

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 (Пульмонология)

(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.
т.ф.н., доц. Саидова Л.Б.

БухДТИ ўқув бўлими услубчиси: Жумаева Ш.Б.

Абу-Али Ибн сино номидаги Бухоро Давлат тиббиёт институтининг ўқув-методик кенгашининг 2019 йил “-----”июнь 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. Шунингдек, ушбу ўқув мажмуа умумий амалиёт врачларини қайта тайёрлаш курсларида ўқитиш учун мос келади. Ўқув услубий мажмуада нафас аъзолари тизими физиологияси, анатомияси ҳамда нафас олиш тизими касалликларининг келиб чиқиш сабаблари, патогенези, клиникаси, киёсий ташхислаши, даволаш ва профилактикаси тугрисида ёритилган.

Ўқув-услубий мажмуада ҳар бир маъруза ва амалий машғулот бўйича инновацион таълим технологиялари ишлаб чиқилган.

Ўқув-услубий мажмуа тиббиёт коллеж ўқитувчилари, тадқиқотчилар, илмий изланувчилар ва тиббиёт институтининг битирувчи бакалавр, ҳамда умумий амалиёт врачларини қайта тайёрлаш курсларида ўқитиш учун мўлжалланган.

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.
т.ф.н., доц. Саидова Л.Б.

I. СЎЗ БОШИ.

1.1. ЎҚУВ ЖАРАЁНИНИ МАҚСАДИ ВА ВАЗИФАЛАРИ.

Мақсад: Соғлиқни сақлашни бирламчи тизимида пульмонология 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 тизимида шароитида пульмонология 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. Пульмонология касалликлари 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. Меҳнатга яроқсизлик (вақтинча ва турғун)ни белгилаш. Тиббий хужжатларни тўғри расмийлаштириш.
10. Консултация, кўшимча тиббий текшири ва шифохонага юбориш масаласини ҳал қилиш.
11. реабилитация ўтказиш ва санатория, 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 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. Меҳнатга лаёқатлик муаммоларини ечиш.
9. профилактик чора-тадбирларни ўтказиш.
10. Ҳомиладор ва фертил ёшдаги аёлларни экстрагенитал патологияда умумий амалиёт варачи тактикаси.

1.3. МАЗКУР ФАННИ ЎРГАНИШ УЧУН ЛОЗИМ БЎЛГАН БОШҚА ФАНЛАР ВА УЛАРНИНГ БЎЛИМЛАРИ

1. Анатомия
2. Гистология эмбриология ва цитология билан
3. Биология
4. Нормал физиологика
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 МАШҒУЛОТЛАР БЎЙИЧА ТОПШИРИҚЛАРНИ БАЖАРИЛИШИ МИҚДОРИГА ШАРТ БЎЛГАН МИНИМАЛ ТАЛАБЛАР

1. Лаборатор ва асбобий текшириш усуларини таҳлил қила олиш.
- 5.1. Клиник (қон, перикард, асцитик суюқликларни таҳлили).
- 5.2. Биохимик (умумий оқсил ва оқсил 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. ФАНИ ҶЌИТИШДАГИ ЯНГИ ТЕХНОЛОГИЯЛАР.

Талабалар ва УАВ тингловчилари билим даражаси пульмонология бўйича дунёдаги илм фан ва амалиёт талаблари даражасига мос келиши керак. Ҷқув жараёнини таъминлашда компьютер технологияларидан “Интернет” ахборот базасидан фойдаланиш, шунингдек услубий, аудио ва визуал қўлланмалар, янги педагогик технологияларни қўллаган ҳолда талабаларани ва УАВ тингловчиларини ўқитиш, ҳамда улар билимини назорат қилишга эътибор бериш лозим. Уларни беморларни мустақил курувдан ўтказишлари, якуний 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 врачлари фани - бирламчи тиббий санитария ёрдами кўрсатиш муассасаларида хизмат кўрсатадиган умумий амалиёт врачларига терапевтик фанлар бўйича маълумот берувчи фан ҳисобланади.

Умумий амалиёт врачлари 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 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 нисбатан деонтологик кўникмаларини ҳосил қилиш.

2. Фанни ўзлаштиришда қўйиладиган талаблар:

I. Умумий амалиёт врачлари билиши шарт:

1. Пульмонологик касалликларни турли кечилари ва шакл босқичларида 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. Меҳнатга яроқсизлик (вақтинча ва турғун) ни белгилаш. Тиббий ҳужжатларни 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 усулларини 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 қуйиш.

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

Ўқув фанининг мақсади ва вазифалари

Фаннинг мақсади:

Талабаларга “Умумий амалиёт шифокори квалификациян характеристикаси”га ва “Даволаш иши” йўналиши битирувчилари талабларига мос равишда ички аъзолар касалликлари мавжуд беморлар муаммоларини синдромал ёндашиб ҳал қилиш, уларни соғлиқни сақлашнинг бирламчи звеноси шароитида эрта ташхислаш, профилактика, қиёсий ташхислаш ва олиб бориш тактикасини ўргатиш.

Фаннинг вазифалари:

- ❖ Талабаларга синдромал ёндашган ҳолда касалликларни ўз вақтида ва эрта ташхислашни ўргатиш.
- ❖ Талабаларга маълум синдром билан кечувчи касалликларни қиёсий ташхислашни ўргатиш.
- ❖ Муҳим билим ва амалий кўникмаларни янада мукамаллаштириш (маълумот йиғиш, бемор муаммосини аниқлаш ва объектив кўрик, шунингдек лаборатор-асбобий текширув усулларини асосли тавсия этиш, консультация қилиш кўникмалари).
- ❖ Талабаларга беморларни олиб бориш тактикасини асосли танлашни ўргатиш.
- ❖ Талабаларга мақсадли даволаш-профилактика чора-тадбирларини амалга оширишни ўргатиш.
- ❖ Талабаларга кишлок врачлик пункти (ҚВП) ва оилавий поликлиника (ОП) шароитида диспансер кузатув ва мониторинг принципларини ргатиш.

Фан бўйича талабаларнинг билимига, кўникма ва малакага қўйиладиган талаблар

1. Билиши лозим:

1. Оилавий тиббиёт асослари, принциплари ва фалсафасини.
2. Консультация қилиш принципларини.
3. Маълум синдром билан кечувчи касалликлар рўйхатини.
4. Маълум синдром билан кечувчи хавфли касалликлар рўйхатини.
5. ҚВП ёки ОП шароитида олиб боришни талаб этувчи ҳолатлар рўйхатини (УАШ квалификациян характеристикасига мос равишда).
- 6.Топ мутахассис консультацияси ёки госпитализацияни талаб этувчи ҳолатлар (УАШ квалификациян характеристикасига мос равишда).
7. ҚВП ёки ОП шароитида ўтказишни талаб этувчи зарурий текширувлар рўйхати (УАШ квалификациян характеристикасига мос равишда).
8. Кўп учрайдиган касалликларнинг асосий клиник кўринишлари.
9. Маълум синдром билан кечувчи касалликларни ташхислашдаги асосий жиҳатлар (мезонлари).
10. Ички аъзолар зарарланиш симптомлари.
11. исботли тиббиётга асосланган ҳолда касалликни даволаш усуллари ва принциплари (шу билан бир қаторда номедикаментоз).
12. ҚВП ёки ОП шароитида бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактика принциплари.

13. ҚВП ёки ОП шароитида беморларни олиб бориш (шу билан бир қаторда, тор мутахассис кўриги ва стационар даволанишдан сўнг хвм), диспансер кузатув ва реабилитация принциплари.

II. Қила олиши лозим:

1. Тиббий этика ва деонтологияга амал қилиш.
2. Беморнинг ҳаёт сифатига таъсир қилган асосий муаммосини аниқлаб олиш.
3. Анамнез йиғиш (бемор ва унинг қариндошларини сўраб-суриштириш, ёрдамчи саволлар бериш), тизим ва аъзолар бўйича кўриқдан ўтказишни ўз ичига олувчи бемор клиник текширувини ўтказиш.
4. Анамнез ва объектив кўриқка асосланган ҳолда дастлабки ташҳисни қўйиш.
5. Мақсадга йўналтирилган текширувларни тавсия этиш.
6. Клиник ва биохимик таҳлиллар, шунингдек, асбобий текширувлар натижаларини (ЭКГ, рентген сурати, пикфлоуметрия) интерпретация қилиш.
7. Касалликни қиёсий ташҳислаш (қарор қабул қилишнинг клиник мантиқи).
8. Якуний ташҳисни қўйиш.
9. Беморни консултацияга юбориш, қўшимча тиббий текширувлар ва госпитализация қилиш ҳақида қарор қабул қилиш.
10. Рационал давони тавсия этиш (номедикаментоз маслаҳатлар ва медикаментоз даво).
11. Шошилиш ҳолатларда шифохонагача бўлган ёрдамни кўрсатиш.
12. ҚВП ёки ОП шароитида беморларни мониторинг ва диспансер кўриқдан ўтказиш.
13. Меҳнатга лаёқатлилиқни аниқлаш (вақтинчалик ва турғун). Тиббий ҳужжатларни расмийлаштириш.
14. Бемор реабилитациясини ўтказиш ва санатор-курорт давога юбориш.
15. Беморни оила доирасида кўриб чиқиш.
16. ҚВП ёки ОП шароитида профилактик, соғломлаштирувчи, санитар-гигиеник чора-тадбирларни ўтказиш.
17. Беморлар ва аҳолининг ижтимоий ҳимояланмаган гуруҳларина парваришлаш.

III. Қуйидаги кўникмаларга эга бўлиши лозим:

1. Беморларни мустақил қабул қилиш.
2. Консултация қилиш.
3. Тизим ва аъзолар бўйича кўриқдан ўтказиш, пальпация, перкуссия ва аускультация қилиш.
4. Асосий синдромни аниқлаш.
5. Хавф омилларини аниқлаш.
6. Муҳим бўлган текширувлар режаси тузиш.
7. ЭКГ олиш техникаси.
8. Пикфлоуметрия техникаси.
9. Тонометрия.
10. Таъсири исботланган препаратларни танлаш.
11. Олиб борилган даво эффективлиги назорати.
12. Бемор аҳволи мониторинги.
13. Экстрагенитал касаллиги бор ҳомиладор аёлларга тиббий-санитар ёрдамни кўрсатиш.
14. Соғлом турмуш тарзини тарғиб қилиш (хавф гуруҳи ва аҳоли билан ишлаш).
15. Диспансеризация ва реабилитация ўтказиш.
16. Профилактика чора-тадбирларини ўтказиш.

Фаннинг ўқув режадаги бошқа фанлар билан ўзаро боғлиқлиги ва услуб жиҳатдан кетма кетлиги

Одам анатомияси, Гистология эмбриология ва цитология, Биология, Нормал физиология, Биохимия, Патологик анатомия, Патологик физиология, Топографик анатомия ва оператив хирургия, Ички касалликлар пропедевтикаси, Туберкулез, Онкология, Рентгенология ва тиббий радиология, Физиотерапия, Эндокринология, Факультет терапия, Госпитал терапия.

Фанни ўқитишда замонавий ахборот ва педагогик технологиялар

Талабаларнинг билими пульмонология бўйича халқаро илм ва амалиёт ривожланиш даражаси ва талабларига мос келиши лозим. Фан бўйича ўқув жараёнини таъминлаш “Интернет” маълумот базасидан фойдаланиб компьютер технологияларига ориентация қилиш, услубий қўлланмалар, аудио ва визуал воситалар, назоратни ўрганишда янги педагогик технологиялар сифатини оширишга қаратилган. Кўп вақт ва эътиборни талабаларнинг беморларни мустақил кўриги, дастлабки ташҳисни қўйиш, текширув режасини тузиш, лаборатор ва асбобий текширувлар таҳлили, қиёсий ташҳислаш, якуний ташҳисни қўйиш, асосий касалликка ва унинг асоратларига, ёндош патологияга боғлиқ ҳолда даволаш, шунингдек, адабиётлар билан ишлашга қаратиш лозим. Амалий машғулот вақтида талабаларнинг назарий билимини баҳолаш учун кичик гуруҳлар тузиб қуйидагилар ўтказилади: “мия штурми”, жуфт жуфт бўлиб ишлаш, “галерея бўйлаб тур”, “айлана стол”, “ручка стол ўртасида”, ротация усули, “қор парчаси”, “ари уяси”. Шунингдек, вазиятли масалалар, клиник ўйинлар, клиник аудит.

Фанни ўрганишнинг техник воситалари:

- Слайдоскоп.
- Ўқув доскалари.
- Оверхет.

Кафедрада кутубхона фонди бор.

ЎҚУВ МАТЕРИАЛЛАРИ ТАРКИБИ

МАЪРУЗАЛАР МАТНИ ТАРКИБИ

<p>1.Ўпка инфилтратларида киёсий даво ва уларни этиопатогенетик терапияси 1.1. Ўпка инфилтратларини клиник курунишлари 1.2. Диагностикаси 1.3. Қиёсий ташхислаш 1.4. Ўткир пневмонияни замонавий даволаш усуллари Мустақил иш учун мавзулар: Ўткир пневмонияни этиологияси, таснифи, клиник кўрунишлари, унинг вариантлари, текшириш усуллари, даволаш принциплари, замонавий антибактериал воситалардан фойдаланиш ва уларни биргаликда ишлатиш.</p>	<p>2 соат</p> <p>2 соат</p>
<p>2. Бронхоспастик синдромда ки-есий ташхислаш. Тез ёрдам. Бронхиал астманинг турли патогенетик вариантларини ўзига хос даволаши. Бирламчи ва иккиламчи профилактика. 2.1. Бронхообструктив синдром таснифи 2.2. Бронхообструкция патогенетик ривожланишининг асосий омиллари 2.3. Беморларни текширишдан утказишнинг асосий диагностик режаси 2.4. Бронхообструктив синдром билан кечувчи касаллик-лар белгиларини киёсий ташхиси 2.5. Бу касалликларда УАВ тактикаси 2.6. Бронхиал астмани даволаш. Дори воситалар ва уларсиз даволаш услублари. 2.7. Беморларни ижтимоий-меҳнат реабилитацияси. Мустақил иш учун мавзулар: Бирламчи сурункали бронхитни этиологияси, экзоген ва эндоген омилларнинг таъсири, ўтказувчанлик ва дренаж функциясининг бузилиши, касалликни клиник шакли, аускультатив белгилари. Уларни текшириш усуллари: ташқи нафас функциясини текшириш, рентген ёрдамида текшириш ва бошқалар. Этиотроп ва патогенетик даволаш, бирламчи ҳамда иккиламчи профилактик чора тадбирлари.</p>	<p>2 соат</p> <p>2 соат</p>
<p>3. Йўтал, балгам ва қон туфлашни қиёсий ташхислаш. Умумий амалиёт шифокорининг тактикаси. 3.1. Носпецифик ва специфик бронх-упка тизимида йутал, балгам ва қон туфлаш 3.2. Йутал, шиллик ажралиши ва қон кетиш сабаблари 3.3. Юкоридаги белгиларни қиёсий ташхислаш 3.4. Лаборатор-инструментал текшириш усуллари 3.5. Ўпкдан қон кетишини ташхислаш усуллари ва унда УАВ тактикаси. Мустақил иш учун мавзулар: Қон туфлашни патогентик йўналишлари, муковисцилляр клириенси, бронх йўлларини патологияси, бронх шиллик ажралмасини микроскопияси, ташхислаш усуллари, бронхоскопия</p>	<p>2 соат</p> <p>2 соат</p>
<p>4. Ўпка – юрак 4.1. Ўпка-юрак таснифи 4.2. Беморларни текширишдан утказишнинг асосий диагностик режаси 4.3. ўпка-юраги синдроми билан кечувчи касалликлар белгиларини қиёсий ташхиси 4.4. Ўткир, Ўткир ости, сурункали Ўпка-юракда УАВ тактикаси. 4.5. Шошилинч даволаш 4.6. Амбулатор даволаш. Мустақил иш учун мавзулар: Ўпка –юракни этиология ва патогенези. Этиотроп ва патогенетик даволаш, бирламчи ҳамда иккиламчи профилактика чора-тадбирлари.</p>	<p>2 соат</p> <p>2 соат</p>

Жами соат: 8

Маъруза учун адабиётлар: 1,2,3,4,5,6,7,8,12,14,18,19,21,22,23,24,25.

Амалий машғулотлар мавзуси

№	Мавзу номи	Ажратилган соат	Қисқача аннотацияси	Ахборот-услубий таъминот (интерактив усуллар)
1	Ўпка инфилтрати киесий ташхиси. Инфекцион-уткир зотилжам (крупоз ва учогли, шифохонада ва шифохонадан ташкари), сурункали. Касаллик этиологиясига кура клиник кечишининг узига хос хусусиятлари. Турли боскичларининг клиникаси. Ўрта бўлак синдроми. Пневмониянинг хар хил турларида антибактериал терапия (дори воситаларини танлаш, дозаси, юбориш йуллари, давомийлиги, комбинациялари, ножуя таъсирлари). УАВ тактикаси.	5	Ўпка инфарктида киесий ташхиот. Юкумли - ўткир ва сурункали пневмониялар. Кечиш боскичларига караб хусусиятлари.	1.Ручка стол марказида. 2.Муаммони нг ечими
2	Пневмониянинг хар хил турларида антибактериал терапия (дори воситаларини танлаш, дозаси, юбориш йуллари, давомийлиги, комбинациялари, ножуя таъсирлари). УАВ тактикаси.	7	Турли кўринишдаги пневмонияларда антибактериал терапия (препаратнинг микдорини, давомийлигини, юбориш йулини танлаш, комбинациялаш, ножуя таъсирларини эътиборга олиш). УАВ тактикаси.	Заиф халқа
3	Ўпка инфилтратларида киесий ташхис. Ўпка йирингли касалликлари - бронхоэктаз касаллиги, упка абсцесси ва гангренази. Боскичларига боглик холда физикал текширув натижаларини узгариши	7	Ўпка инфилтратининг киесий ташхисоти. Ноинфекцион ўпка инфаркти. Касаллик турига караб УАВ тактикаси. Консултация. Амб. даво ва диспансер кузатуви. Профилактика.	Асалари уяси
4	Қон тупуриш билан кечувчи касалликларнинг киесий ташхиси (зотилжам, упка раки, сили, бронхоэктатик касаллик, упка гангренази ва абсцесси, Гудпасчер синдроми, Вегенер касаллиги, тугунли периартериит, упка артерияси тромбоземболияси). УАВ	6	Қон тупуриш билан кечувчи касалликларнинг киесий ташхиси (зотилжам, ўпка раки, сили, бронхоэктатик касаллик, упка гангренази ва абсцесси, Гудпасчер синдроми, Вегенер касаллиги, тугунли периартериит, ўпка артерияси тромбоземболияси).	Галерея бўйлаб тур.

