатия\$

бош огриги, бош айланиши, уйкунинг бузилиши #.

9.3. Сурункали энтеритда ич кетиш характери \$

Кашасимон, куплаб нажас \$

Мелена \$

Овкат егандан кейин дархол чакириклар б-н \$

Шиллик аралаш #

9.4. Малабсорбция синдроми кайси касалликка хос:\$

сурункали панкреатит\$

сурункали гастрит ошкозонни секретор функцияси сакланган холда\$

12 бармок ичак пиёзчаси яра касаллиги\$  
сурункали холецистит#

9.5. Огир кечадиган носпецифик ярали колитда самара берадиган дори воситалари:\$  
глюкокортикостероидлар\$  
ураб олувчи дори воситалари\$  
антибиотиклар\$  
эубиотиклар#

9.6. Носпецифик ярали колитда купрок ичакни кайси кисми жарохатланади:\$  
тугри ичак, сигмасимон ичак\$  
ингичка ичак\$  
кундаланг чамбар ичак\$  
йугон ичакнинг чикарув кисми#

9.7. Дисбактериозни даволаш учун ишлатиладиган биологик дори восита:\$  
Лактобактерин\$  
Тетрациклин\$  
Фуразолидон\$  
Трихопол#

9.8. Сурункали колитни ташхислашда катта ахамиятга эга булган текшириш усули:\$  
колоноскопия\$  
нажасни яширин конга текшириш\$  
физикал\$  
кон тахлили#

9.9. Протеаза ингибиторларига куйидагилардан кайси бири кирмайди\$  
панзинорм\$  
трасилол\$  
гордок\$  
контрикал#

9.10. Ичак инфекцияларида ишлатиладиган сульфаниламидлар:\$  
Сульгин\$  
Сульфадимезин\$  
Уросульфан\$  
Сульфацил натрий#

9.11. Сурункали панкреатит клиник кечиши буйича куйидагилар характерли, биртасидан ташкари :\$  
чандикланувчи тури \$  
огрикли тури \$  
псевдо усмали тури\$  
сурункали кайталанувчи панкреатит#

9.12. Сурункали панкреатит клиникасига хос эмас:\$  
Кабзият\$  
ич кетиши\$  
ураб олувчи характердаги огрик\$  
диспепсик узгариш#

9.13. Сурункали панкреатит кузишида куп холларда ишлатилади:\$  
антифермент воситалар\$  
ут хайдовчилар\$  
эубиотиклар\$  
ошкозон секрециясини стимулловчилар#

9.14. Сурункали панкреатитнинг кайси тури ошкозон ости безининг катта булмаган даражадаги секретор етишмовчилиги билан кечади:\$  
Склерозланувчи\$  
Огрикли\$

Псевдотумороз\$

Рецидивланувчи#

9.15. Суткада одам организмида канча темир сурилади. \$

1,5-2 мг\$

4-5 мг\$

15-18 мг\$

8-9 мг #

9.16. Темир сурилишини кучайтиради\$

аскорбин кислотаси \$

хлорид кислота\$

углеводлар\$

Гастроукопротеидлар#

9.17. Томирлар эрозияси ва деструкцияси натижасида пайдо булган кон кетиши куйдагиларни

кайси бирига хос \$

уткир геморрагик панкреатит\$

уткир холецистит\$

уткир энтерит \$

дуоденит #

9.18. Ошкозон шиллик каватини тугри чизикли Ерилиши натижасида кон кетиши кайси касалликка хос\$

Мэллори-Вейс синдроми \$

мальабсорбция синдроми \$

Ошкозон яра касаллиги \$

сурункали НЯК #

9.19. Ич кетиши қачон характерли эмас \$

носпецифик яралли колит\$

сурункали энтерит\$

йугон ичак усмалари \$

сальмонеллез #

9.20. Мэллори-Вейс синдромида кузатилади\$

кучли йутал, баъзан кон қусиш, "мелена"\$

бош огриги, айланиши, кунгил айниши\$

қусиш, кунгил айниши, ич кетиш \$

кабзият, огиз аччик булиши#

9.21. Стеаторея қайси касаллик учун диагностик низом \$

сурункали панкреатит \$

сурункали холецистит\$

сурункали гепатит\$

сурункали колит #

9.22. Уткир панкреатитга хос \$

огрик "белбог шаклида, тухтовсиз қусиш \$

метеоризм, унг елкага таркалувчи огрик\$

ут б-н қусиш диарея\$

киндик атрофида огрик, кекириши#

9.23. Сурункали панкреатитнинг огрикли турида хос белги хисобланади \$

"Белбог шаклида " огрик, метеоризм, диарея \$

киндик атрофида огрик, метеоризм \$

диарея, унг елкага таркалувчи огрик \$

ут билан қусиш, температурани кутарилиши #

9.24. Ич кетиши қачон характерли эмас\$

носпецифик яралли колит\$

сурункали энтерит\$

йугон ичак усмалари \$  
 дизентерия #  
 9.25. Ичак таъсирланиш синдромидаги диареяни даволашда ахамиятли эмас \$  
 М холиноблокаторлар \$  
 психотерапия \$  
 лоперамид \$  
 клечаткага бой таомлар #  
 9.26. Ингичка ичак билан боглик диареяга характерли\$  
 Нажасда шиллик ва коннинг булмаслиги \$  
 Нажасда шиллик ва коннинг борлиги \$  
 Ёлгон чакирув \$  
 Гуруч ювиндиси характеридаги нажас #  
 9.27. Мальабсорбция синдромига характерли эмас\$  
 Эпигастрал сохада огрик \$  
 метеоризм \$  
 ингичка ичак билан боглик диарея\$  
 ориклаш #  
 9.28. Мальдигестияга характерли эмас \$  
 Хлорид кислота етишмовчилиги \$  
 Хлорид кислота гиперсекрецияси \$  
 Ошкозон ости беги ферментларининг етишмовчилиги \$  
 Ут кислоталари етишмовчилиги #  
 9.29. Уткир панкреатит купинча бирга келади \$  
 Ут -тош касаллиги билан \$  
 Ичак шиллик кават гиперплазияси билан \$  
 Гиперацид гастрит билан \$  
 Гипеспленизм билан #  
 9.30. Уткир панкреатит ривожланишида ахамиятли эмас \$  
 Утнинг панкреатик йулга рефлюкси \$  
 Трипсин билан хужайра мембранасини емирувчи  
 ферментларни активацияси \$  
 Трипсин билан геморрагик некрозга олиб келувчи  
 эластазанинг активацияси\$  
 Сурилишнинг бузилиши #

**10 – мавзу** | **Ичак яллигланиши билан кечувчи касалликларнинг кийсий ташхиси (сурункали энтеритлар, сурункали колитлар, НЯК, Крон касаллиги). Касаллик синдромлари ва кечиши. Эрта ташхис куйиш.**

10.1. Крон касаллигининг патогномоник белгиси хисобланади \$  
 Фиброколоноскопияда “бульжной мостовой” картинаси\$  
 Фиброколоноскопияда колоректал окмалар \$  
 Рентген текширишда Клойбер косачалари \$  
 Корин бушлиги УЗИ сида бир нечта хажмли хосила #.  
 10.2. Витамин В12 сурилади \$  
 Ингичка ичакда \$  
 ошкозонда \$  
 кундаланг чамбар ичакда \$

ун икки бармоқ ичакда#.

10.3. Крон касаллигининг бошлангич даврида локализацияси \$  
Ингичка ичак \$

йугон ичакнинг алохида қисмлари \$

Сигмасимон ва тугри ичак \$

Кундаланг чамбар ичак #.

10.4. . Сурункали носпецифик колитдаги асосий копрологик симптом \$

шилимшиқ ва кон куп лейкоцитлар, эпителиал хужайралар\$

детрит, йодофил флора\$

крахмал, бириктирувчи туқима, нейтрал йод\$

макрофағлар, эритроцитлар Ег кислоталари#.

10.5. . Ярали носпецифик колитда яхши самара беради\$

антибиотиклар \$

дорили малхамлар\$

сульфаниламидлар\$

спазмолитиклар#.

10.6. . Ичак яллиғланиш касаллигида этиопатогенетик даволашда қайси препарат қулланилмайди \$

спазмолитиклар - но-шпа \$

сульфаниламидлар (сульгин, фталазол) \$

фермент препаратлар (фестал) \$

этазол #.

10.7. Кучли антисекретор препаратини курсатинг: \$

денол \$

перитол \$

циметидин \$

викалин #.

10.8. Сурункали носпецифик колитдаги асосий этиопатогенетик омил \$

ичак таёқчаси \$

бошдан утказган дизентерия, психик травмалар\$

организм реактивлигининг пасайиши \$

чекиш, алкоголь ичимликларини истеъмол қилиш #.

10.9. Сурункали носпецифик колитдаги асосий копрологик симптом \$

шилимшиқ ва кон куп лейкоцитлар, эпителиал хужайралар \$

детрит, йодофил флора\$

крахмал, бириктирувчи туқима, нейтрал йод \$

макрофағлар, эритроцитлар Ег кислоталари #.

10.10. . Ярали носпецифик колитда яхши самара беради \$

антибиотиклар\$

дорили малхамлар\$

сульфаниламидлар\$

спазмолитиклар#.

10.11. . Стеаторея қайси касаллик учун диагностик низом \$

сурункали панкреатит \$

сурункали холецистит\$

сурункали гепатит\$

сурункали колит #.

10.12. . Панкреатитда трипсиноген фаол трипсинга утиши нима таъсирида бўлади \$

энтерокиназа \$

липаза \$

амилаза \$

брадикинин #.

10.13. . Уткир панкреатит хуружи пайдо бўлади \$



алкохол ичимлигини куп истеъмол килиш \$  
 организмни совук котиши \$  
 дорилардан захарланиши \$  
 овкатдан захарланишдан кейин #.  
 10.14. . Утқир панкреатитга хос \$  
 огрик "белбог шаклида, тухтовсиз кусиш \$  
 метеоризм, унг елкага таркалувчи огрик\$  
 ут б-н кусиш диарея\$  
 киндик атрофида огрик, кекириши#.  
 10.15. Панкреатитда ёг клетчаткасида стеарин доғларини пайдо булиши нимани фаоллигига боғлик \$  
 липаза \$  
 амилаза \$  
 энтерокиназа \$  
 брадикинин #.  
 10.16. Сурункали панкреатитнинг асосий этиологик омили \$  
 ут йуллари касалликлари ва алкоғолизм \$  
 овкатдан захарланиш \$  
 дорилардан захарланиш \$  
 организмни совук котиши #.  
 10.17. Сурункали панкреатитни қайси шакли ошқозон ости беши секрет етишмовчилиги билан кечади \$  
 псевдотумороз шакли \$  
 огрикли шакли \$  
 латент шакли \$  
 сурункали қайталанувчи шакли #.  
 10.18. Мальабсорбция синдромига хос: \$  
 озиб кетиш, камқонлик, гиповитаминоз, гипохолестеринемия, гипокальцемиа, протромбин индекси тушиши \$  
 гиперхолестеринемия, гипопротеинемия, шиш, протеинурия \$  
 кон босимининг ошиши, II тон аортада кучайиши, ретинопатия \$  
 бош огриги, бош айланиши, уйқунинг бузилиши #.  
 10.19. Сурункали панкреатитда озиб кетиш, камқонлик, гиповитаминоз, гипохолестеринемия, гипокальцемиа, протромбин индексини тушиши нимани курсатади \$  
 мальабсорбция синдроми \$  
 Меллори - Вейс синдроми \$  
 мальдигистия синдроми \$  
 портал гипертензия синдроми #.  
 10.20. . Бироз лейкоцитоз. Камқонлик, диспротеинемия, конда ва сийдикда амилазани ошиши \$  
 сурункали қайталанувчи панкреатит \$  
 сурункали холецистит \$  
 сурункали гепатит \$  
 сурункали энтероколит #.  
 10.21. Сурункали панкреатит асоратларига хос эмас \$  
 утқир миокард инфаркти \$  
 қандли диабет \$  
 жигар циррози \$  
 талок венаси тромбози #.  
 10.22. . Томирлар эрозияси ва деструкцияси натижасида пайдо булган кон кетиши қуйидагиларни қайси бирига хос \$  
 утқир геморрагик панкреатит \$  
 утқир холецистит \$

уткир энтерит \$

дуоденит #.

10.23. Ошкозон шиллик каватини тугри чизикли ёрилиши натижасида кон етиши кайси касалликка хос\$

Мэллори-Вейс синдроми\$

мальабсорбция синдроми\$

Ошкозон яра касаллиги\$

сурункали носпецифик ярали колит#.

10.24. . Куйидагилардан кайси бири Мэллори-Вейс синдромида кон кетишининг сабаби деб хисобланмайди \$

булемия \$

кучли йутал \$

алкоголизм \$

корин бушлиги босимининг ошиши #.

10.25. Сурункали панкреатит хуружида огрик синдромини йукотувчи самарали восита \$

ошкозон ости беги ферментларининг ингибиторлари \$

холинолитиклар \$

спазмолитиклар \$

транквилизаторлар#.

10.26. Ошкозон суюклигини фракцион текшириш усулида кайси кузгатувчи купрок физиологик хисобланади \$

гистамин, пентагастрин \$

глюкоза\$

карам кайнатмаси\$

инсулин#.

10.27. Санаб утилган кайси касалликларда нохорга ошкозон ширасини ошиши кузатилади \$

12 б.и.пиЕзчасидаги яра касаллиги ва гиперацид гастрит \$

ошкозон яра касаллиги нормоцид гастрит\$

сурункали холецистит \$

сурункали дуоденит#.

10.28. Атропинни куллаш учун карши курсатма \$

кон босими кутарилганда\$

брадикардияда\$

бронхиал астмада\$

ФГС амалиЕти бажарилаЕтган пайтда#.

10.29. Ошкозоннинг H2 рецепторларини камал килувчиси \$

циметидин, квамател\$

сукральфат\$

маалокс\$

омепразол#.

10.30. Сурункали гастрит ривожланишига ахамияти булмаган экзоген омил\$

рефлюкс\$

ностероидларни куп кабул килиш \$

дагал ва аччик овкат истеъмол килиш \$

стресс#.

- 11.1. Ичак таъсирланиш синдромининг асосий сабаби \$  
Нейроваскуляар бузилишлар \$  
Иммунологик бузилишлар \$  
инфекция \$  
маълум овкат махсулотларига нисбатан сезгирликнинг ошиши #.
- 11.2. Мэллори-Вейс синдромида кузатилади \$  
кучли йутал, баъзан кон кусиш, "мелена"\$  
бош огриги, айланиши, кунгил айнаши\$  
кусиш, кунгил айнаши, ич кетиш \$  
кабзият, огиз аччик булиши#.
- 11.3. Копрограммадаги амилорея кайси патологияга хос\$  
сурункали панкреатит \$  
сурункали гепатит \$  
сурункали гастрит\$  
сурункали колит#.
- 11.4. Йугон ичак гипомотор дискенезияси учун характерли эмас \$  
Ахлатда кон ва шиллик булиши \$  
Коринда огрик \$  
Ич кетиши \$  
Атоник кабзият #.
- 11.5. Крон касаллигининг патогномоник белгиси хисобланади \$  
Фиброколоноскопияда "булыжной мостовой" картинаси\$  
Фиброколоноскопияда колоректал окмалар \$  
Рентген текширишда Клойбер косачалари \$  
Корин бушлиги УЗИ сида бир нечта хажмли хосила#
- 11.6. Крон касаллигининг бошлангич даврида локализацияси \$  
Ингичка ичак \$  
йугон ичакнинг алохида кисмлари \$  
Сигмасимон ва тугри ичак \$  
Кундаланг чамбар ичак #
- 11.7. Сурункали панкреатит клиникасига хос эмас:\$  
Кабзият\$  
ич кетиши\$  
ураб олувчи характердаги огрик\$  
диспепсик узгариш#
- 11.8. Сурункали панкреатит кузишида куп холларда ишлатилади:\$  
антифермент воситалар\$  
ут хайдовчилар\$  
зубиотиклар\$  
ошкозон секрециясини стимулловчилар#
- 11.9. Сурункали панкреатитнинг кайси тури ошкозон ости безининг катта булмаган даражадаги секретор етишмовчилиги билан кечади:\$  
Склерозланувчи\$  
Огрикли\$  
Псевдотумороз\$  
Рецидивланувчи#
- 11.10. Суткада одам организмида канча темир сурилади. \$  
1,5-2 мг\$

4-5 мг\$  
15-18 мг\$  
8-9 мг #  
11.11. Темир сурилишини кучайтиради\$  
аскорбин кислотаси \$  
хлорид кислота\$  
углеводлар\$  
Гастроукопротеидлар#  
11.12. Кизил унғач дивертикулига хос эмас \$  
эпигастрал сохасида огрик\$  
куп сулак окиши\$  
дисфагия\$  
огзидан бад буй келиши#  
11.13. Сурункали панколит ва йугон ичак ракини киёсий ташхислашда энг ахамиятли \$  
ректороманоскопия, биопсия \$  
ирригография\$  
ректороманоскопия\$  
иригоскопия, колоноскопия#  
11.14. Панкреатитда трипсиноген фаол трипсинга утиши нима таъсирида булади \$  
энтерокиназа \$  
липаза \$  
амилаза \$  
брадикинин #  
11.15. Уткир панкреатит хуружи пайдо булади \$  
алкогол ичимлигини куп истеъмол килиш \$  
организмни совук котиши \$  
дорилардан захарланиши \$  
овкатдан захарланишдан кейин #  
11.16. Бемор 32 ёшли аёл коринда таркалган огрик хароратининг 39°C гача кутарилиши, 15 кг  
озганлигига шикоят килади. 4 ой илгари тусатдан касал булиб колган. Ахволи огир,  
тили сарик корамтир караш боглаган. Рентгеноскопияда ингичка ичакни торайганлиги  
аникланган\$  
ингичка ичак раки\$  
энтероколит \$  
Крон касаллиги \$  
сурункали энтерит #  
11.17. Сурункали панкреатит ва йугон ичак ракини киёсий ташхислашда энг ахамиятли \$  
ректороманоскопия, биопсия \$  
ирригография\$  
ректороманоскопия\$  
иригоскопия, колоноскопия#  
11.18. Ич кетиши қачон характерли эмас\$  
носпецифик ярали колит\$  
сурункали энтерит\$  
йугон ичак усмалари \$  
дизентерия #  
11.19. Ошқозоннинг функционал касалликларга хос белги\$  
кардия ахалазия \$  
яра касаллиги\$  
полипоз гастрит \$  
яхши сифатли усма#  
11.20. Ичак таъсирланиш синдромидаги диареяни даволашда ахамиятли эмас \$