	тактикаси.		УАВ тактикаси.	
5	Ўпка инфилтратларида киесий ташхис. Ўпка ноинфекцион инфаркти. Касаллик турига караб упка инфилтратларида УАВ тактикаси. Мутахассис маслахатига курсатма. Диспансер кузатув. Амбулатор даволаш. Профилактика	7	Ўпка инфилтратларида киесий ташхис. Ўпка ноинфекцион инфаркти. Касаллик турига караб упка инфилтратларида УАВ тактикаси. Мутахассис маслахатига курсатма. Диспансер кузатув. Амбулатор даволаш. Профилактика	Айланма стол
6	Плевритларда киёсий ташхис. Курук ва экссудатив плевритлар (геморрагик, йирингли, хилез). Пневмоторакс: бирламчи (спонтан) ва иккиламчи. Киесий даволаш. УАВ тактикаси	7	Плевритларда киёсий ташхис. Курук ва экссудатив плевритлар (геморрагик, йирингли, хилез). Пневмоторакс: бирламчи (спонтан) ва иккиламчи. Киесий даволаш. УАВ тактикаси	Ручка стол марказида
7	Ўпка интерстициал касалликлари киесий ташхиси. Фиброзли альвеолит (Хаммен-Рич синдроми), сурункали ва тез авж олувчи кечиши. Аллергик альвеолит. Саркоидоз. Клиникаси. Ташхиси. Ренгенологик боскич-лари. Муковисцидоз. Наслий мойиллик ахамияти. Клиника, диагностикаси ва кечи-шининг хусусиятлари. Касаллик турига караб УАВ тактикаси. Мутахассислар маслахатига курсатма. Диспансер назорати. Амбулатор даволаш. Профилактика.	7	Ўпка интерстициал касалликлари киесий ташхиси. Фиброзли альвеолит (Хаммен-Рич синдроми), сурункали ва тез авж олувчи кечиши. Аллергик альвеолит. Саркоидоз. Клиникаси. Ташхиси. Ренгенологик боскич-лари. Муковисцидоз. Наслий мойиллик ахамияти. Клиника, диагностикаси ва кечи-шининг хусусиятлари. Касаллик турига караб УАВ тактикаси. Мутахассислар маслахатига курсатма. Диспансер назорати. Амбулатор даволаш. Профилактика.	Қор парчаси
8	Иситмалаш. Иситмалаш синдроми билан кечувчи корин бушлиги ва корин парда бушлиги органлари касалликларини киёсий ташхиси (корин бушлиги йирингли инфекциялари, чанок бушлиги органлари яллигланиш касалликлари, остеомиелит, кон томир ичи инфекцияси, бактериал эндокардит, томир ичи	5	Иситмалаш. Иситмалаш синдроми билан кечувчи корин бушлиги ва корин парда бушлиги органлари касалликларини киёсий ташхиси (корин бушлиги йирингли инфекциялари, чанок бушлиги органлари яллигланиш касалликлари, остеомиелит, кон томир ичи инфекцияси, бактериал эндокардит, томир ичи	Асалари уяси

	инфекциялари: бактериал эндокардит, томир ичига куйилган катетерлар натижасида юзага келган инфекциялар).		инфекциялари: бактериал эндокардит, томир ичига куйилган катетерлар натижасида юзага келган инфекциялар).	
9.	Иситма синдроми билан кечувчи кукрак кафаси аъзолари касалликлари киесий ташхиси. Иситма турларига таъриф бериш. Ноаник генезли иситманинг мезонлари. Иситма билан кечувчи касалликлар таснифи. Узок вақт иситма билан кечувчи уткир инфекциялар касалликларнинг ташхиси ва киесий ташхиси: гранулематоз инфекциялар, сил, чукур микозлар, атипик микобактериялар. Касаллик турига караб УАВ тактикаси. Мутахассислар маслаҳати ва шифохонага ётқизиш учун курсатмалар. Мехнат қобилиятини аниқлаш.	7	Иситма синдроми билан кечувчи кукрак кафаси аъзолари касалликлари киесий ташхиси. Иситма турларига таъриф бериш. Ноаник генезли иситманинг мезонлари. Иситма билан кечувчи касалликлар таснифи. Узок вақт иситма билан кечувчи уткир инфекциялар касалликларнинг ташхиси ва киесий ташхиси: гранулематоз инфекциялар, сил, чукур микозлар, атипик микобактериялар. Касаллик турига караб УАВ тактикаси. Мутахассислар маслаҳати ва шифохонага ётқизиш учун курсатмалар. Мехнат қобилиятини аниқлаш. Ажратилган вақт - 7 соат интерфаол усул: зиг-заг – 1, зиг-заг – 2.	Ўргимчак тўри
10	Амбулатор шароитда иситма синдроми билан кечувчи касаллик билан касалланган беморларни олиб бориш тактикаси. Шифохонага ётқизиш учун курсатма. Диспансер кузатув ва амбулатор даволаш. Узок вақт саклонувчи иситмаларда этувчи иситмаларда УАВ тактикаси. Профилактика. Мехнат қобилиятини аниқлаш.	7	Амбулатор шароитда иситма синдроми билан кечувчи касаллик билан касалланган беморларни олиб бориш тактикаси. Шифохонага ётқизиш учун курсатма. Диспансер кузатув ва амбулатор даволаш. Узок вақт саклонувчи иситмаларда этувчи иситмаларда УАВ тактикаси. Профилактика. Мехнат қобилиятини аниқлаш.	Ручка стол марказида
11	Ўсмаларда иситмалаш. Бир бўшлиқли ўсмалар, метастатик, ретикулоэндотелиал тизими ўсмалари, системали васкулитлар ва бириктирувчи тўқима диффуз касалликларидаги иситмалаш	7	Ўсмаларда иситмалаш. Бир бўшлиқли ўсмалар, метастатик, ретикулоэндотелиал тизими ўсмалари, системали васкулитлар ва бириктирувчи тўқима диффуз касалликларидаги иситмалаш.	Дискуссия
12	Бўғилишда қиёсий ташхис.	5	Бўғилишда қиёсий ташхис.	Айланма

	Бронхоспастик синдром хакида тушунча. Бронхиал астма, сурункали обструктив бронхит, муковисцидоз, упка раки киёсий ташхиси. Бўғилиш билан кечувчи касалликларда тезкор ёрдам курсатиш ва киёсий терапия. Бронхообструктив синдромда УАВ тактикаси		Бронхоспастик синдром хакида тушунча. Бронхиал астма, сурункали обструктив бронхит, муковисцидоз, упка раки киёсий ташхиси. Бўғилиш билан кечувчи касалликларда тезкор ёрдам курсатиш ва киёсий терапия. Бронхообструктив синдромда УАВ тактикаси..	стол
13	Обструктив бронхит ва бронхиал астманинг турли шакли ва патогенетик вариантлари авж олиш ва ремиссия даврларида диспансер кузатув ва амбулатор даволаш. Шифохонага ётқизиш кўрсатма. Мехнатга лаекатини аник-лаш. Профилактика	6	Обструктив бронхит ва бронхиал астманинг турли шакли ва патогенетик вариантлари авж олиш ва ремиссия даврларида диспансер кузатув ва амбулатор даволаш. Шифохонага ётқизиш кўрсатма. Мехнатга лаекатини аник-лаш. Профилактика	Заиф ҳалқа
14	Ўпка-юрак киесий ташхиси. Ўткир ва нимўткир ўпка-юракда шошилиш ёрдам. Сурункали ўпка юрак беморларни олиб бориш тактикаси. Шифохонага ётқизиш кўрсатма. Мехнатга лаекатини аниклаш. Профилактика	5	Ўпка-юрак киесий ташхиси. Ўткир ва нимўткир ўпка-юракда шошилиш ёрдам. Сурункали ўпка юрак беморларни олиб бориш тактикаси. Шифохонага ётқизиш кўрсатма. Мехнатга лаекатини аниклаш. Профилактика	Галерея бўйлаб тур.

Жами соат: 88

Мустақил ишлар мавзуси

№	Мавзу	Соат	Машгулот усули	Адабиётлар
1	Ўткир зотилжам таснифи, этиологияси, клиник-морфологик белгилари, клиник вариантлари, текшириш усуллари, асоратлари. Даволаш тамоиллари	3	Интернет маълумотлари, мультимедиялар, реферат ёзиш.	1. Комаров Ф.И. Диагностика и лечение внутренних болезней. 2. Руководство для врачей в 3-х томах, М, Медицина, 1998. 3. Окорочков А.Н. Лечение болезней внутренних органов в 4-х томах. Москва. Медицинская литература. 1999 www.medunivar.com www.ziyonet.uz www.cebm.net
2.	Ўткир пневмонияни этиологияси, таснифи, клиник курунишлари, унинг вариантлари, текшириш усуллари, даволаш	3	Интернет маълумотлари, мультимедиялар, реферат ёзиш.	1. Хеглин Р. «Дифференциальная диагностика внутренних болезней». М. 1997 г., 8-том. 2. Окорочков А.Н. Лечение болезней внутренних органов в 4-х

	принциплари, замонавий антибактериал воситалардан фойдаланиш ва уларни биргаликда ишлатиш			томах. Москва. Медицинская литература.1999 www.avicenna.med.uz www.buxdti@buxdtu.uz www.isinet.com
3.	Ўпканинг йирингли касалликлари этиологияси ва клиник белгилари, текшириш усуллари	3	Интернет маълумотлари, мультимедиялар, реферат ёзиш.	1.Комаров Ф.И. Диагностика и лечение внутренних болезней. 2.Руководство для врачей в 3-х томах, М, Медицина, 1998. 3.Окороков А.Н. Лечение болезней внутренних органов в 4-х томах. Москва. Медицинская литература.1999. 4.Хеглин Р. «Дифференциальная диагностика внутренних болезней». М. 1997 г., 8-том. 31. 5.Джон. Дж. Барлетт. Инфекции дыхательных путей. Москва. Санкт-Петербург.2000,
4.	Кон тупуриш: этиологияси, патогенези. Кон тупуришнинг диагностик текшириш усуллари	3	Интернет маълумотлари, мультимедиялар, реферат ёзиш.	1.Комаров Ф.И. Диагностика и лечение внутренних болезней. 2.Руководство для врачей в 3-х томах, М, Медицина, 1998. 3.Окороков А.Н. Лечение болезней внутренних органов в 4-х томах. Москва. Медицинская литература.1999
5.	Ўпка инфарктининг этиологияси ва клиникаси. Ўпка инфилтратларини даволашда кулланиладиган дори воситалар фармакодинамикаси	3	Интернет маълумотлари, мультимедиялар, реферат ёзиш.	1. Гроер К., Каваларро Д. «Сердечно-легочная реанимация», М., Практика. 1996. 2. Комаров Ф.И. Диагностика и лечение внутренних болезней. Руководство для врачей в 3-х томах, М, Медицина, 1998. 3. Чучалин А.Г., «Терапия», 1996 г
6.	Плевритлар этиологияси, клиник белгилари, текширув усуллари ва даволаш принциплари.3	3	Интернет маълумотлари, мультимедиялар, реферат ёзиш.	1. Гроер К., Каваларро Д. «Сердечно-легочная реанимация», М., Практика. 1996. 2. Комаров Ф.И. Диагностика и лечение внутренних болезней. Руководство для врачей в 3-х томах, М, Медицина, 1998. 3. Чучалин А.Г., «Терапия», 1996 г
7.	Ўпка интерстициал касалликлари этиологияси, клиник-морфологик белгилари, текширув усуллари. Уларни даволашда кулланиладиган дорилар фармакодинамикаси	3	Интернет маълумотлари, мультимедиялар, реферат ёзиш.	1.Комаров Ф.И. Диагностика и лечение внутренних болезней. 2.Руководство для врачей в 3-х томах, М, Медицина, 1998. 3.Окороков А.Н. Лечение болезней внутренних органов в 4-х томах. Москва. Медицинская литература.1999. 4.Хеглин Р. «Дифференциальная

				диагностика внутренних болезней». М. 1997 г., 8-том. 31. 5.Джон. Дж. Барлетт. Инфекции дыхательных путей. Москва.
8.	Иситмани этиологияси, патогенези, касалликнинг патогенетик ривожланиши, клиник куриниши, лаборатор ташхислаш, фаоллик даражаси мезонлари, даволаш усуллари, профилактика.Иситмалаш синдроми. Этиологияси. Клиник белгилари. Текширув усуллари.	4	Интернет маълумотлари, мультимедиялар, реферат ёзиш.	1.Окороков А.Н. Лечение болезней внутренних органов в 4-х томах. Москва. Медицинская литература.1999. 2..Хеглин Р. «Дифференциальная диагностика внутренних болезней». М. 1997 г., 8-том. 31. 3..Джон. Дж. Барлетт. Инфекции дыхательных путей. Москва.
9.	Иситма турлари. Иситма билан кечувчи касалликларда харорат эгрилиги таснифи	3	Интернет маълумотлари, мультимедиялар, реферат ёзиш.	1.Окороков А.Н. Лечение болезней внутренних органов в 4-х томах. Москва. Медицинская литература.1999. 2..Хеглин Р. «Дифференциальная диагностика внутренних болезней». М. 1997 г., 8-том. 31. 3..Джон. Дж. Барлетт. Инфекции дыхательных путей. Москва.
10.	Иситмаларда лаборатор ва инструментал текширув усуллари	3	Интернет маълумотлари, мультимедиялар, реферат ёзиш.	1.Окороков А.Н. Лечение болезней внутренних органов в 4-х томах. Москва. Медицинская литература.1999. 2..Хеглин Р. «Дифференциальная диагностика внутренних болезней». М. 1997 г., 8-том. 31. 3..Джон. Дж. Барлетт. Инфекции дыхательных путей. Москва.
11	Иситмалаш клиникаси, текширув усуллари	3	Интернет маълумотлари, мультимедиялар, реферат ёзиш.	1.Окороков А.Н. Лечение болезней внутренних органов в 4-х томах. Москва. Медицинская литература.1999. 2..Хеглин Р. «Дифференциальная диагностика внутренних болезней». М. 1997 г., 8-том. 31. 3..Джон. Дж. Барлетт. Инфекции дыхательных путей. Москва.
12.	Бўғилиш синдроми этиологияси, клиник-морфологик белгилари, текширув усуллари. Бронхиал астма таснифи.	3	Интернет маълумотлари, мультимедиялар, реферат ёзиш.	1. Гроер К., Каваларро Д. «Сердечно-легочная реанимация», М., Практика. 1996. 2. Комаров Ф.И. Диагностика и лечение внутренних болезней. Руководство для врачей в 3-х томах, М, Медицина, 1998. 3. Чучалин А.Г., «Терапия», 1996 г www.medlook.ru

				www.medbok.ru www.medicum.ru www.medtext.ru www.medkniga.ru
13	Сурункали бронхит таснифи. Бронхообструктив синдромини даволашда кулланиладиган дорилар фармакодинамикаси	3	Интернет маълумотлари, мультимедиялар, реферат ёзиш.	1.Окорочков А.Н. Лечение болезней внутренних органов в 4-х томах. Москва. Медицинская литература.1999. 2..Хеглин Р. «Дифференциальная диагностика внутренних болезней». М. 1997 г., 8-том. 31. 3..Джон. Дж. Барлетт. Инфекции дыхательных путей. Москва.
14.	Ўпка юрак этиологияси. Клиник белгилари ва текширув усуллари. Ўпка юракни даволашда қўлланиладиган дорилар фармакодинамикаси	4	Интернет маълумотлари, мультимедиялар, реферат ёзиш.	1. Чучалин А.Г., «Терапия», 1996 г. 2. Гроер К., Каваларро Д. «Сердечно-легочная реанимация», М., Практика. 1996. www.medlook.ru www.medbok.ru www.medicum.ru

Жами соат: 44

Ўқув юкласининг ҳажми

	Умумий юклама	Аудитория машғулоти бўйича ўқув юкласи ҳажмининг тақсимланиши (соатларда)					
		Жами	Маъруза	Амалий машғулот	Ўқув амалий	Мустақил иш	
						Амалий машғулот	Ўқув амалий
Пульмонология	140		8	88	13	44	

II. Асосий қисм

Маъруза машғулотларининг таълим технологияси.

1.1 Маъруза машғулотлари

Ўпка инфилтратларида қиёсий даво ва уларни этиопатогенетик терапияси.

1.1. Таълим бериш технологиясининг модели

Машғулот вақти – 2 соат	Талабалар сони : 18-36 гача
Машғулот шакли	Кириш-ахборотли маъруза.
Машғулотнинг мақсади	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ўпка инфилтратлари, уларнинг турлари ва рентген хусусиятлари. 2. Ўпка инфилтратлари билан кечадиган касалликлар таснифи. 3. Ўткир зотилжам. 4. Сурункали зотилжам. 5. Болалар ёшида кечадиган зотилжамнинг хусусиятлари. 6. Зотилжамда ургент даволаш. 7. Зотилжамни даволашнинг асосий принциплари. 8. УАВ тактикаси: <ol style="list-style-type: none"> 1 - тоифали хизмат 2 - тоифали хизмат 3 - тоифали хизмат 4 - тоифали хизмат 5 - тоифали хизмат
Таълим бериш воситалари	Ўқув қўлланма, дарслик, маъруза матни, проектор, компьютер
Машғулот услуби	Кўргазмалар, маъруза, суҳбати
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 (10-дақиқа)	<ol style="list-style-type: none"> 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)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Мавзу мақсади ва вазифаси билан таништиради 2. Мавзу бўйича саволлар беради. 	Тинглайдилар Талабалар берилган саволларга жавоб берадилар
2. Асосий босқич (55 дақиқа)	<ol style="list-style-type: none"> 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 минут (2 соат)		

1. Ўпка инфилтратлари, уларнинг турлари ва рентген хусусиятлари.

Ўпка инфилтратлари синдроми (УИС) патологоанатомик жихатдан хужайра элементлари, суюкликлар ва турли кимёвий моддаларнинг упка тукумасига кириб йигилишидир.

Ўпка тукумасида факатгина биологик суюкликларнинг йигилиши эса (хужайра элементлари эмас) УИС эмас, балки **упка шиши** дейилади.

Ўпка инфилтратлари (УИ) купинча яллигланишлар натижасида келиб чиқади.

Яллигланган УИ булиши мумкин:

- лейкоцитар
- лимфоидли
- макрофагал
- эозинофилли
- геморрагик

Ўпка инфилтратларида купинча йирингли касалликлардан кейин **лейкоцитар яллигланиш** келиб чиқади. Лейкоцитлар таркибдаги протеолитик таъсир этувчи лизосомал ферментлар упка тукумасига аста-секин эриб боришига олиб келади.

Уткир яллигланиш билан кечувчи касалликларда бу инфилтратлар сурилиб кетади ва ҳеч қандай асорат қолдирмайди. Узок сақланган ва упка тукумасини сезиларли даражада деструктив узгаришларга олиб келган инфилтратлар эса упка тукумасида тургун патологик узгаришлар қолдиради. Бундай склеротик узгаришлар упка функциясининг пасайиши ёки йуқолишига олиб келади.