М холиноблокаторлар \$  
 психотерапия \$  
 лоперамид \$  
 клечаткага бой таомлар #  
 11.21. Носпецифик яралли колит хуруж даврида характерли эмас\$  
 Кабзият \$  
 Ич кетиши \$  
 Ёлгон чакирик \$  
 Ахлатда кон ва шиллик булиши #  
 11.22. Носпецифик яралли колит диагностикасида кайси усул кулланилмайди \$  
 Ректал курик \$  
 фиброколоноскопия \$  
 капрограмма \$  
 ректоромоноскопия #  
 11.23. Носпецифик яралли колит асоратига кирмайди \$  
 Стоматит, пародонтоз \$  
 Ичак окмаси \$  
 йугон ичак перфорацияси \$  
 йугон ичак токсик дилатацияси#  
 11.24. Сурункали панкреатитнинг асосий сабабларига кирмайди \$  
 гиперпаратеридизм \$  
 сурункали алькоголизм\$  
 ут йуллари касалликлари \$  
 катта дуоденал сургич касалликлари #  
 11.25. Жигар патологиясида цитолитик синдром индикаторларига кирмайди \$  
 Ишкорий фосфатаза\$  
 АлТ \$  
 асТ \$  
 ЛДГ#  
 11.26. Меккел дивертикули ичакни кайси деворида жойлашади:\$  
 ичак туткичга карама-карши томонда;\$  
 ичак туткич томонида;\$  
 иккала томонда хам бир хил;\$  
 ичак хамма томонида;#  
 11.27. Агар кон кетиш манбаи Меккел дивертикули эканлиги аниқ булса, камча вақтгача консерватив усулларини куллаш мумкин\$  
 шошилич операция;\$  
 3-6 соат;\$  
 6-9 соат;\$  
 12 соатгача#  
 11.28. Меккел дивертикулини жойлашиш жойи:\$  
 илеоцекал бурчакдан 80-100 см. гача; \$  
 илеоцекал бурчакдан 10-20 см.гача масофада;\$  
 Трейц боғламидан 80-100 см. дистал масофада;\$  
 илеоцекал бурчакдан 30-40 см. гача;  
 11.29. Ичаклар харакатини кучайтирувчи дори:\$  
 прозерин;\$  
 атропин сульфат;\$  
 магнезии сульфат;\$  
 новокаин.  
 11.30. Йугон ичак таъсирланиш синдроми:

A. \* хамма жавоб тугри

B. Умумий папуляциянинг 14-30% (болалар ва усмирларда кам учрайди)

C. Касалликнинг усиши- йилига % 30-40 ёшлиларда касаллик энг кам учрайди

D. Купрок аёлларда учрайди (3:1)

12 –  
мавзу

**Гепатомегалия. Жигарни метаболик зарарланиши. Коновалов - Вильсон касаллиги. Гемохроматоз. Гепатомегалия. Унг коринча етишмовчилигида, Бадди-Киари синдромини киесий ташхиси. Киёсий даволаш усуллари. Мехнатга яроклилигини аниклаш. Клиника. Ташхис. УАВ тактикаси. Профилактика.**

12.1. Кондаги умумий билирубинни нормал микдори:\$

8,5-20,5 мкмол/л\$

20,5-32,5 мкмол/л\$

8,5-20,5 мкмол/л\$

30,0-0 мкмол/л#.

12.2. Гепатопротекторлар гурухига кирмайдиган дорини курсатинг:\$

холензим\$

эссенциал-форте\$

легалон\$

карсил#.

12.3. Жигар циррози диагностикасида куйидалилардан кайси бири кулланилмайди\$

перорал холеграфия\$

Сканнирлаш\$

Жигар биопсияси\$

Лапароскопия#.

12.4. Куз ковокларда ривожланадиган ксамтомалар кон зардобида кайси моддалар купайишдан вужудга келади:\$

липидлар \$

аминотрансферазалар \$

оксиллар \$

минераллар #.

12.5. Вильсон-Коновалов касаллигининг асосий симптоми хисобланади:\$

марказий нерв системаси ва жигарни шикастланиши\$

талок ва жигарни шикастланиши\$

ошкозон ости беши ва жигар шикастланиши\$

ичак ва талок шикастланиши#.

12.6. Портал гипертензия синдроми учун характерли булмаган белги: \$

кизилунгач дивертикули\$

асцит\$

спленомегалия\$

венос коллатераллар#.

12.7. Жигар циррози асоратлари каторидаги хатони топинг.\$

миокард инфарктининг абдоминал формаси ривожланиши \$

кизилунгач веналаридан кон кетиши\$

портал гипертензия\$

тугри ичак веналаридан кон кетиши#.

12.8. Конда холестерин ошиши характерли \$

панкреатит\$

липоидли нефроз\$  
 жигар циррози\$  
 гломерулонефрит#.

12.9. Коновалов - Вильсон касаллигида асосий зарарланадиган аъзолар\$  
 жигар, буйрак, куз шох пардаси, мия\$  
 ошкозон, кизилунгач\$  
 йугон ичак, буйрак\$  
 тери, талок, куз шох пардаси#.

12.10. Вирусли гепатитларда холестатик синдром клиник белгилари биттасидан ташқари  
 А. \* артралгия  
 В. сариклик  
 С. тери пигментацияси  
 Д. тери кичиши, ксантелазма

12.11. Витамин В12 сурилади \$  
 Ингичка ичакда \$  
 ошкозонда \$  
 кундаланг чамбар ичакда \$  
 ун икки бармоқ ичакда#

12.12. Суткада одам организмида канча темир сурилади. \$  
 1,5-2 мг\$  
 4-5 мг\$  
 15-18 мг\$  
 8-9 мг #

12.13. Темир сурилишини кучайтиради\$  
 аскорбин кислотаси \$  
 хлорид кислота\$  
 углеводлар\$  
 Гастромукопротеидлар#

12.14. Томирлар эрозияси ва деструкцияси натижасида пайдо булган кон кетиши куйидагиларни  
 қайси бирига хос \$  
 уткир геморрагик панкреатит\$  
 уткир холецистит\$  
 уткир энтерит \$  
 дуоденит #

12.15. Тери пигментацияси, жигарнинг каттик булиши ва канд касаллигига хос белги\$  
 гемохроматоз\$  
 жигар циррози\$  
 сурункали гастрит\$  
 холецистит#

12.16. Ахлатни аҳолияси куйидаги к-ликка хос эмас \$  
 гемолитик камконлик \$  
 билиар цирроз \$  
 механик сариклик \$  
 ошкозон ости беши бошчаси ракида#

12.17. Упка васкулити, плеврит, ярали колит, тиреодит куйидаги гепатит турига хос \$  
 сурункали аутоиммун гепатит \$  
 сурункали персистирловчи гепатит \$  
 сурункали актив гепатит \$  
 реактив гепатит#

12.18. Портал жигар циррозидаги асосий белги \$  
 асцит, кизилунгачдан кон кетиш \$  
 тери кичиши \$

гепатомегалия \$  
спленоmegалия гиперспленизм билан #  
12.19. Жигар билиар циррозидаги асосий белги \$  
тери кичиши \$  
тана хароратининг ошиши \$  
ориклаш \$  
жигар катталашиши #  
12.20. Портал гипертензияга хос эмас \$  
артериал гипертония \$  
варикоз кенгайган коллатераллардан кон кетиши \$  
спленоmegалия \$  
коллатерал кон айланиши #  
12.21. Юрак тампонадаси характерланади \$  
Трансмурал миокард инфаркти \$  
ортопноэ \$  
пародоксал пульс \$  
гепатомегалия #  
12.22. Механик сариклик белгиларига кирмайди \$  
Талок катталашуви \$  
брадикардия \$  
огрик синдроми б-н бирданига бошланиши \$  
диспепсия #  
12.23. Механик сариклик белгиларига кирмайди \$  
Жигар пальпациясида огрик \$  
Талок катталашуви \$  
иситма\$  
нажас рангининг узгармаганлиги #  
12.24. Жигар циррозига характерли булмаган белги \$  
гиперальбуминемия \$  
спленоmegалия \$  
асцит\$  
ошкозон веналарининг варикоз кенгайиши #  
12.25. Жигар циррозида куп микдорда сийдик ажратилиши  
олиб келиши мумкин. \$  
гипотония \$  
гипоальбуминемия \$  
унг ковурга остида огрик \$  
гепатомегалия #  
12.26. Сув йукотилишини даволаш учун асосан нима буюрилади?\$  
регидрон\$  
эритромицин\$  
метронидазол\$  
анальгин А. \*  
12.27. Сувсизланишнинг 2 даражасида неча фоиз тана огирлиги  
камаяди?\$  
5-9%\$  
10-20\$  
20-30\$  
2-3%#  
12.28. Уткир диарея одатда неча кун давом этади?\$  
3 хафта\$  
3-7 КУН\$



14 кун\$

2 ой#

12.29. Гепатопротекторлар гурухига кирмайдиган дорини курсатинг:\$

холензим\$

эссенциал-форте\$

легалон\$

карсил#

12.30. Уткир диареяда кузатилади?\$

Сув ва тузнинг йуколиши\$

органик моддаларни йукотиш\$

глюкозани йукотиш\$

оксилни йукотиш#

13 –  
мавзу

**Гепатомегалияларнинг киёсий ташхиси (гепатомегалия билан кечувчи сурункали ва уткир инфекцион касалликлар: Боткин касаллиги, вирусли гепатит Е, С, лептоспироз, сарик иситма, инфекцион моноклеоз, тифопаратифоз инфекциялар, безгак) ва сурункали гепатитлар, циррозлар.**

13.1. Жигар циррозида кулланилмайдиган диагностик усул: \$

дуоденал зондлаш \$

УЗИ \$

Биопсия\$

сканнирлаш #.

13.2. Портал жигар циррозидаги асосий белги\$

асцит, кизилунгачдан кон кетиш\$

тери кичиши\$

гепатомегалия\$

спленомегалия гиперспленизм билан #.

13.3. Жигар билиар циррозидаги асосий белги\$

тери кичиши\$

тана хароратининг ошиши\$

ориклаш\$

жигар катталашиши#.

13.4. Кам симптомли ёки симптомсиз жигарни оз катталашиши ва лаборатор курсаткичларни сезиларли булмаган узгариши нима учун купрок хос \$

сурункали кайталанувчи гепатит \$

портал гипертензия\$

сурункали панкреатит\$

уткир холецистит#.

13.5. Кондаги умумий билирубинни нормал микдори:\$

8,5-20,5 мкмол/л\$

20,5-32,5 мкмол/л\$

8,5-20,5 мкмол/л\$

30,0-0 мкмол/л#

13.6. Гепатопротекторлар гурухига кирмайдиган дорини курсатинг:\$

холензим\$

эссенциал-форте\$

легалон\$

карсил#

13.7. Жигар циррози диагностикасида куйидалилардан кайси бири кулланилмайди\$

перорал холеграфия\$

Сканнирлаш\$

Жигар биопсияси\$

Лапароскопия#

13.8. Куз ковокларда ривожланадиган ксамтомалар кон зардобида кайси моддалар купайишдан вужудга келади:\$

липидлар \$

аминотрансферазалар \$

оксиллар \$

минераллар #

13.9. Вильсон-Коновалов касаллигининг асосий симптоми хисобланади:\$

марказий нерв системаси ва жигарни шикастланиши\$

талок ва жигарни шикастланиши\$

ошкозон ости беши ва жигар шикастланиши\$

ичак ва талок шикастланиши#

13.10. Жигар циррози асоратлари каторидаги хатони топинг. \$

миокард инфарктининг абдоминал формаси ривожланиши \$

кизилунгач веналаридан кон кетиши\$

портал гипертензия\$

тугри ичак веналаридан кон кетиши#

13.11. Тери пигментацияси, жигарнинг каттик булиши ва канд касаллигига хос белги\$

гемохроматоз\$

жигар циррози\$

сурункали гастрит\$

холецистит#

13.12. Иш кобилияти сусайиши, уйкусизлик, диспепсик холат, озиш, жигар хидининг огиздан

келиши кайси касалликда булади\$

жигар циррози\$

сурункали холецистит\$

яралли носпецифик колит\$

сурункали энтероколит#

13.13. Жигарни кайси зарарланишида глюкокортистероидлар энг самарали\$

сурункали аутоиммун гепатит\$

сурункали холестатик гепатит\$

сурункали персистирловчи гепатит\$

реактив гепатит#

13.14. Ахлатни ахолияси куйидаги к-ликка хос эмас \$

гемолитик камконлик \$

билиар цирроз \$

механик сариклик \$

ошкозон ости беши бошчаси ракида#

13.15. Упка васкулити, плеврит, яралли колит, тиреодит куйидаги гепатит турига хос \$

сурункали аутоиммун гепатит \$

сурункали персистирловчи гепатит \$

сурункали актив гепатит \$

реактив гепатит#

13.16. Портал жигар циррозидаги асосий белги \$

асцит, кизилунгачдан кон кетиш \$

тери кичиши \$

гепатомегалия \$

спленомегалия гиперспленизм билан #

13.17. Жигар билиар циррозидаги асосий белги \$

тери кичиши \$

тана хароратининг ошиши \$  
ориклаш \$  
жигар катталашиши #  
13.18. Коновалов - Вильсон касаллигида асосий зарарланадиган аъзолар\$  
жигар, буйрак, куз шох пардаси, мия \$  
ошкозон, кизилунгач\$  
ингичка ичак, ошкозон, бош мия \$  
тери, талок, куз шох пардаси#  
13.19. Портал гипертензияга хос эмас \$  
артериал гипертония \$  
варикоз кенгайган коллатераллардан кон кетиши \$  
спленомегалия \$  
коллатерал кон айланиши #  
13.20. Септик эндокардитга хос булмаган белги \$  
инфекцион анамнез, юрак патологияси \$  
жгут симптоми \$  
септикопиемия, септиемия\$  
жигар талок катталашуви нефротоксик синдромлар #  
13.21. Юрак тампонадаси характерланади \$  
Трансмурал миокард инфаркти \$  
ортопноэ \$  
пародоксал пульс \$  
гепатомегалия #  
13.22. Ут пуфаги проекциясида пальпацияланадиган огриксиз катталашиш ва сариклик кайси касаллик учун хос\$  
Умумий ут йули тоши \$  
Ут пуфаги раки \$  
Сурункали панкреатит\$  
Ут пуфаги йули тоши #  
13.23. Механик сариклик белгиларига кирмайди \$  
Талок катталашуви \$  
брадикардия \$  
огрик синдроми б-н бирданига бошланиши \$  
диспепсия #  
13.24. Механик сариклик белгиларига кирмайди \$  
Жигар пальпациясида огрик \$  
Талок катталашуви \$  
иситма\$  
нажас рангининг узгармаганлиги #  
13.25. Жигар циррозига характерли булмаган белги \$  
гиперальбуминемия \$  
спленомегалия \$  
асцит\$  
ошкозон веналарининг варикоз кенгайиши #  
13.26. Жигар циррозида куп микдорда сийдик ажратилиши олиб келиши мумкин. \$  
гипотония \$  
гипоальбуминемия \$  
унг ковурга остида огрик \$  
гепатомегалия #  
13.27. Сурункали колит энгил кечишига характерли, 1 тасидан ташкари\$  
ич кетиши ва кабзиятлардаврий алмашинуви\$  
симптомлар кам намоёнбулади\$

умумий ахволи коникарли\$  
иситма, калтираш, бош огриши\$  
барчаси тугри#

13.28. . Сурункали колитни ташхислашда катта ахамиятга эга булган текшириш усули:\$  
колоноскопия\$

нажасни яширин конга текшириш\$  
физикал\$

нажасни микробиологик текшириш#

13.29. Сурункали панколит ва йугон ичак ракини дифференциал ташхислашда энг амиятли:\$  
ирригоскопия\$

ректороманоскопия\$

ошкозон ичак тракти рентгеноскопияси\$

корин бушлигининг умумий рентгенографияси#

13.30. сурункали энтеритда ич кетиш характери \$

Кашасимон, куплаб нажас \$

Мелена \$

Овкат егандан кейин дархол чакириклар б-н \$

Шиллик аралаш #

14 –  
мавзу

**Сарикликларнинг қиёсий ташхиси. Сариклик. Таснифи. Сабаблари. Гемолитик сариклик билан кечувчи касалликларнинг қиёсий ташхиси: Минковский-Шаффар касаллиги, наслий микросфероцитоз, наслий стомацитоз, 6-глюкозо-фосфат дегидрогеназа дефицитли наслий гемолитик камконлик, талассемия, тунги пароксизмал гемоглобинурия, аутоиммун гемолитик камконлик. Консти-туционал сариклик билан кечадиган касалликларни қиёсий ташхиси: Жильбер синдроми, Криглер-Наяр синдроми, Дубин-Жонсон синдроми, Ротор синдроми. УАВ тактикаси. Мутахассислар маслахатига курсатмалар. Касаллигига караб қиёсий даволаш. Стационарда даволашга курсатма.**

14.1. Обтурацион сариклик учун характерли \$

Ишкорий фосфатазининг ошиши \$

Протромбин индексининг ошиши \$

Кислотали фосфатазининг ошиши \$

Аланинаминотрансферазининг ошиши #.

14.2. Ут пуфаги проекциясида пальпацияланадиган огриксиз катталашиш ва сариклик қайси касаллик учун хос\$

Умумий ут йули тоши \$

Ут пуфаги раки \$

Сурункали панкреатит\$

Ут пуфаги йули тоши #.

14.3. Сурункали панкреатитнинг асосий сабабларига кирмайди \$

гиперпаратеридизм \$

сурункали алькоголизм\$

ут йуллари касалликлари \$

катта дуоденал сургич касалликлари #.

14.4. Сарик рангга буялиш склерадан бошка яна қайси аъзода эртарок бошланади \$

лунж шиллик кавати\$

склеранинг узида\$

кафтда\$

ковокларда#.

14.5. Золлингер-Элиссон синдроми билан бирга келувчи усма купинча каерда жойлашади\$  
ошкозон пилорик кисмида\$

ошкозон ости беги тана кисмида\$

ошкозон ости беги дум кисмда \$

ошкозон кардиал кисмида#.

14.6. Жигар касалликларида кузатиладиган холестатик синдромга нима хос эмас\$

Рангсиз сийдик\$

ксантома, ксантелазма\$

Тук рангли сийдик\$

конда холестерин богланган билирубин ошиши #.

14.7. Яхши кечадиган Жильбер билирубинемияси асосий белгиси \$

конъюгацияланган билирубиннинг конда тупланиши \$

конъюгацияланмаган билирубиннинг конда тупланиши\$

богланган билирубиннинг ошиши\$

Озод билирубин ошиши#.

14.8. Ут чикариш йуллари патологиясини диагностик текширишнинг энг маълумотли усули\$

холангиография \$

физикал текшириш\$

ФГС\$

лапароскопия#.

14.9. Бемор М.-7 ёшда тери кичишидан шикоят килади. Жигари 4см, урта зичликда, кирраси юмалок, талок ковурга равоги буйлаб. Богланган билирубин 7,2 ммоль/л, ишкорий фосфатаза анча ошган, гиперхолестеринемия, АЛТ-0.32ммоль/л, ташхис \$

Билиар жигар циррози\$

постнекротик жигар циррози\$

портал жигар циррози\$

жигар эхинококкози#.

14.10. Кизилунгач веналарининг варикоз кенгайишида кон кетганда шошилинич ёрдамга кирмайди \$

ацетилсалицилат кислота\$

Блекмор зондини куллаш \$

лазерли коагуляция\$

дицинон#.