Лимфоцитар (йирик хужайрали), лимфоцитар-плазмали хужайрали ва макрофагли УИ упканинг сурункали яллигланиш жараёнларида келиб чиқиб, бу инфилтратлар купинча упкада склеротик узгаришларга олиб келади. Упка тукумаси кон ҳосил қилувчи хужайралар билан инфилтратланган булиши мумкин. Бундай ҳолларда **усмали инфилтрация** ёки **усманинг инфилтратив** усишидан дарак беради. Усма хужайраларидан келиб чиққан инфилтрациялар узидан кейин упка тукумасининг атрофияси ёки емирилишига олиб келади. Упкада **геморрагик инфилтрация** йигилишига сабаб, кон томирлари деворининг утказувчанлиги ошиши ёки кон томир бутунлигининг бузилиши. Кон томирлари утказувчанлиги ошганда купинча **транссудат**, яллигланиш жараёнларида эса купинча **экссудат** йигилади.

УИ упка тукумаси ҳажмининг катталашиши ва упка зичлигининг ошиши билан характерланади. Шунинг учун УИ **рентгенологик белгиларининг** узига хос хусусиятлари бор. Яллигланган УИсида коронгилашиш одатий нотугри шаклда ва нотекис чизиклар булади. Сурункали яллигланишда яллигланиш майдони анча равшанрок, аммо буларда ҳам нотекис ва тишчали контурлар булади.

Яллигланган УИ сояси фонида купинча ёруг шоҳланаётган йул куринишида булади (булар ҳаво билан тулган бронхларнинг бушлигидир).

Упка касалликларининг асосий рентгенологик синдромлари:

- 1) Упка майдонининг тотал ва субтотал қорайиши
- 2) Упка майдонидаги чегараланган қорайиш
- 3) Упка майдонидаги шарсимон (юмалок, овал) соя
- 4) Упка майдонидаги халқасимон соя
- 5) Учок ва чегараланган диссеминация
- 6) Упка майдонининг диффуз диссеминацияси

- 7) Упка илдизи ва бронхиал лимфа тугунлари патологияси
 - 8) Упка сурати патологияси
 - 9) Упка майдонининг кенг ёругланиши
- Упка инфилтратцияси билан кечадиган асосий касалликлар:

Уткир ва сурункали зотилжам

Упка сили

Упканинг юкумли деструкцияси:

- уткир ва сурункали упка абсцесси

Упка сарамаси

Упканинг замбуругли касалликлари:

- кандидамикоз

- аспергиллез

Упканинг паразитар касалликлари :

- аскаридоз

Аллергик келиб чикадиган упка касалликлари:

- упкадаги эозинофилли инфилтрати (Лёффлер синдроми)

- экзоген аллергик альвеолит

Упкадаги диссеминация жараёни билан кечадиган касалликлар:

- идиопатик фиброзланувчи альвеолит (Хаммен-Рич синдром)

- Гудпасчер синдроми

- бронхиолоальвеоляр сарамас

- лейкозда

- системали кизил югурукда

- системали склеродермияда

Кимёвий ва физик омиллар таъсиридан упканинг зарарланиши:

- бензинли зотилжам

- Мендельсон синдроми (аспирацион зотилжам)

- упканинг радиацион зарарланиши

Ўткир зотилжам – упка паренхимасининг альвеоляр бушлик ва интерстициал тукима билан биргаликдаги уткир юкумли зарарланиши.

Таснифи:

- Зарарланиш урнига қараб:

1) бронхопневмония

2) булакли зотилжам, сегментар ёки лобуляр зотилжам, интерстициал зотилжам

- Этиологиясига қараб:

1) Бактериал (пневмококкли, стрептококкли, стафилококкли ва б.)

2) Вирусли (аденовирусли, парагрипп вируслари, риновируслар ва б.)

3) Микоплазмали

4) Хламидиал

5) Замбуругли

Таснифи

- Касалхонадан ташқари зотилжам (Внебольничные пневмонии)

- Касалхона ичи зотилжам (Больничные пневмонии)

- Анаэробли зотилжам ва абсцесслар

Даволаш

Клиндамицин 600 мг в/и ҳар 8 соатда, ахволи яхшилангунгача, кейин 300 мг ҳар 6 соатда ичишга

ёки

Амоксиклав (875 мг ҳар 12 соатда ичишга)

Пенициллин(амоксициллин 500 мг ҳар 8 соатда ёки пенициллин 1-2 млн ЕД в/и ҳар 4-6 соатда) + метронидазол 500 мг ичишга ёки в/и ҳар 8-12 соатда.

Даволашни рентген тасвирда тузалиш курингунча давом эттириш

УАВ тактикаси 1-тоифа хизматлари

КВП ва ШВП шароитида УАВ/ ОВ одатдаги вазиятда купинча тула ва мустакил равишда бажара оладиган айрим холатлар ва касалликларни аниклаш, тугри ташхислаш ҳамда самарали даволашни амалга ошириш; факат беморнинг ахволи яхшиланмаган баъзи холлардагина беморлар кушимча маслахат олиш ёки тула даволаниш учун маслахатчига (консультантга) ёки бошка муассасанинг (поликлиника, касалхона) мутахассисига юборилиши лозим.

УАВ тактикаси 1-тоифа хизматлари

I. Ётоқ режим

II Диета.

- Стол № 15.

III. Куп микдорда суюклик - 2-2,5 л суткисига

IV. Антибиотиклар:

а) ампициллин 0,5 x 4 махал кунига

б) 5-НОК 0,1 x 4 махал кунига

V. Витаминотерапия

VI. Пешоб келишини тиклаш (Восстановление пассажа мочи).

УАВ тактикаси 2-тоифа хизматлари

КВП ва ШВП шароитида УАВ/ОВ томонидан имконият даражасида тугри ташхислаш, баъзи холларда, имкон ва эҳтиёж булса, уткир холатларни аниклаш, тугри даволашни тавсия этиш ҳамда тугри ташхислаш, кушимча консультация ёки тула даволаниш учун беморларни бошка муассасанинг (поликлиника, касалхона) консультанти ёки мутахассисига юбориш.

УАВ тактикаси 3-тоифа хизматлари

КВП ва ШВП шароитида УАВ/ОВ томонидан компетентли, малакали ва мустакил равишда бажариладиган, беморларни тула ва мувофик (тугри, адекват, самарали), зарурий муолажалар, муолажалар ва текширувлардан утказилишини амалга ошириш .

1. Профессинал суров ва курув

2. клиник ва биокимёвий тахлилилар интерпритацияси

3. Пархез таом буюриш.

УАВ тактикаси 3.1.-тоифа хизматлари

КВП ва ШВП шароитида беморларни тула ва зарурий муолажалар, муолажалар ҳамда текширувлардан утказиш худди шундай ишларни бажара оладиган бошка муассасаларга юбориш оркали амалга ошириш. УАВ бундай курсатмалар ва уни бажарадиган тиббий муассасалар хакида тиббий маълумотга эга булиши зарур.

I. Балгамни бактерологик экиб текшириш

2. Упка рентгенографияси, томографияси, бронхографияси

3. Пикфлоуметрия, спирометрия.

4. Компьютерли томография.

УАВ тактикаси 4-тоифа хизматлари

- КВП ва ШВП ёки бошка муассасаларда даволанган ва саломатлиги узок муддат бузилган, махсус парвариш ва назоратга мухтож булган беморлар учун реабилитация ва диспансеризация тадбирдарини амалга ошириш.

- *Реабилитация.*

- *Диспансеризация.*

УАВ тактикаси 5-тоифа хизматлари

- Соғлом одамларга ва беморларга турли сабаблар туфайли, айниқса хусусий хавф ҳамда эҳтиёж омилларига дуч келган шахсларга индивидуал профилактик ва маърифий ёрдам (укитиш, маслахат, намойиш ва х.з.) курсатиш.

- Шахсий гигиенани саклаш.

- Нафас гимнастикаси

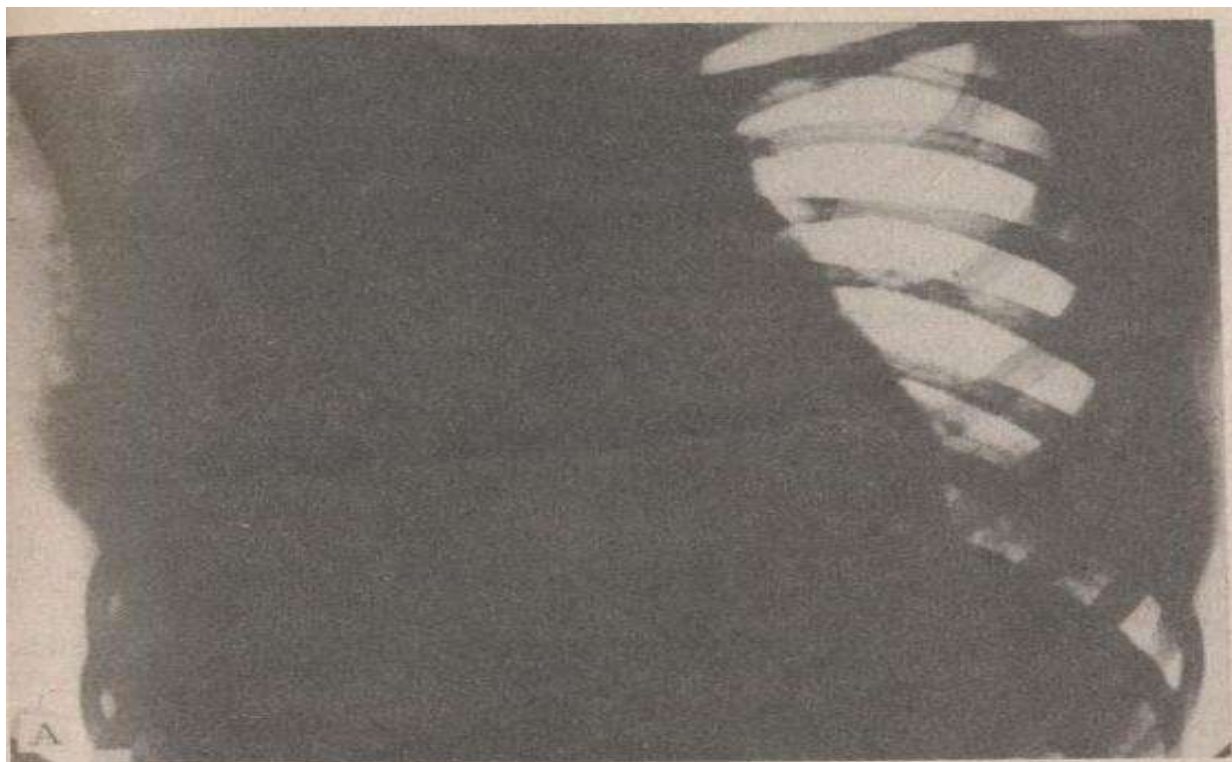
УАВ тактикаси 5-тоифа хизматлари

- Совукда котиш хавфсизлиги
- Чекишни зарарлиги
- Чиникиш
- Ташки мухитни тозаллиги
- Ишга жойлаштириш
- Кариялар муаммоси
- Юкумли учокларни олдини олиш
- Оилани режалаштириш
- Фитотерапия.

Ўпканинг меъёрий рентгенограммаси

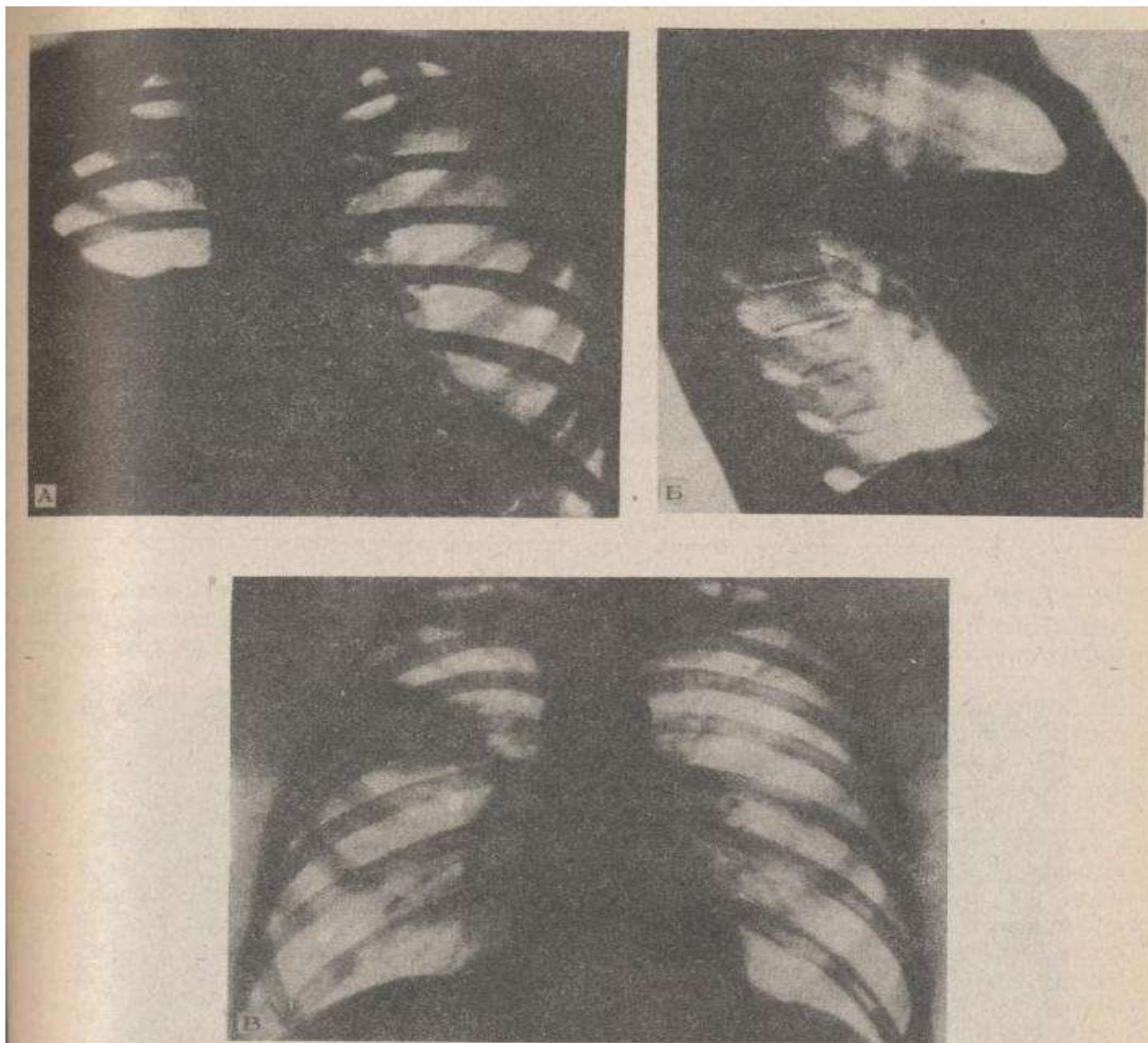


Ўпка майдонининг тотал ва субтотал қорайиши



106- расм. Қўкрак қафасининг олд проекциядаги рентгенограммаси. омонда тотал қорайиш. Қўкс оралиги органлари қисман чапга сўзлган. Асосий синдром — субтотал қорайиш. Ҳаттоқ томонда экссудатив плеврит. Б — унқ томонда субтотал қорайиш, интенсивлиги ва кучаяди. Асосий синдром — субтотал қорайиш. Ҳаттоқ томонда пастки қисми пневмонияси.

Ўпка майдонидаги чегараланган қорайиш



110- расм. Кўкрак қафасининг 2 проекциядаги рентгенограммаси (А, Б). Ўнг томонда III қовургадан диафрагмагача ўрта интенсивликка эга қорайиш аниқланади. Ўнг ён проекцияда ўрта бўлимга тўғри келади.

Асосий синдром — бўлим қорайиши. Ўрта бўлим синдроми.

В — кўкрак қафасининг олд проекциядаги рентгенограммаси. Ўнг томонда II—IV қовургалар орасида чегараланган қорайиш аниқланади, интенсивлиги кучсиз, контури ноаниқ, илдиз билан боғланган.

Асосий синдром — чегараланган қорайиш. Крупоз зотилжам.

Ўпка майдонидаги шарсимон (юмалок, овал) соя



Ўпка майдонидаги халкасимон соя



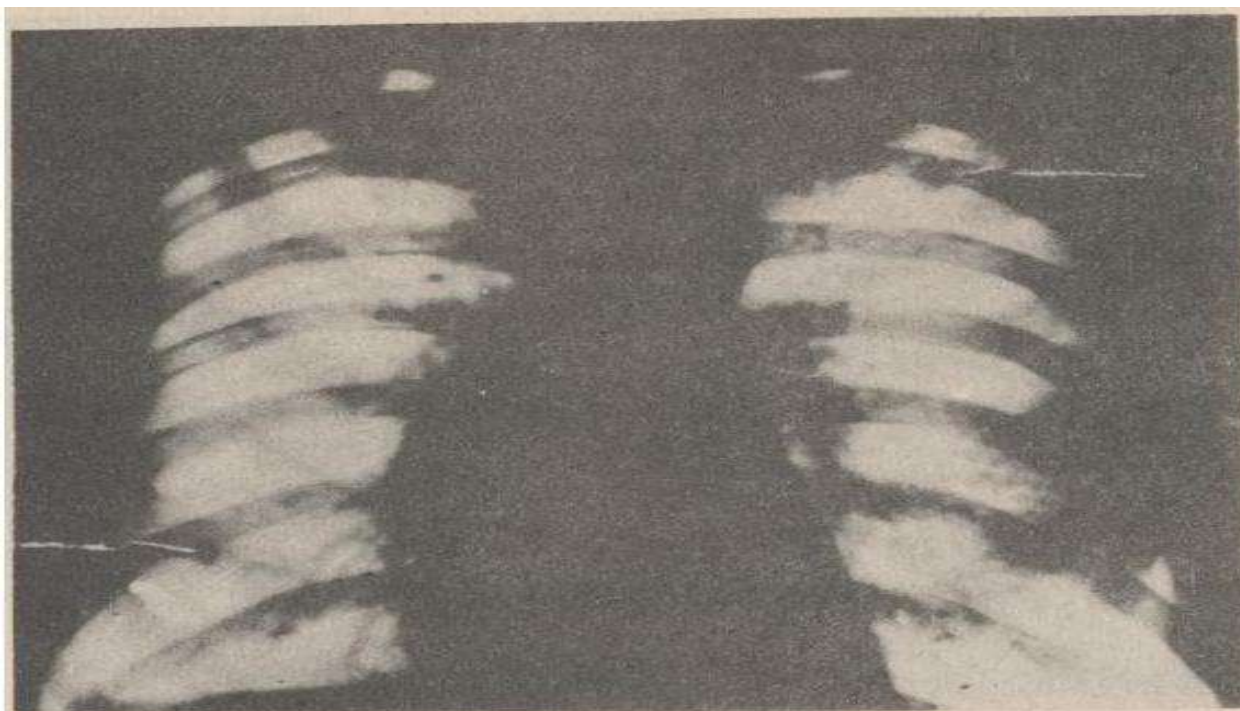
Ўпка майдонидаги ўчоқ диссеминацияси ва бўшлиқ



115- расм. Кўкрак кафасининг олд проекциядаги рентгенограммаси. Чап томонда I қовурғалар орасида девори бир хил қалинликдаги бўшлиқ (ковак), шакли овал, диаметри 5 см гача. Иккала ўпканинг бошқа қисмларида — ўчоқлар диссеминацияси ва инфилтратлар.