14.11. Кам симптомли ёки симптомсиз жигарни бироз катталашиши ва лаборатор курсаткичларни сезиларли булмаган узгариши нима учун купрок хос \$

сурункали кайталанувчи гепатит \$

портал гипертензия\$

сурункали панкреатит\$

уткир холецистит#.

14.12. Бемор аёл. 32 ёшда. 10 йилдан буён касал. Бир неча кун олдин сабзавот ва ёгли шурва ичгандан кейин бир кеча – кундузда 8-10 марта суюк пуфакчали нажас чикишга, киндик атрофида огрик ва дам булишига шикоят килади 8кг озган. \$

сурункали энтероколит\$

сурункали энтерит\$

сурункали колит\$

ут тош касаллиги#.

14.13. Бемор 3.10 ёшда аёл охирги 2 йил мобайнида унг ковурга остида шиддатли огрик хуружига, кунгил айниш, кусиш, хароратнинг кутарилиши, саргайиш пайдо булишига шикоят килади.

Пайпаслаганда унг ковурга остида огрик, Мюссе белгиси мусбат. Кайси дорилар берилади.\$

спазмолитиклар, антибиотиклар\$

антибиотиклар, биостимуляторлар\$

биостимуляторлар, анальгетиклар\$

сульфаниламидлар, анальгетиклар#.

14.14. Бемор аёл, ёшда, 6 йил давомида ёгли ва ковурилган овкатларни егандан сунг унг ковурга остида огрик хуружидан азоб чекади. Охирги хафтада огриклар шиддат б-н безовта килган. 3 кундан сунг кузининг ок пардаси (склера) ва териси саргайган \$

ут-тош касаллиги\$

холецистит\$

жигар ичи холестази\$

сурункали гепатит#.

14.15. Аёл 45 ёшда, унг ковурга остида огрик, бир неча кундан буён терисининг саргайганлигига шикоят килади. Анамнезида унг ковурга остидаги огрик хуружи бир неча марта булган. Конда лейкоцитлар  $10 \cdot 10^9$ -л, ЭЧТ 20 мм-с, ишкорий фосфатаза 314 бир. умумий билирубин 45 ммоль/л \$

сурункали холецистит \$

сурункали актив гепатит \$

панкреатит\$

жигар циррози#.

14.16. Паренхиматоз сариклик учун хусусиятсиз \$

гиперферментемия\$

богланмаган билирубиннинг ошиши\$

гепатоспленомегалия\$

жигарнинг нормал улчамлари #.

14.17. Жигар ташкараси холестази учун хусусиятсиз\$

гиперхолестеринемия\$

ишкорий фосфатаза фаоллигининг ошиши \$

ахлатда стеркобилининг камайиши \$

Богланган билирубиннинг конда ошиши #.

14.18. Кон зардобида аминотрансфераза (АЛТ, АСТ) ларнинг фаоллиги жуда куп ошади\$

паренхиматоз сарикликда\$

гемолитик сарикликда\$

механик сарикликда\$

барчасида #.

14.19. Сийдикда уробилиноген микдорининг жуда мул булиши хусусиятли \$

гемолитик сарикликда\$

механик сарикликда\$

паренхиматоз сарикликда\$

Жильбер синдромида#.

14.20. Ишкорий фосфатаза доимо узгармайди\$

механик сарикликда\$

паренхиматоз сарикликда\$

гемолитик сарикликда\$

сфинктер Одди стриктурасида #.

14.21. Сийдикда билирубиннинг куп булиши хусусиятли \$

гемолитик сарикликда\$

механик сарикликда\$

паренхиматоз сарикликда \$

Дубин - Джонсон синдромида #.

14.22. Денолнинг таъсир этиш механизми\$

репаратив\$

антибактериал\$

антацид\$

Н АТФ азаси ферменти ингибиторлари#.

14.23. Ут пуфагини ультратовуш билан текшириб бахоланмайди \$

ут таркиби\$

ут пуфаги улчамлари\$  
 ут пуфаги жойлашуви\$  
 ут пуфагида ут тош борлиги #.  
 14.24. Сурункали холециститнинг хуруж даврида лаборатор курсаткичларга кирмайди \$  
 Лейкопения, ЭЧТнинг пасайиши\$  
 Лейкоцитоз, ЭЧТнинг кутарилиши\$  
 Эозинофилия, лейкоцитоз \$  
 Лейкопения, ЭЧТнинг кутарилиши #.  
 14.25. Сурункали холециститга хос булмаган белгини курсатинг \$  
 Шеткин-Блумберг симптоми\$  
 Мерфи симптоми\$  
 Мендел симптоми\$  
 Курвуазье симптоми#.

14.26. Сурункали холециститга хос булмаган огрик \$  
 чап елкага ва курак сохасига огрикнинг таркалиши \$  
 Егли овкатдан кейин огрикнинг кучайиши \$  
 унг елкага огрикнинг таркалиши \$  
 огрик хуружи #.

14.27. Конда холестерин ошиши характерли \$  
 панкреатит\$  
 липоидли нефроз\$  
 жигар циррози \$  
 гломерулонефрит#.

14.28. Портал гипертензияга хос эмас \$  
 артериал гипертония \$  
 варикоз кенгайган коллатераллардан кон кетиши \$  
 спленомегалия \$  
 коллатерал кон айланиши #.

14.29. Циррознинг киЕсий ташхисоти ва жигар ракида кандай текширишнинг ахамияти йук \$  
 рентгенография \$  
 лапороскопия \$  
 селектив ангиография \$  
 радиоизотоп сканерлаш #.

14.30. Тери пигментацияси, жигарнинг каттик булиши ва канд касаллигига хос белги\$  
 гемохроматоз\$  
 жигар циррози\$  
 сурункали гастрит\$  
 холецистит#.

15 – мавзу

**Холестатик (механик) сариклик билан кечадиган касалликларнинг киёсий ташхиси: жигардан ташкари: холангит, холедохолитиаз, ут йули стриктураси, ут йули раки, ошкозон ости беши бошчасининг раки, ут пуфаги раки, аскаридоз. жигар ичи: дорили холестаза, бирламчи жигар циррози, иккиламчи жигар циррози, жигар хосилалари. УАВ тактикаси. Мутахассислар маслахати учун курсатмалар. Касаллик турига караб киёсий даволаш. Шифохонага ёткизиш учун курсатамалар.**

15.1. Жигар циррозида куп микдорда сийдик ажратилиши олиб келиши мумкин. \$

гипотония \$  
гипоальбуминемия \$  
унг ковурга остида огрик \$  
гепатомегалия #.  
15.2. Бирламчи билиар цирроз учун характерли эмас. \$  
Холестериннинг камайиши \$  
Тери кичиши \$  
Ишкорий фосфатазанинг ошиши\$  
ксантелазма #.  
15.3. Жигар циррозига характерли булмаган белги \$  
гиперальбуминемия \$  
спленомегалия \$  
асцит\$  
ошкозон веналарининг варикоз кенгайиши #.  
15.4. Механик сариклик белгиларига кирмайди \$  
Жигар пальпациясида огрик \$  
Талок катталашуви \$  
иситма\$  
нажас рангининг узгармаганлиги #.  
15.5. Механик сариклик белгиларига кирмайди \$  
Талок катталашуви \$  
брадикардия \$  
огрик синдроми б-н бирданига бошланиши \$  
диспепсия #.  
15.6. Жигар патолгиясида холестатик синдром индикатори хисобланмайди \$  
Ишкорий фосфатаза камайиши \$  
Конъюгирланган билирубин хисобига гипербилирубинемия \$  
Ишкорий фосфатаза ошиши \$  
Холестерин микдорининг ошиши #.  
15.7. Жигар патолгиясида мезенхимал яллигланиш синдроми индикатори хисобланмайди\$  
Бромсульфолеин пробаси \$  
АлТ \$  
ЛДГ \$  
Тимол пробаси #.  
15.8. Жигар патолгиясида холестатик синдром индикатори хисобланади \$  
Ишкорий фосфатаза \$  
АлТ \$  
ЛДГ \$  
Тимол пробаси #.  
15.9. Конда ишкорий фосфатаза микдорининг ортиши купрок характерли \$  
Фатеров сургичи ракида\$  
Простата бези ракида \$  
Инфекцион паротитда \$  
12 бармок ичак яраси перфорациясида #.  
15.10. Умумий ут йулининг тош билан беркилишида характерли \$  
Конда холетерин микдорининг 6 ммоль/л дан ортиши \$  
АЛТнинг 10 мкмоль/л гача ортиши\$  
Конда богланмаган билирубин микдорининг ортиши \$  
Сийдикда уробилин микдорининг ортиши #.  
15.11. Холестатик синдромни клиник белгиларга хос эмас \$  
асцит \$  
сариклик\$



тук рангли сийдик\$  
 ксантома ксантелазма#.

15.12. Сурункали холециститнинг кузиш даврига хос булмаган симптом \$  
 бош огриги \$  
 огиз аччик булиши \$  
 астенизация \$  
 огрик #.

15.13. Тери пигментацияси, жигарнинг каттик булиши ва канд касалигига хос белги \$  
 гемохроматоз \$  
 жигар циррози \$  
 гепатит \$  
 холецистит#.

15.14. Сурункали холециститдаги обструктив синдромда кайси пр-т кабул килинмайди \$  
 ут хайдовчи препаратлар\$  
 антибиотиклар \$  
 биостимуляторлар \$  
 нитрофуран группаси препаратлари#.