Асосий синдром — ўчоқлар диссеминацияси ва бўшлиқ

Ўпка майдони ўчоқлари

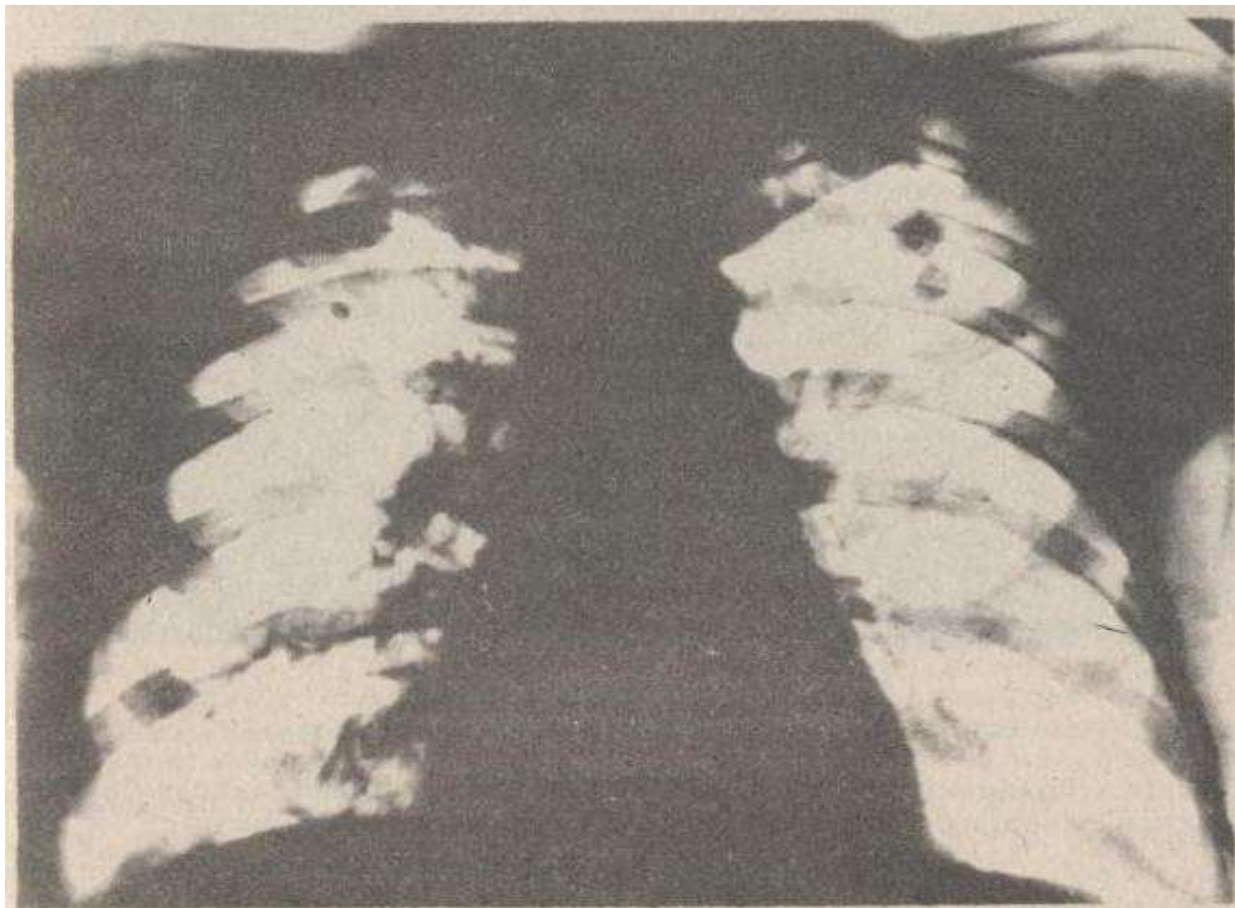


118- расм. Кўкрак кафасининг олд проекциядаги рентгенограммаси. Ўпканинг ўнг пастки қисмида, чап томоннинг I қовурғалар орасида каттик ўчоқлар, катталиги 10 мм гача (стрелка билан кўрсатилган).

Жараён тамомланган.

Асосий синдром — ўчоқ сояси.

Ўпка майдонининг чегараланган диссеминация

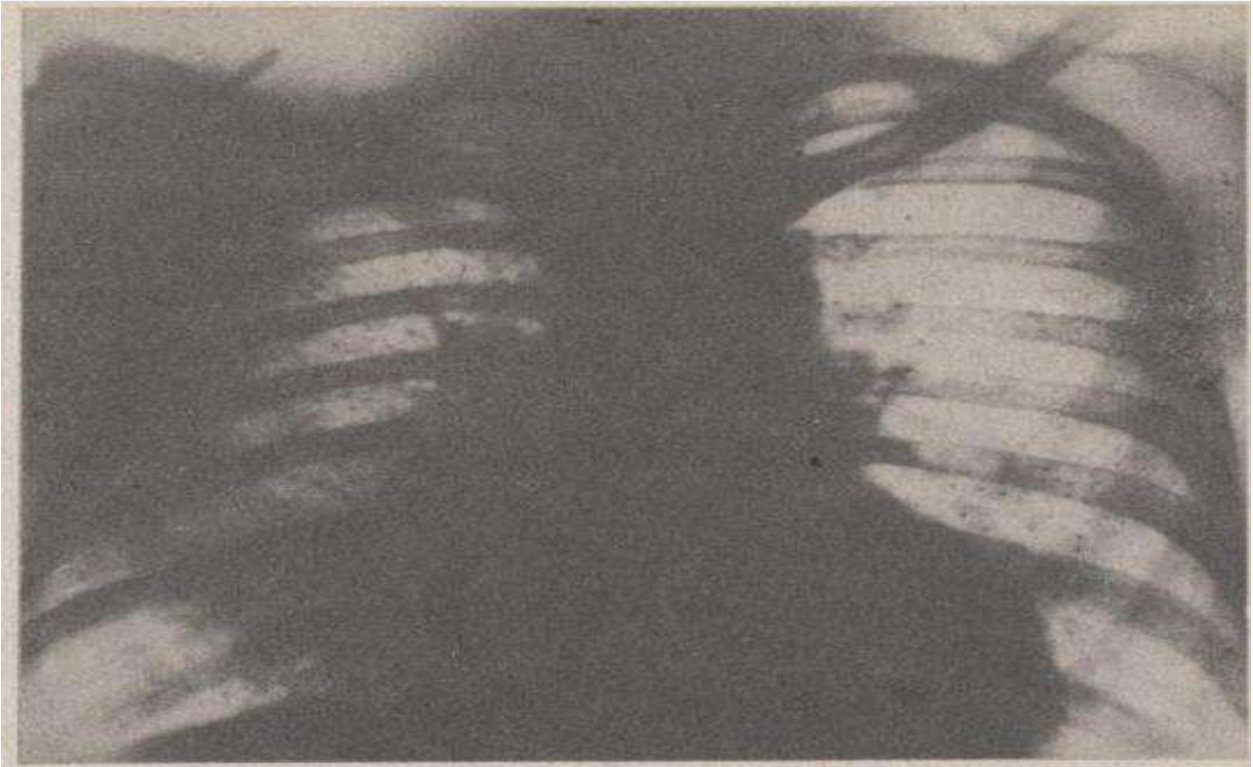


Ўпка майдонидаги ўчоқ диссеминацияси ва бўшлиқ

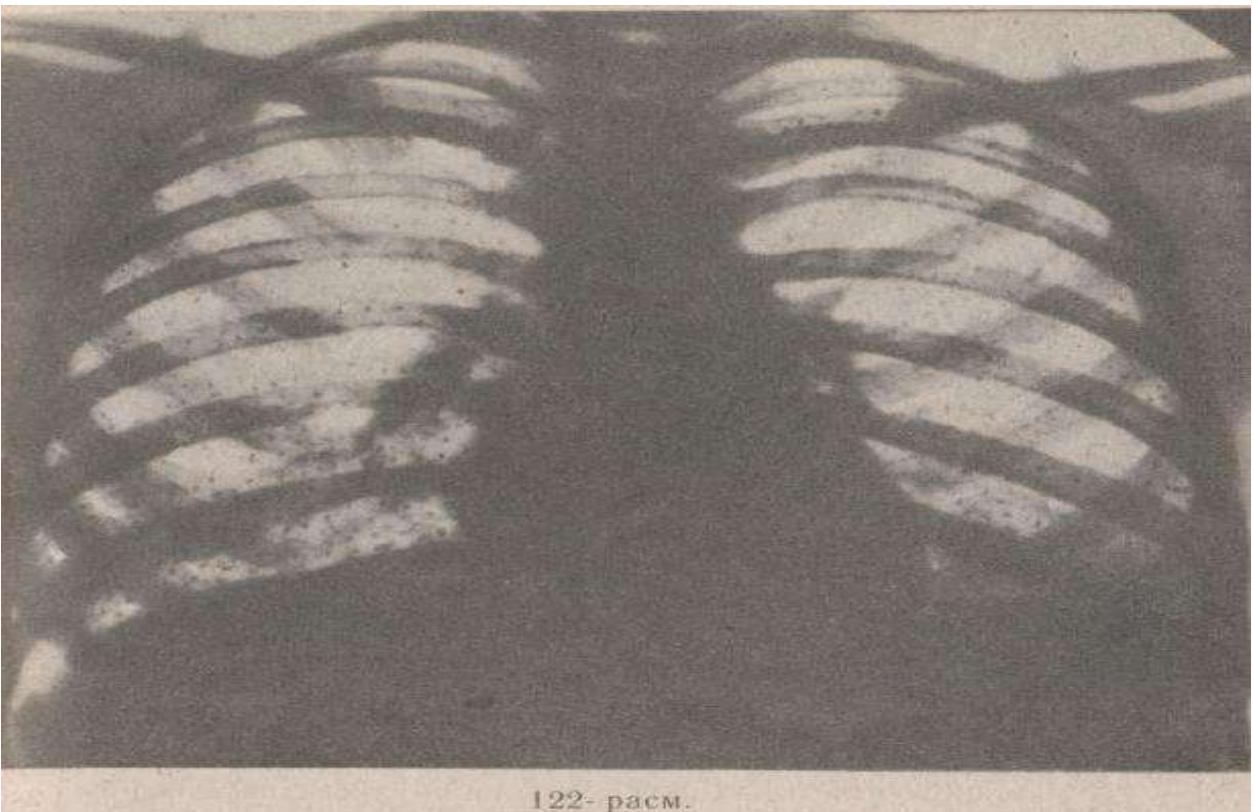


120- расм. Кўкрак кафасининг олд проекциядаги рентгенограмма-
си. Унг томонда ўмров суяги ости соҳасида халқасимон соя,
бўшлик, ичида хаво (ковак). Ии когургалар орасида инфилтрат.
Ўпка майдонидаги ўчоқлар диссеминацияси.

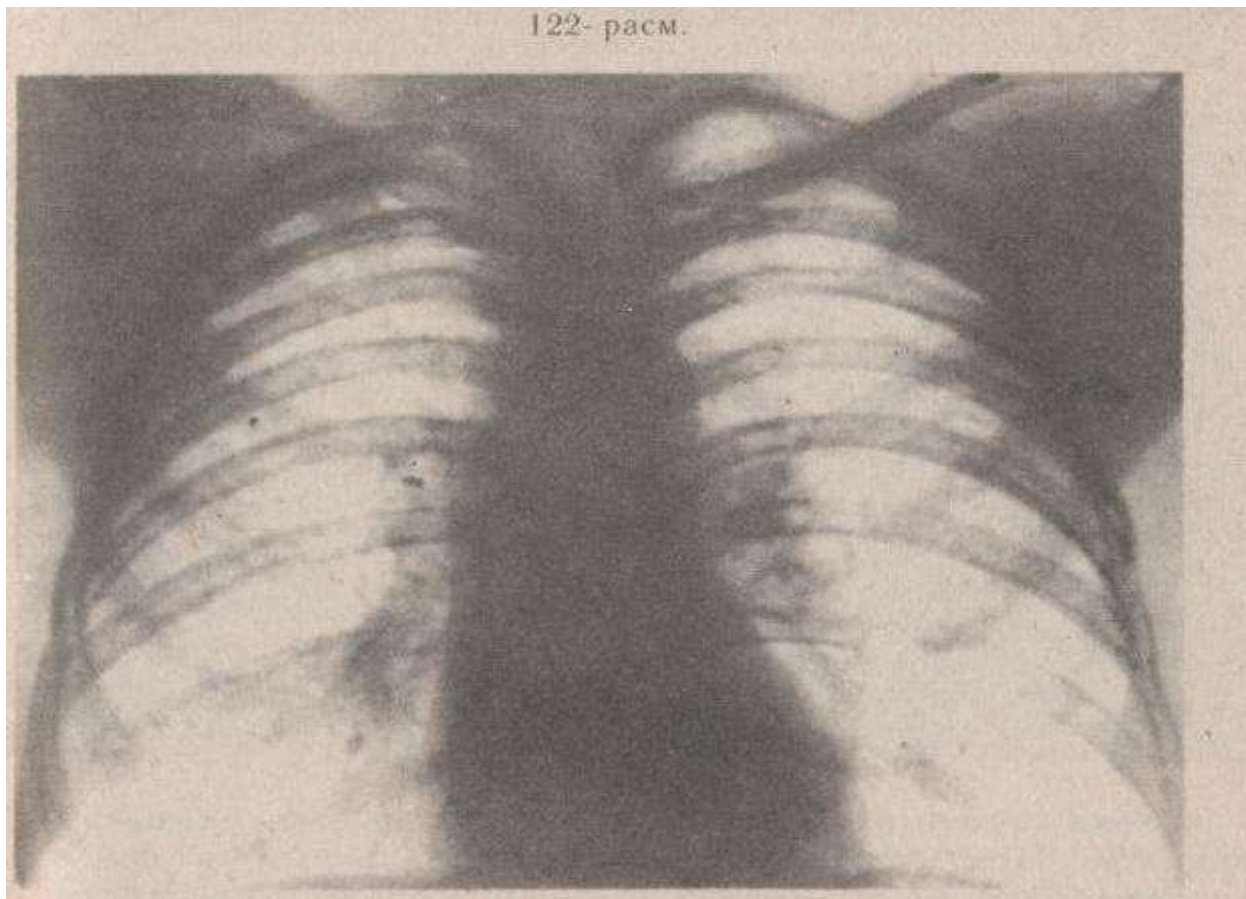
Ўпка майдонининг диффуз диссеминацияси



Ўпка майдонининг диффуз диссеминацияси



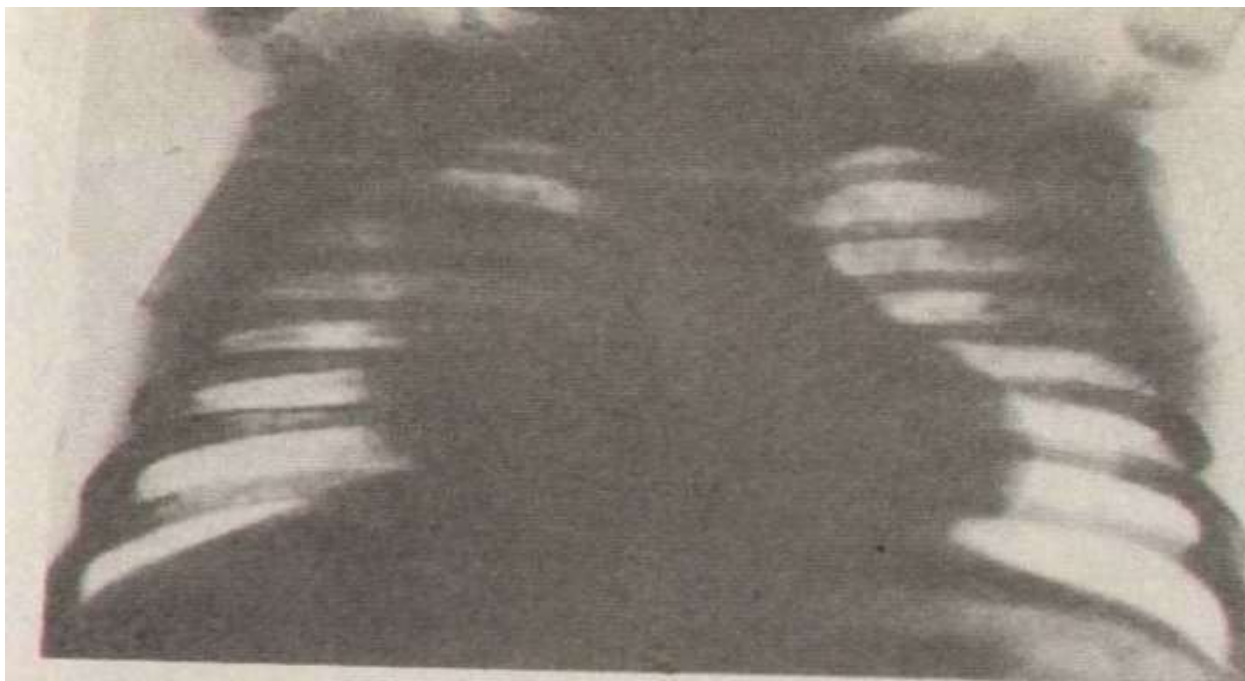
Ўпка майдонининг диффуз диссеминацияси



Ўпка илдизи ва бронхиал лимфа тугунлари патологияси

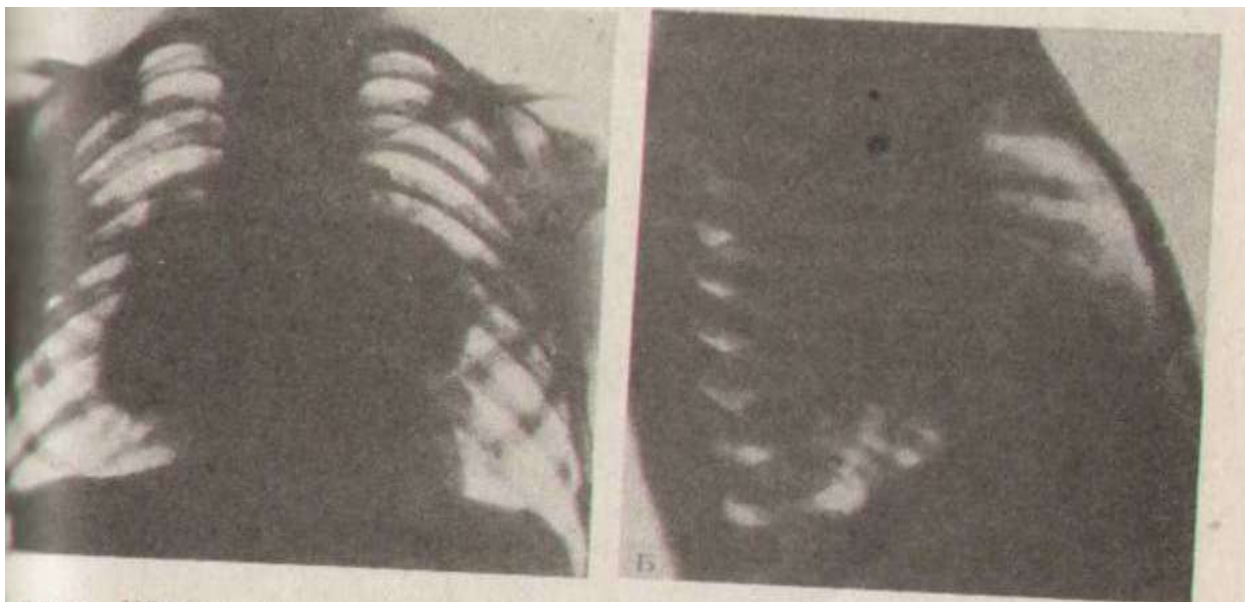


Ўпка илдизи ва бронхиал лимфа тугунлари патологияси



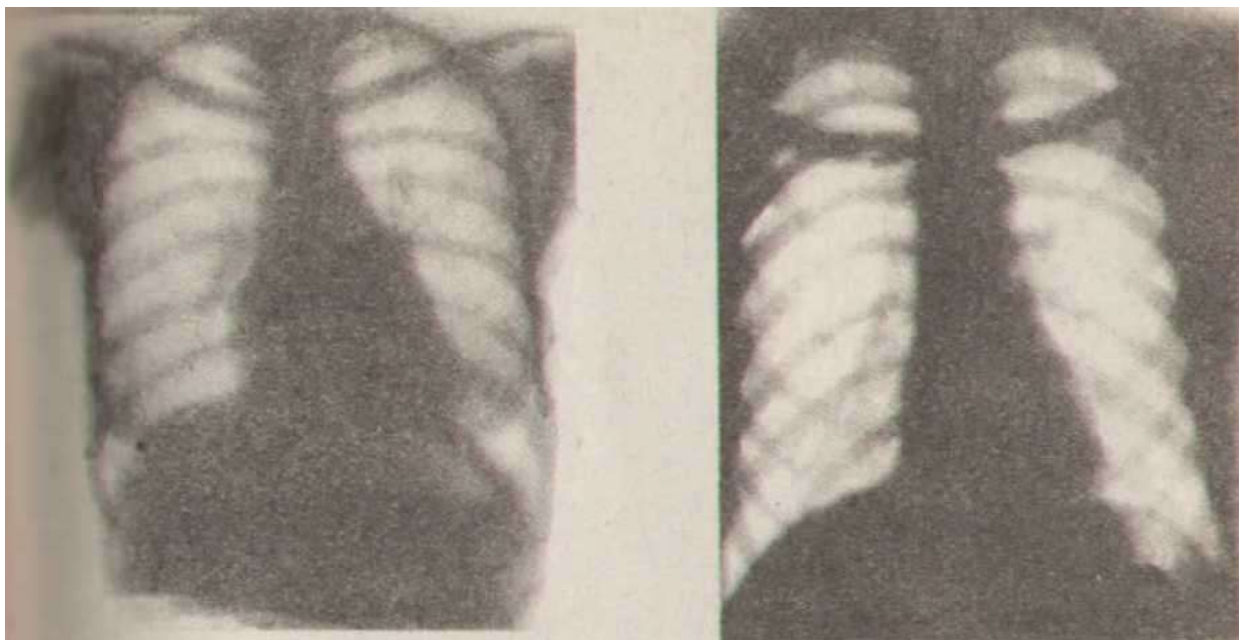
125-расм. Қўкрак кафасининг олд проекциядаги рентгенограммаси. Унг томонда II қовурғалар орасида инфильтратланган қорайиш, у катталашган ва инфильтратланган илдиз билан уланган. Инфильтрат фазасидаги биринчи комплекс.

Ўпка илдизи ва бронхиал лимфа тугунлари патологияси



126-расм. Қўкрак кафасининг олд ва ён проекциядаги рентгенограммаси (А, Б). Иккала ўпка илдизида катталашган трахеобронхиал ва бронхопульмонал лимфа тугунлари; улар оқибатида илдизлар жуда катталашган. Асосий синдром — илдиз патологияси. Лимфосаркома.

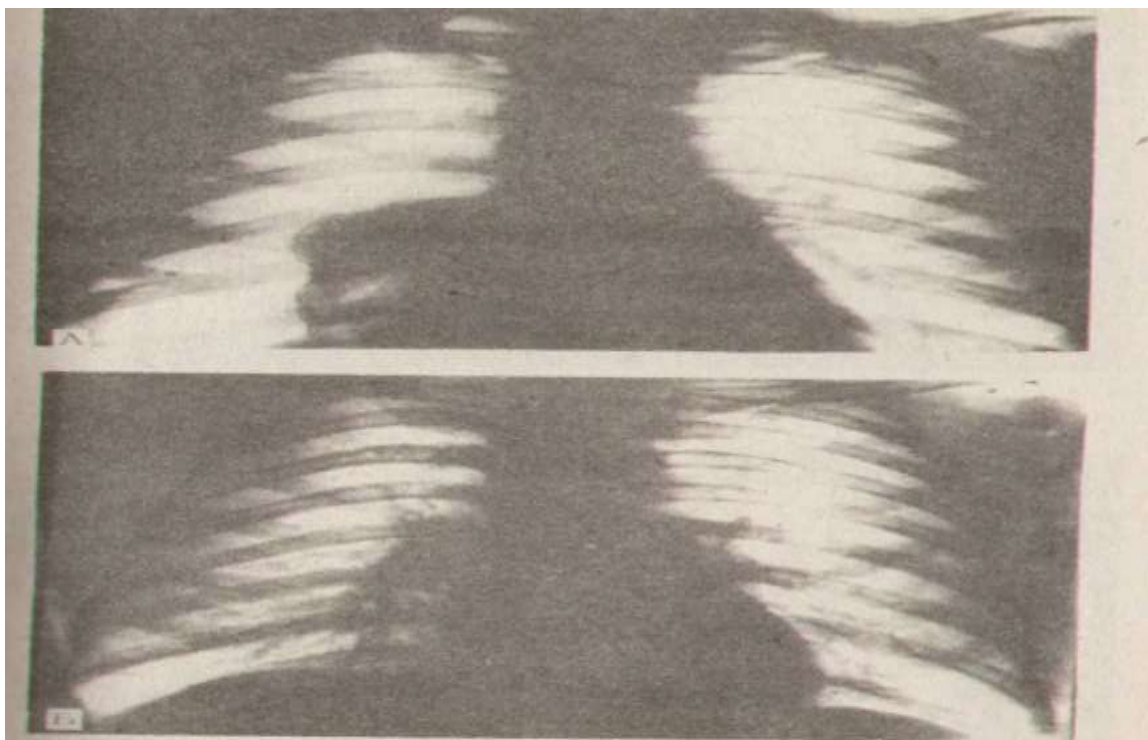
Ўпка сурати патологияси



1-расм. Кўкрак кафасининг олд проекциядаги флюорограммаси. Кичик қон айланмиш доирасида гипертензия туфайли ўпкада ўпка сурати кучайган.

2-расм. Кўкрак кафасининг олд проекциядаги рентгенограммаси. Ўрта-сиртки зоналарда томирлар сояси кучсизланган.

Ўпка майдонининг кенг ёругланиши



3-расм. Кўкрак кафасининг олд проекциядаги рентгенограммалари.
А. Кўкрак кафасининг ўнг томонида ёруғланмиш томир ва ёруғланган ўпка сурати бўлиб, ўпка эса инстинктив ва иккириги билан кенгайган. Чап томонида кенгайганлар шифоси.
Б. Хаво - ёруғланмишнинг кучайиши ва тиниқлиги.
 3а-ўзидан юз берган (сонтан) пневмоторакс.
 3б-ўзидан кейин ўнг ўпка тўғриланган, олднинг ҳолатига қайтган, ҳамма жойлардан ўпка сурати кенгайган. Норм.

2 – мавзу: Йўтал, балғам ва қон туфлашни қиёсий ташхислаш. УАВ тактикаси.

2.1. Таълим бериш технологиясининг модели

Машғулот вақти – 2 соат	Талабалар сони : 18-36 гача
Машғулот шакли	Кириш-ахборотли маъруза.
Маъруза режаси	<ol style="list-style-type: none"> 1. Йўтал таърифи. 2. Йўтал билан кечадиган касалликларни қиёсий ташхислаш. 3. Балғам ажралиши билан кечадиган касалликларни қиёсий ташхислаш. 4. Қон тупуриш билан кечадиган касалликларни қиёсий ташхислаш. 5. Ўткир ва сурункали бронхит. Бронхиолитлар (этиологияси, патогенези, клиникаси ва давоси). 6. УАВ тактикаси. <ol style="list-style-type: none"> 1 тоифа хизмати 2 тоифа хизмати 3 тоифа хизмати 4 тоифа хизмати 5 тоифа хизмати
Машғулотнинг мақсади:	Талабаларга йўтал, балғам ажралиши ва қон тупуриш билан кечадиган касалликларда ташхис қўйиш ва даволаш самарадорлигини баҳолашдаги ўрнини тушунтириш. Талабаларга умумий амалиёт ва амалиётда учраб турадиган қон тупуриш билан кечадиган касалликларда шопилинч ҳолатларда тез тиббий ёрдам курсатиш ва даволаш усулларини, ҳамда шу ҳолатларни олдини олишга қаратилган чора тadbирларни амалга ошириш йўллари ўргатиш. Ўткир ва сурункали бронхит ва бронхиолитларда УАВ тактикасини ўргатиш.
Таълим бериш воситалари	Ўқув қуланма, дарслик, проектор, компьютер
Машғулот услуби	Сухбат, маъруза
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория.
Мониторинг ва баҳолаш.	Оғзаки назорат: савол – жавоб.

2.2. Маъруза машғулотининг технологик картаси

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёргарлик босқичи (10-дақиқа)	<ol style="list-style-type: none"> 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)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Мавзу мақсади ва вазифаси билан таништиради 2. Мавзу бўйича саволлар беради. 	Тинглайдилар Талабалар берилган саволларга жавоб берадилар
2. Асосий	1. Мавзунини тушунтириб беради, слайдлар намойиш	Тинглайдилар

босқич (55 дақиқа)	қилиш 2. Кўргазмали плакатлардан фойдаланади	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 минут (2 соат)		

Маъруза матни

Умумий амалиёт вақти фаолиятида йўтални қиёсий ташхислаш ҳамда “мулжалли” даволаш муолажаларини ташкил қилишнинг замонавий йўсинлари.

- Балгам ташлашни баҳолаш ва ундан терапевтик башоратлаш диагностикада унумли фойдаланиш.
- Кон туфлашни ташхислаш ва даволаш стратегияси.

Маълумки табиат ритмлари ер қуррасидаги борки мавжудотларнинг ҳаёт-момотларини белгилаб борувчи жараёнлардир. Улар табиий ходисаларни бошқарадилар ва инсонлар умрларини белгилайдилар. Охириги ун йилларда утказилган тадқиқотлардан маълум булдики, инсон организми фаолиятлари ҳам ана шу жараёнлар билан (ерни уз уқи атрофида айланиб туриши, ерни қуёш атрофида айланиши, ойни ер атрофида айланиши ва х.к.лар) чамбарчас бевосита алоқадор экан. Хусусан, биологик соатлар организмнинг деярли барча ҳаётий муҳим вазифаларни бошқариб турадилар; масалан, тана харорати ёки ухлаш ритми ёхуд юрак ва буйрак фаолиятларини сутка давомида узғариб туришлари шулар жумласидандирлар. Демак, ички касалликлар семиотикасини урганишда ва таҳлил қилишда мазкур хронобиологик табиий жараёнлар албатта инобат қилинишликлари керак. Булар упка ва нафас йўлларига ҳам таалуклидирлар ёхуд нафас аъзолари хасталикларининг асосий аломатлари булмиш, йўтал, балгам ташлаш ва кон туфлашларнинг семиотикасини урганиш учун улар хақида замонавий тасаввурларга эга булиш лозим.

Тадқиқотлардан исботлашча, куннинг ярмига бориб упка рецепторлари микдори ортади, тонг сахар паллаларида эса, аксинча, камайдилар. Бундан ташқари, ёз ойларида рецепторлар зичликлари ортиб, кишда эса камаяди. Нафас йўлларининг кучли кенгайишлари кундузи соат 3-4 лар орасида кузатилади, роппа-роса 12 соатдан кейин эса, яъни сахарги соат 3-4 ларга бориб уларда торайишга мойиллик пайдо булади.

Бундай ва шу каби бошқа хроноболик тарзда нафас йўлларини узғариб туришлари булса упка-бронх касалликлари симптом ва синдромлари генезлари аксарият холларда турлича талкинланадилар. Уларни жумладан, йўтал, балгам ташлаш ва кон туфлаш каби айниқса куп учрайдиган аломатларнинг келиб чиқиш механизмларини аниқ билиш ва баҳолай олиш даволаш тадбирларини тез ва мулжалли амалга ошириш имкониятини беради, хавфли асоратларни бартараф қилади.

Нафас йўлларига юқори нафас йўллари (бурун, буруннинг ёндош бушликлари, ветахив найчалари, огиз бушлиги ва бурун-халқум) ва қуйи нафас йўллари хикилдок, кекирдак ва бронхлар) киритилади. Биринчисининг асосий вазифаси олинаётган хавони тозалаб бериш, уни намлаб ва иситиб боришдан иборат булса, иккинчи қисмининг бош вазифаси булиб фонациз хавони намлаш ва иситиш ҳамда йўтал рефлексларини ҳосил қилиб бориш кабилар хисобланадилар.

Нафас аъзолари тизимида махсус функционал йигилмалар тарқалиб жойлашган булиб улар упканинг уз-узидан тозаланиб таъминлаб борадилар, бу жараён бронхларнинг фаолияти номи билан фанга маълум. Шифокор амалиёти учун айнан ахамият касб этувчи мазкур жараён хилпилловчи эпителиялар ва шиллик қаватлар безлари бронхларнинг перистальтик фаолиятларига ҳамда йўтал рефлексига бевосита боғлиқ холда юзага келади. йўтал рефлекслари эса рецептор ҳудудларини (“туссиген ҳудудлари”) таъсирланишлари туфайли келиб чиқадилар.

Шуни айтиб утиш лозим-ки, дренаж фаолиятлар юқориги сегментларда нисбатан мукамалроқ ифодаланган буладилар, куйида жойлашган сегментларда эса аксинча сустрок даражада руй берадилар ва шу сабабли уларнинг бузилишлари дастлаб мана шу куйи худудлардан бошланади. Бронхларнинг дренаж фаолиятлари бузилишлари олтинчи-еттинчи сегментларда хос осон вужудга келадилар, чунки уларга лимфа тугунлари ёндошиб жойлашган буладилар. Лимфа тугунларини катталашувлари аввал бронхолитик рефлексор таъсирланиши чакиради ва сунгра бронхларни эзилиши натижасида бронхиал дренаж бузилишларини келтириб чиқарадилар. Буларнинг оқибатида эса нафас аъзолари хасталикларнинг субъектив ва объектив симптомлари юзага келадилар ва авжланиб борадилар. Улар орасида энг куп учрайдиган ва ташхисий ахамият касб этадиган йуталдир.

ЙЎТАЛ – мураккаб рефлексор жараёнлар натижасида келиб чиқадиган шаклан узгарган нафас булиб, куплаб учраб турадиган кардиореспиратор симптомлардан биридир. У нафас йулларида ё жисмларни пайдо булиши ёки уларни ташқаридан тушиб келиши (суякчалар, писта пучоклари, овкат заррачалари, тангалар ва б.к.), ёхуд яллигланиш ёки бошка патологик жараёнлар туфайли хосил булган чиқиндилар (балгам, йиринг, кон, шиллик ва б.к.) билан хаво йулларини тикилиб қолиши туфайли чакирилади. Бу вақтда бронхиал мушаклар кискариши оқибатида чуқур нафасдан сунг олинган хаво зарб билан турткисимон тарзда чиқарилади.

Йутал узига хос химоя воситасидир, чунки унинг ёрдамида мукоциляр клиренс мувозанатини мувофиқлаштириб туриш учун зарур омил таъминланади – бронхиал секретлар чиқариб турилади, ва бундан ташқари хаво йулларидаги ёт жисмлар ҳам бартараф қилинади. Йутал кучи билан чуқур нафас олиш руй беради, овоз бойламлари бирикадилар диафрагма бушашади, нафас мушаклари тонуслари ортади. Буларнинг ҳаммаси кушилиб курак ички босимининг кучли ортиб кетишини чакиради. Овоз бойламларини очилиши билан хаво оқими катта тезликда тор трахея ва очилган овоз бойламлари орқали интиладилар. Атмосфера босими ва курак ички бугимлари уртасидаги тафовут кучаяди ва бу йутал пайдо булишига олиб келади.

Йутал хаво йулларининг ҳамма қисмида эмас, балки унинг маълум худудларидагина йутал худудларининг асаб толачалари китикланиши сабабли пайдо булади. Демак, йутал рефлекслари фақат “туссиноген худудлар”га эга булган маълум сохаларидагина чакирилади. Бундай худудларга хиккилдок шиллик кавати, кекирдик, бронхлар шиллик каватлари (аникроги, трахея бифуркацияси худуди ва бронхлар ажралишаётган соха) ва плевра варақлари юзалари қирадилар. Бошка, куйи нафас йуллари худудларида бевосита йутал пайдо булмайди. У жойлардан нафас йуллари шиллик каватларига копланиб жойлашган хилпилловчи эпителиялар киприклари харакатланишлари натижасида балгам, шиллик ва бошка ёт моддалар зарралари йутал худудларига суриб олиб қолинади.