15.15. Иш кобилияти сусайиши, уйкусизлик, диспепсик холат, озиш, жигар хидининг огиздан келиши кайси касалликда булади\$  
 жигар циррози\$  
 сурункали холецистит\$  
 ярали носпецифик колит\$  
 сурункали энтероколит#.

15.16. Сурункали панкреатит асоратларига хос эмас\$  
 уткир миокард инфаркти\$  
 кандли диабет\$  
 жигар циррози\$  
 талок венаси тромбози#.

15.17. Холестатик синдромни клиник белгиларига хос эмас:\$  
 нажасни корайиши\$  
 тери кичиши\$  
 сариклик\$  
 терида ксантелезмалар#.

15.18. Ортнер симптоми кайси касаллик учун хос? \$  
 уткир холицистит \$  
 сурункали панкреатит \$  
 сурункали гастрит \$  
 уткир гастроэнтерит #.

15.19. Сурункали пиелонефрит хуружи у-н характерли\$  
 Иситма \$  
 Тери кичиши \$  
 Сийдик микдорининг камайиши\$  
 гиперурекемия #

15.20. Жигар патологиясида цитолитик синдром индикаторларига кирмайди \$  
 Ишкорий фосфатаза\$  
 АлТ \$  
 асТ \$  
 ЛДГ#

15.21. Обтурацион сариклик у-н характерли \$  
 Ишкорий фосфатазанинг ошиши \$  
 Протромбин индексининг ошиши \$  
 Кислотали фосфатазанинг ошиши \$

Аланинаминотрансферазанинг ошиши #

15.22. Эрталаб оғизда аччик таъм булиши, унғ ковурга ости соҳасидаги оғрикни унғ курак остига узатилиши ва кабзият қайси касаллиқга хос\$

сурункали холецистит\$

сурункали панкреатит\$

жигар эхинококкози \$

жигар циррози #

15.23. Жигар касаллиқларида кузатиладиган холестатик синдромга нима хос эмас\$

Рангсиз сийдик\$

ксантома, ксантелазма\$

Тук рангли сийдик\$

конда холестерин боғланган билирубин ошиши #

15.24. Яхши кечадиган Жильбер билирубинемияси асосий белгиси \$

конъюгацияланган билирубиннинг конда тупланиши \$

конъюгацияланмаган билирубиннинг конда тупланиши\$

боғланган билирубиннинг ошиши\$

Озод билирубин ошиши#

15.25. Ут чиқариш йуллари патологиясини диагностик текширишнинг энг маълумотли усули\$

холангиография \$

физикал текшириш\$

ФГС\$

лапароскопия#

15.26. Бемор М-7 ёшда тери кичишидан шикоят қилади. Жигари 4см, урта зичликда, кирраси юмалок, талок ковурга равоги буйлаб. Боғланган билирубин 7,2 ммоль/л, ишқорий фосфатаза анча ошган, гиперхолестеринемия, АЛТ-0.32ммоль/л, ташхис \$

Билиар жигар циррози\$

постнекротик жигар циррози\$

портал жигар циррози\$

жигар эхинококкози#

15.27. Кизилунгач веналарининг варикоз кенгайишида кон кетганда шошилиш ёрдамга кирмайди \$

ацетилсалицилат кислота\$

Блекмор зондини куллаш \$

лазерли коагуляция\$

дицинон#

15.28. Кам симптомли ёки симптомсиз жигарни биров катталашиши ва лаборатор курсаткичларни сезиларли булмаган узғариши нима учун купрок хос \$

сурункали кайталанувчи гепатит \$

портал гипертензия\$

сурункали панкреатит\$

уткир холецистит#

15.29. Бемор 3. 10 Ешли. аёл охирги 2 йил мобайнида унғ ковурга остида шиддатли оғрик хуружига, кунгил айниши, қусиш, хароратининг кутарилиши, саргайиш пайдо булганидан шикоят қилади. Пайпаслаганда унғ ковурга остида оғрик, Мюссе белгиси мусбат. Ташхис

куйинг \$

ут-тош касаллиги\$

сурункали панкреатит\$

12 б. и. яра касаллиги \$

сурункали гепатит #

15.30. Сурункали гепатитнинг энг куп учрайдиган сабаби \$

вирусли гепатит\$

уткир панкреатит \$

ут-тош касаллиги\$

16 –  
мавзу

**Жигар сариклиги билан кечадиган касалликларнинг киесий ташхиси: вирусли гепатит (А,В,С,Д,Е), криптоген, аутоиммун, дори воситали, токсик, алкоголи гепатитлар, жигар циррози. \*\*\* Инфекцион касалликлар (сарик исистма, инфекцион моноклеоз, сальмонеллез, сепсис, бруцеллез, лептоспироз, Васильев - Вейл касал-лиги, орнитоз, эпидемик паротит, ичак иерсинози), паразитар касалликлар: описторхоз, фасциалёз, аскаридоз, эхинококк, амебиаз, токсоплазмоз. УАВ тактикаси.**

16.1. Кайси гипотензив восита уткир дорили гепатит келтириб чикариши мумкин. \$

допегит \$

нифедипин \$

эналаприл \$

резерпин #.

16.2. Жигар патологиясида цитолитик синдром индикаторларига кирмайди \$

Ишкорий фосфатаза\$

АлТ \$

асТ \$

ЛДГ#.

16.3. Билиар инфекцияни даволашда кулланилмайди \$

линкомицин \$

сульфаниламидлар \$

аминогликозидлар \$

цефалоспоринлар #.

16.4. . Сурункали гепатитнинг энг куп учрайдиган сабаби \$

вирусли гепатит\$

уткир панкреатит \$

ут-тош касаллиги\$

холестаз#.

16.5. Кизилунгач ва геморраидал веналарини варикоз кенгайиши, caput medusae, асцит, каттик

жигар, кирралари уткирлашган куйидаги кайси касалликка хос: \$

жигар циррози\$

жигар абсцесси\$

жигар раки\$

жигар эхинококкози#.

16.6. Жигар циррозида гормонал бузилишлар белгисига кирмайди \$

стрии \$

телеангиоэктазия\$

гинекомастия \$

Ксантелазмалар #.

16.7. Жигар циррозида беморнинг ташки куруниши учун хос эмас \$

"Facies nepriticus" \$

кафт эритемаси \$

гемангиоэктазия\$

"Caput medusae"#.

16.8. Алкоғолли жигар циррозини даволашда ишлатилмайди \$

антикоагулянтлар\$

диуретиклар \$  
оксил препаратлар\$  
витами́нлар#.

16.9. Сурункали панкреатитнинг огрикли турида хос белги хисобланади \$  
"Белбог шаклида " огрик, метеоризм, диарея \$  
киндик атрофида огрик, метеоризм \$  
диарея, унг елкага таркалувчи огрик \$  
ут билан кусиш, температурани кутарилиши #.

16.10. Уткир киррали, катталашган каттик жигар, катталашган талок, телеангиоэктазия, кафт эритемаси куйидаги касалликка хос\$  
жигар циррози \$  
жигар абсцесси\$  
реактив гепатит \$  
сурункали персистирловчи гепатит#.

16.11. Урта даражада кон кетиши учун хос булмаган белги \$  
кон босимининг кутарилиши, брадикардия \$  
терисини окариши, тахикардия \$  
кон босимининг пасайиши \$  
бош айланиши кучайиб борувчи холсизлик#.

16.12. Куйидагилардан кайси бири Мэллори-Вейс синдромининг сабаби хисобланмайди \$  
вирусли инфекция \$  
алкоголизм \$  
дорилардан захарланиш \$  
корин бушлиги босимининг ошиши #.

16.13. Панкреатитнинг асосий этиологик омилига киради \$  
ут йуллари касалликлари ва алкоголизм \$  
Овкатдан захарланиш \$  
дорилардан захарланиш \$  
организмнинг совук котиши #.

16.14. Жигарни кайси зарарланишида глюкокортистероидлар энг самарали \$  
сурункали аутоиммун гепатит \$  
сурункали холестатик гепатит \$  
сурункали персистирловчи гепатит #.

16.15. Сурункали аутоиммун гепатитни даволашда энг самарали дори\$  
кортикостероидлар \$  
В-гурухли витаминлар\$  
ЛИВ 6 \$  
эссенциале форте#.

16.16. Алькоголли гепатитни даволашда самарали дори\$  
гепатопротекторлар \$  
антибиотиклар\$  
сульфаниламидлар\$  
кортикостероидлар#.

16.17. Гектик иситмалаш, унг ковурга равоги остидаги каттик огрик, нейтрофилёз, лейкоци-тоз ва ЭЧТ тезлашиши купрок нимага хос \$  
жигар абсцесси\$  
жигар циррози \$  
сурункали холецистит\$  
гепатит#.

16.18. Иш кобилияти сусайиши, уйкусизлик, диспепсик холат, озиш, жигар хидининг огиздан келиши кайси касалликда булади \$  
жигар циррози \$

сурункали холецистит \$  
ошкозон ва 12 баомок ичак яраси\$  
сурункали энтероколит#.

16.19. Асаб азосининг бузилиши, куз шох пардасидаги яшил – жигар ранг дог, бироз (уртача)  
спленомегалия куйидаги к-кка хос \$  
Коновалов- Вильсон касаллиги \$  
жигар циррози \$  
гепатит \$  
ошкозон ва 12 бармокли ичак яраси #.

16.20. Жигар билиар циррозидаги асосий белги \$  
тери кичиши \$  
тана хароратининг ошиши \$  
ориклаш \$  
жигар катталашиши #.

16.21. Портал жигар циррозидаги асосий белги \$  
асцит, кизилунгачдан кон кетиш \$  
тери кичиши \$  
гепатомегалия \$  
спленомегалия гиперспленизм билан #.