Йутал турли сабабларга кура пайдо булади. Жадвалда:

ЙЎТАЛ ВА УЛАРНИНГ АСОСИЙ САБАБЧИЛАРИ

Турлари	Келиб чиқиш механизмлари	Асосий сабаблари бўлмиш касалликлари
Курук йўтал	Плевра варақларидаги туссиген худудларни “таъсирланиши нафас йулларини ёт моддалар билан таъсирланиши сабаб булинади.	Плевралар, нафас йулларига ёт жисмларни туриб қолиши
Балғамли (намли) йўтал	Нафас йуллари ёки упка бушликларида хосил булган чиқиндиларни ажратилиши туфайли келиб чиқадилар	Упка абсцесси, упка гангренази, сурункали бронхитлар, пневмониялар, бронэктазия касаллиги, упка интерстиал касалликлари, бронхиал астма.
Доимий йўтал	Юқори нафас йуллари “туссиген худудлари”ни таъсирланиши сабаб булади.	Юқори нафас йулларини яллигланиш касаллари

Ўқтин-ўқтин йўтал	Ритмларга ёки бемор вазиятига боғлиқ холда мукоцилиар транспортнинг бузилиши рол уйнайди.	Упка абсцесси, бронхоэктазиялар.
Дапкир-дапкир тутадиган хуружсимон йўтал	Кукрак ички босимининг ортиши келтириб чиқаради	Трахсит, бронхит, пневмония, плеврит, плевропневмония, трахея ва бронхларни эзилиши, улар ёт жисмларни тушиб қолиши, бронхиал астма, упка раки, медиастинал синдром, аорта аневризмаси, мезааортит, митрал стеноз аневризмаси, мозаа ортит, митрал стеноз, истерия, упка кавернаси ёки абсцесси тошилиши, упка инфаркти ва сили, упка шишуви
Бетголопсия	Бош мия ишемияси ва мия қон айланишининг транзитор бузилишлари сабабли булади.	Чангдан, буладиган бронхитлар, упка-бронх аппаратининг токсик касалликлари
Сахарги йўтал	Бронхларда шилликни тупланиб қолиши келтириб чиқаради	Сурункали бронх, бронхоэктазия касаллиги упка абсцесси, каворнозан упка сили, “кашандалик” бронхити
“Тунги йўтал”	Кукс бушлиги лимфа тугунлари қатталашуви оқибатида трахея бифуркацияси худудидаги “туссиген худуд” ларни таъсирланиши вужудга келтиради	Ўпка сили, лимфогранулематоз, усма касалликлари
“Кечки” йўтал	Нафас йуллари шиллик қаватлари “туссиген худуд”ларини китикланиши юзага келтиради	Бронхитлар, пневмониялар
“Асабий” йўтал	Рефлектор ёйи айрим худудлари таъсирланишнинг ортиши сабаб булуди.	Истерия
“Юрак йўтали”	Юрак ва упка асаб рецепторлари таъсирланиши сабаб булади.	Упка бронх касалликлари билан асоратланиб кечувчи юрак хасталиклари
“Охангли” йўтал	Нафас йулларини сикилиши ва оз-оз бойламларини шимуви пайдо қилади.	Кук йўтал, кекирдикни буккок ёки усма билан эзилиши
Паст охангли ва киска йўтал	Овоз бойламларини емирилиши сабабли булади	истерия
Хириллашли йўтал	Хирилдокни шамоллаши ёки зуриқиши сабабли булади.	Хикилдок захми ва сили, зотиджамни бошланиши, неврозлар ларингитлар.

Давомийлигига кура йўтални уч тури тафовутланади: доимий йўтал, уқтин-уқтин булиб турадиган йўтал ва дапкир-дапкир тутадиган хуружсимон йўтал.

Доимий йўтал асосан юкори нафас йулларининг яллигланишлари учун характерли булиб, у сурункали бронхитларда, хикилдок ёки кекирдикни сурункали касалликларида ва юрак касали бор беморларда упкада қонни димланиб қолиши каби ҳолатларда кузатилади. Бундай йўтал нисбатан кам учрайди, лекин зикр қилинган касалликларда ва яна бронхоэктазларда

хосил була бошлаган даврда, бронхоген упка ракида, упка ракининг кукс оралиги лимфа безларига метастазларида ва упка силининг айрим турларида хам ташхисий озук булиб ахамият касб этади.

Бу йуталдан фаркли уларок уктин-уктин буладиган йутал ё сутканинг факат маълум бир пайтларида ёки гавданинг маълум вазиятларида вужудга келади (балгамларни упка бушликларидан кучиши-упка йирингли касалликларида ёки бронхоэктазияларда). Иккинчи холатларда упка бушликларидан балгам бронхларга куйилади ва уларнинг шиллик каватларини китикланишлари натижасида йутал рефлeksi чакирилади. Уктин-уктин тутадиган йутал йук кишиларда совук хаво билан нафас олганда ёки совук курпачага утказилганда то у исигунигача булган вакт давомида чекувчи хамда арокхурларда тонг тонг сахарлари кузатилади, ва яна тун давомида нафас йулларида балгамларни тупланиб колиши сабабли упка эмфиземаси ва сурункали бронхитларда хам пайкайди.

Дапкир-дапкир буладиган хуружсимон йутал кукйутал учун характерлидир. Бунда азобли йуталдан кейин хуштаксимон, узун ва жарангли чукур нафас олиш кузатилади. У торайган овоз ёриги оркали хавонинг утиши туфайли хосил булади.

Ёт жисмларни ёки емак пайтида сузлашиш сабабли овкат зарраларини нафас йулларига кетиб келиши холларида бир мартали хуружсимон кучли йутал пайдо булади ва у ёт жисмни хаво йулларидан чикариб юборилмагунича давом этади. Бу тусдаги йутал хавфлидир. Унинг хуружи тузилиб кетгудай булса, беморнинг буйин куктемирлари буртиб чика бошлайди, юзлари шишади, юз ва буйин сохалари кукимтир тус (цианоз) олади. Бунинг саби шуки, йутал пайтида кукрак ичи босими кескин кутарилиши натижасида веноз конни унг булмачага бушануви кийинлашади. Йутал хуружи пайтида капиллярларда кон димланишлари туфайли ва бунинг окибатида венозли капиллярларни ёрилиши сабали кузга, тери ва шиллик каватларга кон куйилишлар хам булишлиликлари мумкин. Ёки йутал марказлари таъсирланишларини уларга якин жойлашган кусиш марказларига таркалиши руй бериши натижасида кучли хуружсимон йутални баъзида кусиш билан давом этиши хам кузатилади.

Хуружсимон йутал сабабчилари булмиш асосий хасталиклар жумласига яна куйидагилар кирадилар: трахеит, бронхит, пневмония, плеврит, плевропневмония, бронхиал астма, упка раки ва кекирдак хамда бронхларни эзилишлари. Хуружсимон йутал яна медиастинал синдромда, аорта аневризмасида, мезааортитда, митрал стенозда ва истерияда хам кузатилади. У турли тусдаги – шилликли, шиллик-йирингли, геморрагик, ёпишкок ёки суюк балгам ажралиши билан хам ифодаланишлиги мумкин. Бундай тус олиб хуружсимон йутални кечиши турли касалликларда кузатилади (жадвалда акс эттирилган). Жадвалдан куришиб турибдики, балгамли хуружсимон йутал уткир бронхитда, крупозли пневмонияда, гриппдан кейинги пневмонияда, уткир упка абсцессиди, упка гангреназида, бронхоэктазия касалида, бронхиал астмада, курук плевритда, упка шишувида, упка ва бронхлар ракида, бронхлар ёт жисмлар кириб колганда медиастинал синдромда ва упка силида узига хос хусусиятлар кашф килиб намоён булади.

Хусусан, уткир бронхитларда хуружсимон йутал бошка касалликларга караганда кучли ифодаланса, уткир пневмонияларда даставвал нисбатан енгилрок ва курук булиб туриб, 2-3 кунлардан кейин балгам билан кучаяди. Упканинг йирингли касалликларида эса бугувчи хуружсимон йутал булади ва у йиринг тула упка бушликлари бронхлар томон бушаниш даврига борганда шиддатлашади ёки безга безгак тутиш ёхуд бадхур хидли «огизни тулдириб» балгам ташлаш билан бир вақтда юз беради.

Бронхиал астмада хуружли йутал тутиши манзараси ташхисий ахамият касб этади: астма олди холатида у балгамсиз, лекин шиддатли булади ва бугилиш хуружи авжида янада кучаяди, кейинрок эса тип-тиник, бегубор (мисоли ойнадек) балгам ташлаш билан давом этади.

Тинкани курутувчи, давомли дапкир-дапкир тутадиган ва даволаш муолажалари кам ёки деярли кор килмайдиган хуружсимон йутал упка-бронхлар усма касалликлари учун характерли булади. Айнан шунга ухшаш, аммо лекин ута хавфли хуружсимон йутал бронхларга ёт жисмлар туриб колганда кузатилади. Юкоридагилардан фаркли уларок мазкур

клиник вазиятда силлани курутувчи йутал хуружи бирданига деярли соппа-сог одамда пайдо булади ва суз билван ифодалаб булмайдиган даражада азобли булади, купинча кон туфлаш билан давом этади ёки бемор хушуни йуолишигача олиб келади.

Упка шишуви синдромида (жуда куп касалликлар келиб чикиши мумкин) хуружли йутал аввалига курук, ва сунгра эса балгам ташлаш билан давом этиб монанд шиддатли тус олади. Кукс оралиги касалликларида кузатиладиган медиастинал синдромида эса у кукйуталдаги жарангли булиб беморни кукариши ва инспиратор халлослаш хамда артридороз нафас олиш билан давом этади. Упка силида хам хуружсимон йутал булади ва у шуниси билан фаркланади-ку, унда йирингли-шиллик хуружсимон йуталнинг турли касалликларда ифодаланиши хусусиятлари

Касалликлар	Хуружсимон йўтал куринишлари	Хуружсимон йўталга ёндош симптомлар
Ўткир бронхит	Хуружсимон йутал ута шиддатли булади, 2-3 кундан сунг унга ёпишкок балгам ажралиши кушилади.	Бош огриги, синкопал холатлар, нафас кишиш ва цианозни кучайиб бориши.
Крупозли пневмония	Биринчи кунлари курук ва огрикли хуружсимон йутал булиб, 2-3 кундан сунг у зангли балгам билан давом этади	Безгак тутиш, ёноклар гиперемияси, лаб ва бурунлар цианози, учуклар тошиши, доимий иситма ва кукрак кафаси огриклари, бронхиал нафас ва крепитация.
Гриппдан кейинги пневмония	Хуружсимон йутал даставвал курук, сунгра шиллик-йирингли ёки кон аралаш балгам ажралиши билан намоён булади.	Интоксикация белгилари, такроран иситма кутарилиши, хансираш, цианоз, адинамия, характерли объектив инструментал ва лаборатория текширувлари аломатлар
Ўпканинг йирингли касалликлари (ўпка абсцесси)	Йирингли бушлик очилиш пайтида бугувчи хуружсимон йутал тутуди, бадхур хидли йирингли балгамни катта мик дорда ажралиши билан давом этади (упка абсцесси); ёки ута бадхур балгам, такрорий безгак тутиш, юкори иситма, цианоз ва хансираш билан куриниш беради (упка гангренази)	Ўпка бушлигига хос аломатлар (тимпанит, амфорик нафас).
Бронхоэктази я касаллиги	Вакти-вакти билан хуружсимон йутал тутуди ва «огизни тулдириб» йирингли балгам ташлаш билан давом этади	Озиб кетиш истималаш, «ногора таёкчалари», клинико-рентгенологик симптомлари
Бронхиал астма	Хуружсимон йутал астманинг продромал даврида, бугими хуружи пайтида ва охирида вужудга келади, тиник ёпишкок балгам ажралиши билан давом этади	Йутал бронхолитик дорилар билан тухтайди.
Ўпка шиши	Аввал курук сунг серо-геморрагик балгам ажралиши билан хуружсимон йутал ифодаланади.	Авжланувчи хансираш, жарангли диффуз хул хириллалар
Ўпка бронх раки	Хуружсимон йутал давомли ва шиллик-йирингли ёки кон аралаш	Кон туфлаш, истималаш, хансираш, хуштаксимон хирил
Бронхларга ёт	Хуруж ута азобли булади, кон	Ўпка ателектази аломатлари

жисмларни кириб келиши	туфлаш билан содир булиши хам мумкин.	
Медиастинал синдром	Кукйутални эслатади, цианоз, стридороз нафас ва инспиратор хансирашлар билан давом этади.	Ўпка тўқимаси эзилиши симптомлари, юкори ковак венаси сикилиши аломатлари, афония, адашган ва диафрагмал нервлари босилиш белгилари (экстрасистолиялар, хикичок тутиш, диафрагма паралиги).
Ўпка сили	Хуружсимон йутал йирингли-шиллик балгам кучиши билан давом этади, сил плеврити ривожланиши билан таскин топиб боради.	Ўпка силига хос клинико-лаборатория ва инструментал текширув аломатлари мажмуаси.

Балгам ташланади ёки жараён плевра бушлигига етиб борганида уни авжи нисбатан таскинлашади.

Йутал балгам ташлаш билан ёки балгамсиз булиши мумкин ва шу туфайли унинг икки тури тафовутланади: курук йутал ва намли йутал.

Балгам ажралмасдан буладиган йутални курук йутал деб аталади ва у плевра варақларини хасталанишларида, нафас йуллари яллигланишида хамда хаво йулларини механик таъсирланишларида асосан кузатилади (ларингитларда, курук плевритда, лимфа сили, лимфагранулематоз) ва рак метастазлари туфайли бронхларни эзилишлари. Намли йутал деб балгам ташлаш билан содир буладиган йуталга айтилади. Балгамли йутал булганда балгам микдори, ажралишининг давом этиш муддатли характери, ранги, хиди бор-йуклиги, сутканинг кайси пайтида ёки беморнинг қандай вазиятларда купрок ажралиши кабилар синчковлик билан бахоланиши лозим, чунки бу хусусиятларга кура ташхисга берилади ва монанд муколитик терапия танланади.

Сахарлари тутадиган йутал хам диагностик ахамият касб этади. Бундай йутал сурункали бронхит, бронхоэктазия касаллиги, упка абсцесси, говаклик упка сили кабилар билан хасталанган беморларда булади. Чунки бундай беморларда туни билан упка ва бронхларда йигилиб қолган балгам эрталаб уриндан турилганда ва вазият узгарилганда-ёндош худудларга оқади ва бронхлар шиллик каватларида жойлашган «туссиноген худудларга» етиб келганда уларни таъсирлантириб йутал рефлексини чакиради. Бундай йутал албатта балгам ташлаш билан содир булади ва одатда у билан бирга суткалик ажралаётган балгам микдорининг 2/3 микдори ажралади.

Сахарги йуталнинг яна бир етакчи сабабчиси кашандаликдир. Эпидемиологик тадқиқотлар далолат беришлари-ча, 15-20 йил узлуксиз тамаки (папирос) чекилса бронхит учун характерли клиник аломатлар вужудга келади (Чучалин А.Г. 1998) ва шунинг учун хам амалиётда «чекувчилар бронхити» ибораси кенг ишлатила бошланди. Одатда сахарда, уйгонгандан кейин, йутал тутати ва оз микдорда йутал билан бирга кунгирсимон балгам ташланади. Нафас олиш кийинлашиб келади, лекин йутал билан, айниқса балгам ташлангандан кейин, енгилрок нафас олиш тикланади. Биринчи чекилган сахарги папирос йутални кучайтиради ва балгам кучишни тезлаштиради, бунинг натижасида киска муддат давомида нафас йуллари утказувчанликлари тикланади ва оқибатда, мисоли тамаки тутини ижобий натижа келтиргандай носоглом тасаввур тугилишига сабаб булади. Аслида эса тамаки чекишга мойиллик тобора кучайиб кашандалик билан боғланган упка касалликлари доираси кенгайиб боради (сурункали обструктив бронхит, бронхиолит, упка эмфиземаси, бронхиал астма упка раки ва болаларда упка анормал ҳолатлари).

Йутални алоҳида бир шакли беттолопсиядир, у ҳақда мавжуд дарсликларда деярли маълумотлар йук деса хам булади, ваҳоланки мазкур синдром алоҳида ташхисий изланишни ва даволаш дастурини талаб этади.

Беттолепсия деб йутал хуружи авжида хушни йуқолиши ва чангақ тутиши билан ифодаланиб куринадиган синкопал ҳолатга аталади. Бу синдром 22 йилдан зиёдрок бурун М.И.Холоденко томонидан ёзилган ва тиббиётга киритилган хозиргача адабиётларда турлича номланиб келади:

«йуталдан хуш кетиши» синдроми, «пертусолопсия», Шаркони́нг хикилдок апоплексияси ва «Флиндта синдроми».

Упка касалликлариди (сурункали бронхит, бронхиал астма, упка эмфиземаси) беттолепсия синдроми 16,3 дан то 18,3 фоизгача учрайди, купчилик холларда врач аралашувисиз уз-уздан утиб кетади. Купрок 40 ёшдан утган беморларда кузатилади ва унинг асосий сабабчилари булиб бош мияда кон айланишининг киска муддатли бузилишлари, бош мияни консираши, альвеоляр вентиляциянинг ва кичик кон айланиш доирасида гемодинамика бузилишларининг кучайиши (гипо ва гипоркапнияга, кислота-ишкор мутаносиблигини бузилишига ва кронда Р О нинг камайишига олиб келади) рефлексоген худудлардан бош мияга патологик импульсларни келиши кабилар хисобланадилар. Тутканокга ирсий берилувчанлик, бош мия шикастланишлари, сурункали интоксикациялар (спиртли ичимликлар билан, никотин билан ва б.к.) унинг ривожланишига мойиллик тугдирадилар.

Препаратнинг терапевтлар самараси 2-3 суткаларда сезилади. Бу препарат 3 хил шаклда чикарилади: АЦЦ-100-гранулят (1 пакетда 100 мг ацетилцистеин тутуди) АЦЦ 200-гранулят (1 пакетда 200 мг ацетистеин тутуди) ва АЦЦ лонг-тез эриб кетувчи ва давомли таъсир этувчи, таркибида 600 мг ацетилцистеин тутувчи таблеткалар АЦЦ-200 600-1200 мг/сут (аксарият холларда 200 мг дан кунига 2-3 махал) микдорда кулланилади ёки АЦЦ лонг 1 таблеткадан кунига бир махал 5-7 кун давомида борилади.

Курук йуталда: а) Ок узум виносини 250 мл га 50 г кизил калампир илдизидан кушиб кайнатилади. Совутиб сузилади, кун давомида унинг барчасини учга булиб иссик холда ичилади. Катта пиёзни майдалаб тугралади ва 150 г газ ёғи билан кориштирилади. Хар куни эрталабда бир ош кошикдан истеъмол килинади, уйку олдидан эса буйин ва кукракларга суртиб ётилади.

б) Икки ош кошик канд (шакар) бир стакан кайнок сутда эритилади ва унга битта тухум сариги кушиб яхшилаб аралаштирилади (тухум сариги ивиб колмаслиги керак). Иссик ураниб ётиб туриб коришма бир йуласига ичиб олинади.

в) Бир ош кошик асал, битта тухум сариги, бир ош кошик конъяк, ярим стакан кайнок сут, ярим стакан кайнок Бержеми (ёки яна ярим стакан кайнок сут) олиб яхшилаб аралаштирилади. Оёкларга иссик ванна кабул килиб, тайёрлаб куйилган коришмани барчаси бир йуласига истеъмол килинади ва иссик ураниб ётилади.

г) Кунгабокар ёки чаканда (облепиха) мойидан бир ош кошик, конъякдан бир ош кошик (ёки спиртдан), бир ош кошик асалдан олиб кориштирилади. Оловда энгил илтилади ва барчасини бирданига ичиб ураниб ётилади.

3. Сурункали йуталда: Чучка ичак ёғи идиш солиб иссик сувга ботириб куйилади ва кучсиз оловда ёғлар то эригунига кадар кизитилади. Эриган ёғи олиб совук жойга куйилади. 1 та десерт кошик эриган ёғни бир стакан кайнок сутга аралаштириб, кайно-кайнок ичилади.

Бир стакан кайнок сут бир ош кошик асал ва бир чой кошик сутли какао мойи аралаштирилиб иссик холда кунига икки-уч махал култумлаб ичилади.

Майдаланган йигмадан бир ош кошиги икки стакан кайнок сувга солинади, 30 дакика дамлаб куйилади ва сузилади, овкатдан ярим соат кейин кунига уч махал ярим стакандан ичилади.

Тиббиёт бирламчи бугимида умумий амалиёт шифокори куп учратадиган аломатлардан яна бири балгам ташлашдир. Умуман тан олиш керак. Замонавий врач мавжуд асосий лаборатория текширув услубларини тула эгаллаб олиш имкониятига эга эмас. Аммо лекин уларнинг натижаларини бахолаш, улардан мулжалли фойдаланиш ва диагностика хамда терапевтик башоратлашда нафакат рутин, балки кушимча лаборатоия текширувларининг нам унумли кулай олиш махоратига эга булиш хар бир врачнинг асосий вазифаси булмоги керак. Барча упка хасталигига чалинган беморларда 5 та куйидаги умумклиник лаборатория текширувлари деярли мажбурий тарзда бажарилади: кон анализи, сийдик анализи, балгамни текшириш, бронхлар ювинди сувларини екшириш ва плевра суюклиги анализи.

Балгамни текшириш айникса устивор ташхисий ахамият касб этади, чунки аксарият холларда этиологик диагноз (масалан, силда кох бацилласини ёки аспергиллезда аспергилларни топиб олиш) уни текширув натижалари буйича куйилади.

Балгам-хаво йулларида ёки упка тукумасида хосил булган бушликларда (абсцесс, каверна) хосил буладиган чикиндилар. У макроскопик, микроскопик ва бактериологик текширувдан утказилади, консистенцияси, хиди, реакцияси, турлари, ранги ва тиниклиги, таркиби урганилади ва бахоланади (жадвалда илова этилган).

Текширувга балгам эрталаб тупланади. Нахорда беморнинг огиз бушлиги аввал сув билан, сунг 1 фоизли квасц эритмаси билан чайкатилади (огиз бушлиги эпителиялари эксфолиациясини камайтириш мақсадида) ва йуталтириб туриб балгам курук тоза идишга йигилади. Текширувга биринчи туфланган балгамни эмас, балки иккинчи туфланган балгамни олиш мақсадга мувофиқдир. Мабодо ташланаётган балгам салмоги кам булса, уни бир неча соатлар давомида буралиб махкам ёпиладиган тиник шишали банкаларга йигилади. Шифохона шароитида бунгинг учун махсус даражаланган банкалардан фойдаланилади. Бемор балгам йигиш конун-қоидалари билан муфассал таништирилиб куйилган

БАЛГАМНИ ТЕКШИРИШ

Балгам хусусиятлари	Патологияда балгам ўзгаришлари
Консистенцияси	Суюк, шилимшикли сувдай, ёпишқок, чузилувчан.
Ҳиди	Хидсиз, сассик хидли.
Реакцияси	Ишқорий реакцияда булади.
Турлари	Сероз, шилимшик, йирингли, конли, шилимшик-йирингли, йирингли шилимшик ва х.к. аралаш типли.
Ранги ва тиниклиги	Тоза кон рангида, занг тусли, тук-кизил, шилимшик-конли, малина желесини эслатувчи рангли, кора рангли, шишасимон.
Микроскопик манзараси (энг майда йиринг зарралари танлаб олинади).	Эритроцитлар, лейкоцитлар, эпителий хужайралари, куршман спираллари, Шарко-Лейден кристаллари, лейцин, тирозин, жир кислоталари, кальций оксалат, трипельфосфат кристаллари, Дитрих пробкалари, паразитлар, замбруглар, усма хужайралари, бронхиал лахталар кузга куринадилар.
Макроскопик манзараси (оддий кўз билан каралганда куринади)	Ўпканинг некрозланган парчалари, фибрин лахталари, Дитрих тиқинлари, Куршман спираллари топилади.

**БАЛҒАМ ТАШЛАШНИ ТУРЛИ КАСАЛЛИКЛАРДА БАҲОЛАШ МЕЗОНЛАРИ АЛОҲИДА КАСАЛЛИКЛАР УЧУН ХОС
БАЛҒАМ ТАШЛАШ**

Балғамни баҳолаш мезонлари	Ўчоқли пневмонияда	Крупозли пневмонияда	Сурункали бронхитларда	Бронхиал астамада	Ўпка ўсма касаллиги	Бронхоэктаз касаллигида	Ўпка абсцессиди	Ўпка гангренада
Консистенцияси	Шилимшикли сувдай	ёпишқок	ёпишқок	Шилимшик ёпишқок	Ёпишқок чузилувчан	Шилимшикли	Куюк	Шилимшик-уюк
Хиди	Хидсиз	хидсиз	Хидсиз, баъзида сассик хидли	хидсиз	хидсиз	Сассик хидли	Чучмали хид	Нихоятда сассик хидли
Турлари	Шилимшик йирингли баъзан конли	Шилимшик кон ара лаш	Шилимшик, шилимшик йирингли	шилимшик	Шилимшик йирингли аралаш	Сероз шилимшикли	Шилимшик йирингли нукул йирингли	Йирингли шилимшик-йиринг
Ранги ва тиниклиги	Рангсиз	Занг тусли	Рангсиз, баъзида шишасимон	Тиник, шишасимон	Малина желесини эсла ди, шилимшик конли шишасимон	Шилимшик конли	Сарик яшил тусли	Кунгир-кунгир тусли
Микроскопик манзарасининг хужайралари, фибрин лахталари	Бир талай лейкоцитлар, бирозгина фибрин ва эритроцитлар йи	Пневмококкл ар, эритроцитлар, лейкоцитлар лейкоцитлар	Анаэроб бактериялар, бронхиал лахта лар, фибриноз лахталар	Эозинофил лейкоцитлар, куршман спираллари Шарко-Лейден кристаллари	Рак тукумасининг парчалар, атипик хужайралари	Дитрих пробкалари, жир кислоталари кристаллари	Сасик хидли зарралар, дитрих пробкалари, эластик олалар, гематоидин кристаллари	Лейкоцитлар жир кислоталарининг кристаллари, дитрих пробкалари
Макроскопик манзараси	Фибрин лахталари	Фибрин лахталари	Сузмадай юмшок окимтир ёки саргимтир зарралар фибрин лахталари	Куршман спираллари (винтга ухшаш буралган шилимшик иплар)	Упка тукумасини некрозланган парчалари	Дитрих пробкалари	Упканинг некрозланган парчалари	Хужайраларни парчаланиш продуктлари, упканинг некрозланган парчалари, жир кислоталари, жир кислоталари кристаллари

**СУРУНКАЛИ ПНЕВМОНИЯ БИЛАН ХАСТАЛАНГАН БЕМОРЛАР
БАЛҒАМИДАН МИКРОБЛАРНИ АЖРАЛИШ ДАРАЖАСИ**

МИКРОБ	ҲОИЗ
Гемолитик стрептококк	77,5
Тилласимон стафилококк	76,0
Замбуруглар	49,4
Кукимтир стрептококк	38,3
Ичак таёкчаси	29,2
Ногомолитик стрептококк	25,9
Катарал микрококк	20,6
Окимтир стафилококк	13,4
Афанасьев-Пфейфер таёкчаси	11,7
Диплококк	10,3
Пневмококк	6,4
Кукимтир-саргиш стафилококк	3,8
Морган бациллеси	2,8
Протей	2,6
Бошка микроблар	10,6

1. Консистенция	1. Суюк шилимшикли сувдай ёпишқок чузилувчан
2. Хиди	2. Хидсиз, сасик хидли
3. Реакцияси	3. Ишфий реакцияда булади
4. Турлари	4. Сероз шилимшикли, йирингли конли шилимшикли – йирингли, йирингли шилимлик ва хоказо аралаш типли.
5. Ранги ва тиниклиги	5. Тоза кон рангида занг тусли, тук-кизил шилимшик, конли, малина +ласини эслатувчи рангли, кора рангли шишасимон.
6. Микроскоп манзараси майда йиринг зарралари танлаб олинади.	6. Эритроцитлар, лейкоцитлар, эластик толалар, эпителий хужайралари, Крушман спираллари, Шарко-Лейден кристаллари, Лейсин, триозин ёт кислоталари кальций оксилат – кислоталари, Дитрик пробкалари, паразитлар, замбуруглар, уз+ хужайралари бронхиал лахталар кузга куринадилар.
7. Микроскопик манзараси оддий куз билан каралганда куринади.	7. Упканинг некрозланган парчалари, фибрин лахталари, Дитрик пробкалари, Крушман – спираллари топилади.

Хуружсимон йуталнинг турли касалликларда ифодаланиши хусусиятлари

Касалликлар	Хуружсимон йутал қуринишлари	Хуружсимон йутал ёндош симптомлари
Ўткир бронхит	Хуружсимон йутал ута шиддатли булади, 2-3 кунда сунг ёпишқок балгам ажралиши кузатилади.	Бош оғриги, синкопал ҳолатлар, нафас қисиш ва цианоз кучайиб боради.
Крупозли пневмония	Биринчи кунлари қурук ва оғрикли хуружсимон йутал булиб, 2-3 кундан сунг у зангли балгам билан давом этади.	Безгак тутиш, ёнок гиперемиси, лаб ва бурун цианози, учук тошиши, доимий иситма ва қурак қафасидаги оғрик булади. Интоксикация белгилари иситма қутарилиши хансираш, цианоз, адинамия характерли.
Гриппдан кейинги	Хуружсимон йутал қурук сунгра шиллик йирингли ёки қон аралаш балгам ажралади	Упка бушлигига ҳос аломатлари (тимпаник, амфорик нафас)
Ўпканинг йирингли касалликлари (упка абсцесси гангренази)	Йирингли бушлик очилиши пайтида бугувчи хуружи йутал тутди. Бадхур хидли йирингли балгамни қуқ ажралиши билан давом этади ёки ута бадбуй балгам тақрорий безгак тутиш, юқори истима цианоз ва хансираш билан қуриниш беради.	
Бронхоэктаз касаллиги	Вақти-вақти билан хуружсимон йутал тутди ва «оғзини тулдириб» йирингли балгам ажралади.	Озиб кетиши, истималаш, ногара таёқчалари.
Бронхиал астма	Хуружсимон йутал астманинг продромал даврида бугилиш хуружи пайтида ва охирида вужудга келади тиник ёпишқок балгам ажралиши билан давом этади	Йутал бронхолитиклар билан кетади.

3– мавзу: Бронхоспастик синдромда қиёсий ташҳислаш. Тез ёрдам. Бронхиал астманинг турли патогенетик вариантларини ўзига хос даволаши. Бирламчи ва иккиламчи профилактика.

4.1. Таълим бериш технологиясининг модели

Машғулот вақти – 2 соат	Талабалар сони : 40-60 гача
Машғулот шакли	Кириш-ахборотли маъруза.
Маъруза режаси	<ol style="list-style-type: none"> 1. Бронхоспастик синдром таърифи. 2. Бронхиал астма (этиологияси, патогенези ва клиникаси). 3. Бронхоспастик синдром билан кечадиган касалликларнинг қиёсий ташҳиси. 4. Бронхиал астмани даволашда кадамли ёндашув. 5. УАВ тактикаси. <ol style="list-style-type: none"> 1 тоифа хизмати 2 тоифа хизмати 3 тоифа хизмати 4 тоифа хизмати 5 тоифа хизмати
Машғулотнинг мақсади:	Талабаларга бронхоспастик синдром билан кечадиган касалликларда ташҳис қўйиш ва даволаш самарадорлигини баҳолашдаги ўрнини тушунтириш, умумий амалиёт ва амалиётда учраб турадиган бронхоспастик синдром билан кечадиган касалликларда шошилиш ҳолатларда тез тиббий ёрдам кўрсатиш ва даволаш усулларини, ҳамда шу ҳолатларни олдини олишга қаратилган чора тadbирларни амалга ошириш йўллари ўргатиш.
Таълим бериш воситалари	Ўқув қўлланма. дарслик, маъруза матни, проектор, компьютер.
Машғулот услуби	Сухбат, маъруза
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория.
Мониторинг ва баҳолаш.	Оғзаки назорат: савол – жавоб.

4.2. Маъруза машғулотининг технологик картаси

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёргарлик босқичи (10-дақиқа)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2. Кириш маърузаси учун такдимот слайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш 	Талабалар
1.Мавзуга кириш (15 дақиқа)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Мавзу мақсади ва вазифаси билан таништиради 2. Мавзу бўйича саволлар беради. 	Тинглайдилар Талабалар берилган саволларга жавоб берадилар
2. Асосий босқич (55 дақиқа)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Мавзунини тушунтириб беради, слайдлар намойиш қилиш 2. Кўргазмалар плакатлардан фойдаланади 	Тинглайдилар Тинглайдилар
3. Яқуний	1. Яқунловчи хулоса қилади	Тинглайди

босқич (10 дақиқа)	2. Мустақил иш беради 3. Уйга вазифа беради	Ёзиб олади Ёзиб олади
Жами: 90 минут (2 соат)		

Маъруза матни

Замонавий пульмонология ютукларидан келиб чиккан холда бронхоспастик синдром (БС) деб ном олган алохида бир клиник тушунча пайдо булди, тиб ахлининг унга нисбатан кизиқиши тобора ортмоқда.

Бу муаммони хал килишда А.А.Адо, Б.Е.Вотгал ва П.Н.Юреневларнинг хизматлари катта булган, хозирга келиб эса мазкур масалани ечишга пульмонология-хирурглар хам фаол киришганлар.

Шуни таъкидлаш лозим-ки, айрим эпоним синдромларга (хаммена-Рича Картагенера ва б.к.) ухшаб бронхоспастик синдром том маъносига кура алохида бир нозологик тушунча хисобланмайди. У кенг куламли тушунча бронхиал утказувчанлик бузилиши (БУБ) нинг бир заррасидир. БУБ нинг деганда эса-бронхлар ва упка тукумасининг шундай бир патологик холати англадики, унда бронхиал суюкликларни окиб кетиши кийинлашган булади ва упка вентиляцияси бузилади. Ут окиши бузилиши гепатобилиар тартиботи касалликлари учун ёхуда уродинамиканинг бузилиши сийдик ажратиш аъзолари хасталиклари учун канчалик ахамият касб этсалар БУБ хам нафас аъзолари патологияси учун шунчалик салбий таъсир курсатади.

Хозирги пайтда БУБ ни келтириб чиқарувчи 8 та этиопатогенетик омиллар маълум. Улар куйидагилардир: бронхоспазм, бронх шиллик каватининг шиши, бронхиал шилликлари гиперсекрецияси, респиратор эпителия цилиар аппаратининг бузилиши, бронхлар дискинезияси, бронхларни ташкари томондан эзилиши, бронхларни ички томонидан обтурацияси, бронхлар деформацияси. Таббий, кайд килиб утилган омиллар таъсири турлича ифодаланган булади (давомийлиги буйича, кулламига кура, бартараф килиниши даражасига караб). Шу боисда БУБ 4 та турга тафовутланади. (Р.Г.Артамонов, 1995): чегараланган, таркок, бартараф килинса буладиган ва бартараф этиб булмайдиган БУБ.

Чегараланган БУБ да патологик жараён бронхиал шохчаларни маълум кисмини эгаллаб жойлашган булади, унинг колган хуудлари эса интакт холда колади.

Таркоккланиб ифодаланувчи БУБ да эса патологик жараён билан бронхиал шожаранинг деярли барчаси камраб олинган.

Агарда доривор моддалар ёки бошка бирор бир консерватив даволаш услублари билан БУБ унгланиш имкони булса-бу бартараф килиниши мумкин булган бузилиш деб хисобланади. БУБ факат жаррохлик йули билан ёки бошка асбоб-ускуналар куллабгина бартараф килинса - у холда бартараф этиб булмайдиган БУБ хакида суз кетиши керак. БУБ бронхиал астма ва астмасимон бронхитда турлича булади (таркок ва бартараф этса буладиган), ёд жисм билан бронхларни тикилиб колиши окибатида келиб чиқадиган упка ателектазида хам хар хил ифодаланади (чегараланган ва бартараф килиб булмайдиган) ёки айрим бронхлар иллатлари ва муковисцидозда хам шаклан фаркланади (таркок бартараф килиб булмайдиган).

Юкоридегилардан келиб чиккан холда, бронхоспастик синдром деганда таркоккланиб кечувчи ва бартараф килиниши мумкин булган бронхиал утказувчанликнинг бузилиши тушуниш керак.

Демак, БС - бу, мантикан патофизиологик тушунчадир.

Маълум булди-ки, БС ни юзага чиқарувчи патофизиологик жараёнлар бронхиал астма ва астмасимон бронхитларда буладиган ходисаларга ухшаш булади. Унинг асосида авваламбор аллергик антигенни аллергик антителалар ёки сенсбилизацияланган хужайралар билан узаро таъсироти ётади. БС да тригчерлик вазифасини вирусли инфекция

на бошка ирритатив омиллар утайдилар. Хусусан, аникланган-ки, респиратор вируслар Е синфига мансуб (иммуноглобулинли) вирусларга карши антителаларни хосил киладилар. Улар семиз хужайраларни ва базофилларни кузгатувчи таъсир этиб гистамин ҳамда арахноидон кислотаси метаболитлари (лейкотрменлар, тромбосанлар, простагландинлар) нинг секрециясини кучайтирадилар (Рачинский С.В.Таточенко. В.К. 1987). Бундан ташкари БС ривожда либератор механизм – яъни, респиратор вирусларини семиз хужайраларга бевосита таъсироти ҳам рол уйнаши мумкинлиги айрим манталарда курсатиб утилган.

БС да циклик нуклеотидлар холатининг узгариши мухим урин тутади (Артамонов Р.Г, 1982, 1996). Чунончи, БС хуружи пайтида циклик аденозинмонофосфатнинг (ЦАМФ) камайиши ва циклик гуанозин-монофосфатнинг (ЦАМФ) ортиши кузатилади. Тузалиш даврида, айникса эуфиллин кулланилганидан кейин бу курсатгичлар меъёрлашадилар.

БС симптоматологияси ва солиштирма ташхиси хакида суз юритишдан илгари кайд этиб утиш керак-ки, бронхоспастик синдромни уткир респиратор вирусли инфекцияларида кузатилиши турли муаллифлар буйича хар-хил 10 фоиздан то 40 фоизгача деб берилади: уртача у 25 фоиз ташкил килиб учрайди.