16.22. Упка васкулити, плеврит, ярали колит, тиреодит куйидаги гепатит турига хос \$  
сурункали аутоиммун гепатит \$  
сурункали персистирловчи гепатит \$  
сурункали актив гепатит \$  
реактив гепатит#.

16.23. Ахлатни ахолияси куйидаги касалликка хос эмас \$  
гемолитик камконлик \$  
билиар цирроз \$  
механик сариклик \$  
ошкозон ости беши бошчаси ракида #.

16.24. Гемохроматоз касаллигида лаборатор тахлилига хос эмас белги \$  
кон зардобиди холестерин микдорининг купайиши \$  
кон зардобиди ферритин микдорининг купайиши \$  
жигар биоптатида темир моддасининг тупланиши \$  
кон зардобиди темир микдорини купайиши #.

16.25. Жигарни кайси зарарланишида глюкокортистероидлар энг самарали\$  
сурункали аутоиммун гепатит\$  
сурункали холестатик гепатит\$  
сурункали персистирловчи гепатит\$  
реактив гепатит#.

16.26. Сурункали аутоиммун гепатитни даволашда энг самарали дори\$  
кортикостероидлар\$  
В-гурухи витаминлари\$  
эссенциал форте\$  
кокарбоксилаза #.

16.27. Упка васкулити, плеврит, ярали колит, тиреодит куйидаги гепатит турига хос\$  
сурункали аутоиммун гепатит\$  
сурункали персистирловчи гепатит\$  
сурункали актив гепатит\$  
реактив гепатит#.

16.28. Алькоголли жигар циррозини даволашда ишлатилмайди \$  
антикоагулянтлар\$  
диуретиклар\$

оксил препаратлар\$  
витаминылар#.  
16.29. Сурункали пиелонефрит хуружи у-н характерли\$  
Иситма \$  
Тери кичиши \$  
Сийдик микдорининг камайиши\$  
гиперурекемия #

## **Терапия фанига оид укув услубий адабиётлар ва электрон таълим ресурслари руйхати:**

### **Асосий адабиётлар:**

1. Воробьев. Справочник практического врача в 2-х томах, 1990.
2. Вудли М., А.Узлан. Терапевтический справочник Вашингтонского Университета. Практикум, 1995.
3. Гроер К., Каваларро Д. «Сердечно-легочная реанимация», М., Практика. 1996
4. Денисов И.Н. Справочник-путеводитель практикующего врача от «А» до «Я». ГЭОТАР, Медицина., Москва. 1999.
5. Комаров Ф.И. Диагностика и лечение внутренних болезней. Руководство для врачей в 3-х томах, М, Медицина, 1998
6. Матвиенко Г.П. Клиническая диагностика. Справочное пособие для семейного врача. Минск, Беларусь, 1999
7. Дж. Мерта. Справочник врача общей практики. Перевод с английского. Практика.Москва.1998г
8. Мурашко В.В. Струбинский А. В.Электрокардиография. Москва. Медицина. 1987 г.
9. Никитин Ю.П. «все по уходу за больным в больнице и дома», ГЭОТАР, М.Медицина.,1998
10. Окорочков А.Н. Лечение болезней внутренних органов в 4-х томах. Москва. Медицинская литература.1999.
11. Ригельман «Как избежать врачебных ошибок?». 1994 г. М. Практикум.
12. Сенфорд «Антимикробная терапия». 1996 г. М. практикум.
13. Симбирцев С.А. «Общая врачебная практика». 1996 г. II том. Санкт-Петербург.
14. Сыркин А.Л. Инфаркт миокарда. Медицинское информационное агентство. Москва. 1998 г.
15. Фрида М. и Грайнса С. Руководство по кардиологии в таблицах и схемах. М. 1966. Практикум.
16. Чиркин А.А., Окорочков А.Н., Гончарик И.И. «Диагностический справочник терапевта». Беларусь. 1993.
17. Чучалин А.Г., «Терапия», 1996 г.

### **Кўшимча адабиётлар:**

18. Альперт Ф.И. «Лечение инфаркта миокарда», 1996 г.
19. Машковский «Лекарственные средства», 1996 г.
20. Тейлор Д. «Трудный диагноз», М., 1995 г.
21. Хеглин Р. «Дифференциальная диагностика внутренних болезней». М. 1997 г., 8-том.
22. Дон Х. «Принятие решения в интенсивной терапии». I-II том. М. «Медицина», 1995 г.
23. Денисов И.Д. Энциклопедия клинического обследования больного, ГЭОТАР, Москва, Медицина.1998
24. Затурофф «Симптомы внутренних болезней». М., 1997 г. Практикум.

25. Мартин А.И. Интенсивная терапия, Мир, М., 1997.
26. Мерк, Шарп, Доум «Руководство по медицине» - 2 тома, «Мир», 1997 г.
27. Беркоц Р. «Руководство по медицине», I-II том, М. 1997
28. Гогин Е.Е. Гипертоническая болезнь: новое в диагностике и лечении. Москва. 1997 г.
29. Федеральное руководство для врачей по использованию лекарственных средств. Выпуск I, М., 2002
30. Комаров Ф.И., Кукис В.Г., Сметнев А.С. Внутренние болезни. М., Медицина, 1990.
31. Джон. Дж. Барлетт. Инфекции дыхательных путей. Москва. Санкт-Петербург.2000,
32. Ллойд М. Найхус, Джозеф М. Вителло, Роберт Э.Конден. Боль в животе. Москва, 2000 г.
33. Питер Р. Мак нелли. Секреты гастроэнтерологии. Москва, Санкт-Петербург, 2001.
34. Дональд Е., Храйчик, Джон Р.Седор, Майкл Б.Ганц. Секреты нефрологии. Москва, Санкт-Петербург,2001

#### **Электрон таълим ресурслари**

- [www.doktor.ru](http://www.doktor.ru), [www.medinfo. home.ml.org](http://www.medinfo.home.ml.org)
- <http://www.restart-med.ru>
- <http://www.mirmed.ru>
- [www. aapmr.org](http://www.aapmr.org), [www.alhealth.com](http://www.alhealth.com), [www.docguide.com](http://www.docguide.com), [www.healthweb.com](http://www.healthweb.com), [www.acsm.org](http://www.acsm.org), [www.apta.org](http://www.apta.org),
- [www.physsportmed.com](http://www.physsportmed.com),
- [www.buxdti@buxdtu.uz](mailto:www.buxdti@buxdtu.uz), [www.isinet.com](http://www.isinet.com), [www.cochrane.org](http://www.cochrane.org), [www.ustoz.com](http://www.ustoz.com)

#### **Адабиётларнинг АРМ даги электрон версияларининг рўйхати**

1. Ливенсон А.Р.Электромедицинская аппаратура.1981.djvu
2. Клиническая диагностика болезней суставов.
3. Гипертоническая болезнь.
4. Нарушения липидного обмена.
5. Основы электрокардиографии.

#### **Ўқув фильмлари:**

1. «Шошилинич ҳолатларда ёрдам кўрсатиш»;
2. «Шифокор бўлмаган жойда».

#### **УАВ фани бўйича янги адабиётлар рўйхати.**

1. Федеральное руководство для врачей по использованию лекарственных средств. Выпуск I, М., 2002
2. Джон. Дж. Барлетт. Инфекции дыхательных путей. Москва. Санкт-Петербург.2000,
3. Ллойд М. Найхус, Джозеф М. Вителло, Роберт Э.Конден. Боль в животе. Москва, 2000 г.
4. Питер Р. Мак нелли. Секреты гастроэнтерологии. Москва, Санкт-Петербург, 2001.
5. Дональд Е., Храйчик, Джон Р.Седор, Майкл Б.Ганц. Секреты нефрологии. Москва, Санкт-Петербург,2001
6. Стерлинг Дж. Вест. Секреты ревматологии. Москва, Санкт-Петербург,2001
7. Даминов Т.О., Гадаев А.Г. и др. «Современные методы обучения и контроля знаний в подготовке врача общей практики», Ташкент,2002 г.

#### **УАВ фани бўйича чоп этилган дарслик; услубий – ўқув қўлланмалар рўйхати.**

- Современные подходы в подготовке врачей общей практики. Ахмедов Р.М. Шарипова Н.Ж. 2007
- Умумий амалиёти врачлари амалиётида замонавий ёндашувлар. Ахмедов Р.М. Шарипова Н.Ж. 2009
- Тестлар туплами. Шарипова Н.Д. Жураева Х.И. ва бошқалар. 2005
- Соғлиқни сақлаш бирламчи бугинида хисобот ишларини юритиш бўйича хужжатлар.

- Шарипова Н.Д. Бадритдинова М.Н. ва бошкалар, 2005
- Ичак синдромида УАВ тактикаси. Шарипова Н.Д. Жабборова М.Б. 2005
  - Сариклик синдромида УАВ тактикаси. Байханова М.Б. Жарылкосимова Г.Ж. 2005
  - Объектив тизимли клиник имтихон. Шарипова Н.Д. Абдулхаков И.У 2004
  - Педиатрияда даволаш стандартлари. Шарипова Н.Д. Абдулхаков И.У 2004
  - Уткир учокли зотилжам этиологияга боглик холда клиник кечиши. Киёсий ташхислаш. УАВ тактикаси. Шошилинич ёрдам. Шарипова Н.Д. Султонов М.Б. Асроров А.А. Тоиров М.Ш. 2004
  - Уткир зотилжам, крупоз зотилжамнинг клиник кечиши, асоратлари, киёсий ташхисоти. Шарипова Н.Д. Султонов М.Б. Асроров А.А. Абдулхаков И.У. 2004
  - Уткир зотилжамни комплекс даволаш. Шарипова Н.Д. Асроров А.А. 2004
  - «Оила хамшираси» тайёрлаш буйича кулланма. Шарипова Н.Д. Бадритдинова М.Н ва бошкалар. 2003
  - Беморларнинг клиник текшириш куникмалари. Шарипова Н.Д.
  - Жураева Х.И. Тоиров М.Ш. 2002
  - Диагностика и лечение по точкам носа в практике врача общей практики. Шарипова Н.Д. Асроров А.А. Юлдашева Р.У. Кароматов И.Д. 2002
  - Оиланинг саломатлик паспорти. Шарипова Н.Д. Саидова Л.Б. Байханова М.Б. 2000
  - Бронхиальная астма- современное состояние в вопросе. Шарипова Н.Д 1998
  - Основы электрокардиографии для врачей общей практики. Бабаджанов М.Н, Раджабов О.А. Шарипова Н.Д. 1997.
  - Лечение острой диареи у детей. Махмудов О.С. Шарипова Н.Д. 1995

#### **Гастроэнтерология фанига тегишли кўргазма жихозлар рўйхати.**

- Гастроэнтерологик манекенда диагностика;

#### **Гастроэнтерология фанига тегишли мультимедиалар рўйхати.**

- Эндоскопик текшириш ш.ppt
- Диарея.
- Диета больных.ppt
- Диетология в практике ВОП=Саидова Л.Б..ppt
- Диетология продолжение=Саидова Л.Б..ppt
- Дисфагия.ppt
- Дифференциальная диагностика лихорадочных состояний.
- Жигарни ёғли дистрофияси.



<b>Мундарижа</b>	<b>бетлар</b>
Сўз боши	4-6
Фаннинг ўқув ва ишчи дастури	7-9
<b>Маъруза машғулоти</b>	22-68
1. Дисфагия ва ошқозон диспепсиясини қиёсий ташҳиси. УАВ тактикаси. Гастрит ва яра касалликларида даволашдаги замонавий ёндошиш. Бирламчи ва иккиламчи профилактикаси.	22-29
2. Қориндаги оғриқларни қиёсий ташҳиси. УАВ тактикаси.	30-38
3. Ичак дисфункциясида қиёсий ташҳислаш. Дисбактериоз. Энтерит ва колитларни замонавий даволаш услублари ва профилактикаси.	39-51
4. Гепатомегалияда қиёсий ташҳислаш. УАВ тактикаси. Гепатит ва циррозларни замонавий даволаш услублари ва профилактикаси.	52-57
5. Сарикликда қиёсий ташҳислаш. УАВ тактикаси.	58-68
<b>Амалий машғулоти</b>	69-160
1. Дисфагияларнинг қиёсий ташҳиси. УАШ тактикаси. Ихтисослаштирилган бўлимларда даволанишга кўрсатма. Дисфагияли беморларни диспансер кузатуви ва амбулатор даволаш. Мехнат қобилятини аниқлаш.	69-72
2. Ошқозон диспепсияларида қиёсий ташҳис. Гастритлар. Клиник – морфологик формалари, дуоденитлар. Операци қилинган ошқозон касаллиги. Хеликобактер ахамияти. Ошқозон диспепсияларида УАШ тактикаси Шифохонага ётқизиш учун кўрсатмалар. Диспансер кузатув. Ва амбулатор даволаш. Касалликнинг кечиш турига қараб амбулатор шароитида қиёсий даволаш.	73-77
3. Операция қилинган ошқозон касаллиги, Хеликобактер ахамияти. Ошқозон диспепсиясида УАВ тактикаси. Шифохонага ётқизиш учун кўрсатмалар. Диспансер кузатув ва амбулатор даволаш. Мехнатга лаёқатини аниқлаш.	78-81
4. Ичак функционал касалликларида қориндаги оғриқларнинг қиёсий ташҳиси. УАШ тактикаси. Ичак яллиғланиш касалликларида УАШ тактикаси. Госпитализацияга кўрсатмалар. Даволаш ва тез ёрдам чора - тадбирлари. Мехнатга яроқлилигини аниқлаш.	82-89
5. Қоринда оғриқ билан кечувчи ошқозон-ичак йўллари патологияси билан боғлиқ бўлмаган касалликларнинг қиёсий ташҳиси: Абдоминал эпилепсия даврий касаллик, ревматизм, геморрагик иситмалар, геморрагик васкулитлар антикоагулянтларни назоратсиз қабул қилиш, безгак, порфирия, тугунчали периаартериитлар.	90-93
6. “Ўткир қорин” клиникасини тасвирловчи кўкрак қафаси аъзолари касалликларининг ташҳиси ва қиёсий ташҳиси: микард инфаркти, преикардит, крупоз пневмония, плеврит. Тез ёрдам. Шифохонага ётқизиш учун кўрсатмалар.	93-98
7. Оператив даво талаб қилмайдиган қорин бўшлиғи аъзолари, қорин парда орти қорин девори касалликлари ташҳиси ва қиёсий ташҳиси: ўткир ва сурункали гастрит, шенлейн-генох касаллиги, буйрак касалликлари, қорин касалликлари, абдоминал пурпура, антикоагулянтларни назоратсиз қабул қилиш, қорин парда орти гематомаси, аорта аневризмаси ёрилиши, дисменореяни қиёсий ташҳиси. Тез ёрдам кўрсатиш, госпитализацияга кўрсатмалар.	99-105
8. Диареяларнинг қиёсий ташҳиси. Диарея хақида тушунча. Диареянинг патогенетик вариантлари (гиперсекретор, гиперосмоля, гипер ва гипо кинетик диареялар), клиник симптомлар ва ташҳис қўйиш.	106-110
9. Диарея билан кечувчи касалликларнинг қиёсий ташҳиси: Ферментопатия, экссудатив энтеропатиялар, уиппл, спру касаллиги, пеллагра. Дисбактериоз, дизентерия, сальмонеллез, таъсирланган ичак синдроми. УАШ тактикаси. Ичак дисфункциясини даволаш. УАШ тактикаси. Сурункали диареяларни этиологияси	110-116

ва механизмига қараб даволаш.	
10. Ичак яллиғланиши билан кечувчи касалликларнинг қиёсий ташхиси. Сурункали энтеритлар, колитлар, НЯК, крон касаллиги. Касаллик синдромлари ва кечиши, эрта ташхис қўйиш.	111-120
11. Қабзият синдромида қиёсий ташхис (таъсирланган ичак синдроми, колитлар, ўғон ичак ўсмалари, дивертикулёз, долихоколон) қабзиятларни даволаш. Мехнатга ярқилиликни аниқлаш.	121-128
12. Гепатомегалия жигарни метаболик зарарланиши. Коноваловғвильсон касаллиги, гемохроматоз гепатомегалия ўнг қоринча етишмовчилигида, Бадди-Киари синдромини қиёсий ташхиси, қиёсий даволаш усуллари, мехнатга ярқилиликни аниқлаш. Клиник ташхиси. УАШ тактикаси. Профилактика.	129-135
13. Гепатомегалия жигарни метаболик зарарланиши. Коноваловғвильсон касаллиги, гемохроматоз, гепатомегалия ўнг қоринча етишмовчилигида, Бадди-Киари синдромини қиёсий ташхиси, қиёсий даволаш усуллари, мехнатга ярқилиликни аниқлаш. Клиник ташхиси. УАШ тактикаси. Профилактика	136-144
14. Сарикликларнинг қиёсий ташхиси. Сабаблари, гемолитик сариклик билан кечувчи касалликларнинг қиёсий ташхиси. Минковский шаффар касаллиги наслий микросфероцитоз, наслийстомацитоз, 6-глюкоза фосфатдегидрогеназа етишмовчилиги наслий камқонлик ўртаер денгизи камқонлиги, талассемия, тунги пароксизмал гемоглобинурия, аутоиммун гемолитик камқонлик, конституционал сариклик билан бирга кечадиган касалликларни қиёсий ташхиси. Жильбер синдроми, криглар-Найра синдроми, Дабин-Джонсон синдроми, УАШ тактикаси. Мутахассислар маслаҳатига кўрсатма. Касаллигига кура қиёсий даволаш. Стационарда даволашга кўрсатма.	145-150
15. Холестатик, механик сарикликлар билан кечадиган касалликларнинг қиёсий ташхиси. Жигардан ташқари холангит, холедохолитиаз, ўт йўли стриктураси, ўт йўли раки ошқозон ости беши бошчасининг раки, ўт пуфаги раки, аскаридоз, жигар ичи дорилари, холестаза, бирламчи жигар мциррози, иккиламчи жигар циррози, жигар хосилалари УАШ тактикаси мутахассислар маслаҳати учун кўрсатмалар, касаллик турига кура қиёсий даволаш, шифохонага ётқизиш учун кўрсатмалар.	151-155
16. Жигар сариклиги билан кечадиган касалликларнинг қиёсий ташхиси: вирусли (А, В С, Д, Е), криптоген, аутоиммун, дори воситалари токсик, алкоғолли гепатитлар жигар циррози, инфекцион касалликлар. Сарик иситма. Инфекцион моноклеоз, сальмонеллёз, сепсис, бруцеллёз, лептоспироз, васильев-вейл касаллиги орнитоз, эпидемик паротит, ичак иерсиниози. Паразитар касалликлар: опимсторхоз, фасциолёз, аскаридоз, эхинококкоз, амебиаз, лямблиоз, токсоплазмоз УАШ тактикаси.	155-160
Амалий кўникмалар	160
ОН ва ЯН саволлари	160-162
Тест саволлари	163-214
Адабиётлар рўйхати	214-216
Мултимедиялар рўйхати	216
Мундарижа	217-218