БС куриниши аник келтириб чиқарувчи тугма ёки ортирилган патологик холатларга монанд холда ифодаланади. Бронхоспастик синдромнинг патогенетик турлари таснифи 1-жадвалда курсатилган.

1-жадвалдан куриниб тургандек, БС ни келиб чиқишида устивор нозологик бирликлар булиб бронхиал астма ва бошкалар хисобланса-да, аммо лекин уни ташхислагашда катор бошка туркум хасталикларни ҳам тафовутлаб олиш лозимдир. БС генези ҳам, демак, турличадир: яллигланиш-юкумли, аллергик, обтурацион, ирритатив, гемсодинамик, эндокрин-модда алмашинуви бузилиш туфайли, невроген ва токсик. Купинча яллигланиш-юкумли ва аллергик жараёнлар туфайли БС вужудга келади. БС ни тугри этиопатогенетик диагностикасини таъмирлаш учун аввало утасинчковлик билан анамнез йигиш, бронхоскопия ва беморни чуқур клинко-инструменталь текшириш кабилар мухим ахамият касб этади. БС ни даволаш катъян индивидуаль тарзда патогенетик турларидан келиб чиқкан холда ташкил килиниши керак. Айрим холларда (ёд моддани ёки усмани олиб ташлаш - обтурацион БС да) этиологик даволаш тадбирлари кулланилади, асосан патогенетик терапия утказилиши лозим. Масалан. Аллергик генезли БС да хромогликат натрий - интал ута яхши самара келтиради. Албатта, бронхларни кенгайтириб таъсир этувчи дори-дармонлар кенг кулланиши керак (адренореактив) структуралар стимуляторлари, холинolitikлар, миолитиклар). Кенг куламли дориларни танлаб олишда фармакологик синовларни кенг куллаш мақсадга мувофик хисобланади, бу БС нинг авжида симпатомиметиклар микдори ортиб кетиши туфайли келиб чиқадиган хавфли окибатларни бартараф килади.

Умуман, БС ни даволаш-профилактикаси тактикаси куйидагилардан иборат булиши керак:

1. Огир бронхоспастик синдромни даволаш комплекс тарзда олиб борилиши лозим ва у уз ичига терапевтик муолажалар билан бир каторда тозаловчи бронхоскопия ва анестезиолог-реаниматологик курсатмаларни олган булиши зарур.

2. Узлуксиз давом этиш билан ифодаланиб кечувчи БС ни билан хасталанган беморлар албатта пульмонология марказлари шароитида текширувидан утишлари ва даволанишлари керак.

3. Бронхоспастик синдромни бирламчи ва иккиламчи турларга ажратилиши мақсадга мувофикдир, чунки факат шундагина мукобил даволаш дастурини танлаб олиш имконияти тугилади.

4. Чузилиб кечиш билан ифодаланувчи сурункали бронхит натижасида ривожланган БС да яллигланишга карши препаратлар, бронхолитик дори-дармонлар ва стероидли терапия (киска муддатли курс билан) бир вақтда кулланилади.

5. Упканинг тугма касалликлари, трахеобронхиал шожаро худудида ривожланган яхши сифатли усмалар, диафрагма чурралари кабиларда ривожланган яхши бс да радикал

жаррохия усуллари кулланилади ва бу аксарият холларда беморларни тула тузалиб кетишларига олиб келади.

Бронхоспастик синдромда бронхиал астма мавзусига утишдан олдин шуни такидлаб утиш лозимки, XXI аср бусагасида тиб илми эришган ютукларининг аксарияти бевосита ёки билвосита бронхиал астма муаммолари билан боғлиқдир.

Бронхиал астмани долзарб масалалари ёки ечими якин йилларгача мунозарали булиб келган анча-мунча муаммолари ҳам бор-ки, улар тугрисида тухталиб утиш лозим.

1. Бронхиал астма таърифи ханузгача турли мактаб ва муаллифлар томонидан турлича талкин қилиб келинмоқда. Бронхиал астма-енгил ташхисланувчи, лекин таърифланиши кийин булган касалликдир. (Д. 1979: Н.Р.Палеев ва б.к. 1990). Ҳақиқатдан ҳам, ҳозирги кунгача бронхиал астмани (БА) эътироф қилинган ягона таърифи йук. Ваҳолан-ки бу йуналишда жуда куплаб сай-харакатлар қилинган. Унга берилган таърифларнинг айримлари мисол тариқасида 2-жадвал келтирилган. Жадвалда зикр этилган дефинициялар маълум даражада бронхиал астманинг патогентик моҳиятини очиқ берувчи тасаввурлар эволюциясини акс эттиради.

2. Охириги йилларда асосий мунозаралар БА да буладиган яллигланиш ва уни персистенцияси ҳақида давом этмоқда. Бу борада куплаб мамлакатларда (АҚШ, Англия, Австрия, Япония, Россия ва б.к.) миллий консенсуслар қабул қилинди интернационал ва халқаро маърузалар пайдо булди (Бронхиал астмага қарши курашиш бўйича глобал стратегия, ВОЗ, 1995).

Буларда мавжуд муаммоларга маълум даражада нукта қуйилди десак хато қилмаган буламиз. Хусусан, бронхо-альвеоляр лавак ва бронхлар биопсияси натижаларига асосланиб, БА-огирлик даражасига қарамадан, нафас йулларини албатта яллигланиши билан ифодаланувчи касалликдир деган низом деярли шак шубҳасиз исботлаб берилди.

Бу БА ни билиб олишда узига хос бир инкилобий ходисадир, чунки мазкур нигоҳ билан боқиш мавжуд тасаввурларимизни касалликнинг даволаш муолажаларига нисбатан узгартиради ва базисли, узок муддатга мулжалланиб олиб бориладиган яллигланишга қарши терапия тушунчасини тиббиёт амалиётига киритди.

3. Бронхиал астмада бронхобструкция ва нафас йуллари гиперреактивлиги феноменлари етарли даражада асосланмай қилинаётган эди. Бу масалада ҳам ягона концепция яратилди: хусусан, бронхиал обструкциянинг бир неча турлари ажратилди: амалиётга «упканинг сурункали обструктив касалликлари» бирикмаси билан бронхообструкция-нинг маълум шакллари бирлаштирилган ҳолда киритилди. Булар «мулжалли» даволаш дастурлари яратилишига асос булди.

4. Маълумки, эпидемиология БА га оид самарали даволаш ва профилактика стратегиясини ишлаб чиқиш имконини яратади. Якин йилларгача бу борада деярли маълумотларга эга эмас эдик. Лекин охириги 10-15 йиллар ичида БА га бағишланган эпидемиологик тадқиқотлар купайиши ва янги-янги этиологик омиллар аниқланди, бронхиал астмага қарши курашиш замонавий миллий дастурлари яратилиши учун пойдевор қуйилди.

5. Бронхиал астма фариэкономикаси жадал ишлаб чиқила бошланди ва бу ҳасталикни даволаш ишларини такомиллаштирувчи замонавий йуналишлар белгиланди.

Умуман, ҳозирги даврга келиб бронхиал астмага оид тиб илми ютуклари уни замонавий таърифи ва таснифи тулақонли равишда ойдинлаштириш ҳамда шакллантириш имконини беради.

БА таърифи ва унинг моҳияти ҳақида юқорида курсатиб утилганидек муайян тасаввурни шакллантириш мураккаб вазифа. Шунинг учун куплаб минтақалар асосида мазкур мунозарали муаммога нукта қуйиб амалиёт учун қулай булган таърифни тавсия этамиз. Бу таъриф А.Г.Чугалин ва Г.Б.Федосеевлар томондан (1987) берилган, деярли купчилик олимлар уни эътироф этганлар: «Бронхиал астма бу нафас йулларини асосан ҳасталик кечиш билан ифодаланувчи, бронхлар реактивлигини узгариши билан утувчи иммунологик ва ноиммунологик механизм таъсиротида ривожланадиган, асосий клиник аломати булиб бронхлар силлик мушаклари спазми ва уларнинг шиллик қаватлари шиши

хамда гиперсекреция окибатида келиб чикувчи бугилиш хуружи ёки астматик холат хисобланадиган сурункали кайталаниб кечувчи касалликдир»

«Астма» сузи юнончадан олинган вэ у тез тезлашган ва юзаки нафасни англатади. Эпидемиологик текширувлар далолат беришларича, БА болалар орасида 8 - 10% катталарда эса деярли 5% ахолида учрайди. Охирги ун йил ичида бу касаллик 50 фоиздан купрокка усган. Африка китъасининг айрим мамлакатларида унинг таркалиши 70 фоиз ва ундан купрокка ортган. Яна шуни таъкидлаб утиш керак-ки, БА нинг 20 фоизи ун энгил ва урта огир даражасига, 60 фоизи эса огир даражасига тугри келади. Молиявий ресурсларни сарфланиши хам шунга монанд булиб, 60 фоиздан зиёд маблаг огир БА га, 40 фоиз маблаг эса унинг уртача огир даражадаги турларини даволашга кетади. Шундай килиб, энгил даражадаги БА профилактик дастурларга жалб килинмай колади.

АКШ да БА билан хасталанган Америкаликлар 10 миллионга етган, уларнинг 80 фоизида яъни 8 млн ахолида касалликнинг энгил даражаси ва факат 5 фоиздагина огир даражаси учрайди.

БА нисбатаи куп учрайдиган мамлакатларга яна Австралия. Янги Зеландия ва Куба хам кирадилар. Бу улкаларда БА билан 10 фоиздан зиёд ахоли хасталанганлар.

Тугри ташхис куйиш учун касалликнинг таснифи хакида ойдин тасавурга эга булиш мухимдир. Бронхиал астмага оид куплаб таснифлар борки, уларнинг купчилиги узларининг номуфассаллиги окибатида амалиётда фойдаланиш учун нокулайликлар тугдиради. Хозирги пайтда А.Д.Адо ва П.К.Булатовлар томонидан (1969) ишлаб чикилган ва Г.Б.Федосеев (1987 йил) томонидан тулдирилган БА таснифи кабул килинган ва кенг кулланилади (жадвалларда илова килинган).

Мазкур таснифга кура, бронхиал астмани икки тури тафовутланади: нафас аъзоларининг яллигланиш касалликлари сабабли пайдо булувчи инфекцион-аллергик (И) ва ноинфекцион таъсиротларга сезувчанлиги номуносиб тусда ортганлиги шахсларда ривожланувчи ноинфекцион-аллергик (атопик-А) шакллари. Уз навбатида уларнинг хар бири кечишига кура БА боскичлари (I ва II) ажратиладиган, бундай булиниш хасталик туфайли нафас аъзолари фаолиятларини оддийдан мураккаблашиб бузилиб боришини функционал силжувлардан органик узгаришларгача етиб борувчи патологик ходисаларнинг даражаларини акс эттиради. Бундан ташкари хар бир боскичда кузгалиш ва ремиссия фазалари ажратиб куйилган.

БА I боскич бугилиш хуружи билан намоён була бошлайди ва давом этади. Хуружнинг жадаллиги ва давомийлигига энгил, уртача огир ва огир.

БА энгил кечишида (I И, - ва IA₁) хуруж киска давом этади, йилда 2-3 марта кузгалади, хуруж тезда бартараф этилади. Хуружлараро даврда тулик ремиссия кузатилади ва яъни бронхоспастик синдром аломатлари умуман аникланмайди. Уртача огир даражада ифодаланиб кечувчи БА да эса (I И₂ - ва IA₂) касаллик давомида 3-4 марта кайталанади, бугилиш хуружи огиррок утади ва факат Р моддалар инъекция килингандан кейингина тухтайди. Хуружлараро доир нотулик ремиссия билан ифодаланади яъни кучсиз ифодаланган бугилиш давом этиб туради.

Юкоридагилардан фаркли уларок огир кечувчи БА (I И₃ - ва IA₃) тез-тез бугилиш хуружи (йилига 5 ва ундан ортик) булиб туриши ва кузгалиш даври чузилиб давом этиши билан ифодаланади. Хуружи огир утиб баъзида астматик холатга айланади ва уни тухтатиш учун бир неча гурух препаратлар кайта-кайта кулланилади. Ремиссия деярли кузатилмайди.

БА нинг иккинчи боскичида асоратлар келиб чиккан булади, нафас тартиботи буйлаб чукур морфологик ва функционал узгаришлар кузатилади: таркоклашган сурункали бронхит, сурункали пневмония, упка интерстициал касалликлари, упка эмфиземаси, пневмосклероз, упка етишмовчилиги (III боскичи) ёки упка-юрак етишмовчилиги, декомпенсация даврида ифодаланувчи юрак етишмовчилиги

А.Д.Адо ва П.К.Булатовнинг бронхиал астмага оид таснифи сузсиз олдинга куйилган катта кадам. Лекин шу билан бирга айтиш керак-ки, БА ни нафакат иммунологик балки ноиммунологик вариантлари хам мавжуд. Шуни хисобга олиб Р.С.Фюдосеев маълум

булган БА нинг икки турига янги клинко-патогенегик вариантларни киритди, яъни таснифи бойитди ёки у умумлашган холда куйидаги-ча ифодаланди:

1. Атопик
2. Инфекцияга мойил (инфекцион-аллергик)
3. Аутоиммун
4. Дисгормонал
5. Асаб-рухий зурикишли
6. Адренергик дисбалансли
7. Бронхлар реактивлиги бирламчи узгариши билан ифодаланувчи (бу гурухга аспирилли астма ва зурикишдаги астма хам киради)
8. Холинергик (А.Г.Чучалин ва Г.Б.Федосеев 1986).

Хулоса килиш мумкин-ки, мантикан БА-этиологияси ва патогенези табиатан турли булган касалликлар йигмасидир, лекин амалиёт нуктаи назаридан уни бир бутун нозологик бирлик сифатида кабул килиш макбулдир. Хозирча хасталикни шу йуналишда талкин килишга тугри келади, аммо якин келажакда, эхтимол уни инсон иммун тартиботининг бузилиши билан боғлиқ касаллик деб атармиз... Хар калай бундай башорат килувчи олимларнинг тарафдорлари ортиб бормокда.

БА - полиэтиологик касаллик хисобланади ва унинг келиб чиқишида мойиллик яратувчи хамда бевосита чакирувчи омиллар мухим урин тутуди. Булар тупламага куйидагилар киради: тугма ва орттирилган биологик нуксонлар (бир кисми генетик бузилишлар туфайли ривожланади, хомила ривожланиши жараёнида, чакалоклик ва ундан кейинги даврда), астма олди касалликлари, ирсий мойиллик, хомиладорлик патологиялари, профессионал омиллар, климатометеорологик ва экологик омиллар

Биологик нуксонлар жумласига - хужайралар бета-адренергик сезгирлигини сусайиши, циклик нуклеотидлар хосил булишида иштирок килувчи ферментлар тартиботининг узгариши, транзитор неонатал иммунодефицит, макрофаглар функционал фаоллигини камайиши, зардоб омилининг фаоллашуви - трипсин микдорининг камайиши, Т-супрессор фаоллигининг етишмовчилиги, бронх ва упкаларни сезувчанлиги ва реактивликларини биологик фаол моддаларга, аллергенларга, ирритантларга, турли химик ва физик омиллар таъсиротига сезувчанликларининг ортиши, респиратор тизим семиз хужайралари гиперреактивлиги кабилар киради. Булар БА ни келтириб чиқаришида ахамият касб этувчи ички омиллар хисобланадилар. Бундан ташқари уни келиб чиқишида катор ташқи омиллар устуворлик киладилар: инфекциял аллергенлар, ноинфекцион аллергенлар, механик ва химик таъсиротлар, метеорологик ва физика - химик омиллар, рухий-зарба хамда асабий таъсирланишлар кабилар.

Азалдан хайвонлар ва усимликлар билан алоқадор кишиларда астма келиб чиқишлиги маълум (тушук астмаси, ут-уланли астма): оилавий, асаб тизими ва модда алмашинуви бузилишлари натижасида астмага мойиллик тугилиши мумкин.

Аллергенларга мувофик холда нутритив астма, примулан буладиган астма, урсолдан буладиган астма, жун румолдан буладиган астма ва б.к.лар. хамда инфекциял астма ходисалари хам аён.

Невроген омил бевосита таъсирида хам астма ривожланади. Бундан ташқари «астма туғиб берувчи» махсус нукталар китикланиши натижасида ривожланувчи рефлектор астмалар хам булади. Хусусан, бурун касалликларида (полипар, бурун тусиги кийшайиши) унинг шиллик кавати нукталарини китикланиши, упкани (перибронхитлар, пневмосклероз) ут йуллари жинсий аъзолар ва упкадан узокда жойлашган аъзоларни таъсирланиши туфайли хам рефлектор астма пайдо булади.

Астма касалига чалинган беморларнинг купчилигида совукни сезувчанлик орган булади совукдан буладиган эшак емига ухшаб) ёки бундай ходиса озик-овкатларга (сут, тухум) нафас билан олинган хавога терига тегиб турувчи (сирпанувчи) анжомларга ннсбатан хам кузатилиши мумкин.

Бош мия ярим шари пустлоги бузилишлари билан келиб чикувчи астма ҳам маълум. Масалан, «гулли» астма билан хасталанган беморнинг кузи сунъий гулга тушган захотиёк хуруж бошланиши кузатилган.

Айрим холларда у касб билан боглик холда, маълум таъсирлагичлар таъсирида ривожланади - дорихоначиларда (ипекакуона таъсири), жунчиларда (урсол таъсири), ёки аллергияларнинг такроран таъсири туфайли (гуллар) ҳам пайдо булади.

Бронхиал астма-астма олди холати деб номланадиган патологик жараёнлардан кейин ривожланади. Астма олди холати биринчи булиб 1969 йилда А.Д.Адо ва П.К.Булатовлар томонидан талкин этилган ва унга БА пайдо булишига тахдид килиб турувчи барга патологик холатлар киритилади (уткир ва сурункали бронхитлар, бронхоспазм билан кетувчи уткир пневмония, вазомотор ринит, эшак еми, вазомотор шиш, нейродермит-эозинофилия ва балгамда эозинофиллар ортикча микдорда аникланса). Бу холат нммунологик ва номмунологик патогенетик механизмларга кура ривожланади.

Бундан ташкари БА келиб чиқишига хомиладорлик патологияси сабаб булади, хусусан бола тугилиши пайтидаги ота-она ёши ахамият касб этади. Ёши утган ота-оналардан (20-30 ёшда - 77.1 фоиз ва 30-40 ёшда - 22,9 фоиз) тугилган болаларда купинча БА кузатилади. Чала тугилиш билан БА келиб чиқишида узаро узвийлик борлиги ҳам исботланган, астмаси бор оналардан тугилган болаларда респиратор аллергиялар купаяди. Хомиладорлик давридаги она шамоллаш касалликлари, умуртка узгаришлари (айникса Сш-Qv худудида), тугрук пайтида буйин чузлишлари ва бошнинг кучли буриб, тортиб олиш натижасида буйин умурткаларини кийшайиб қолиши (вертебробазиляр шохобчаларда ишемия ривожланиши туфайли перинатал давр патологиялари кабилар бронхиал астма ривожланиши учун кулай шароит килиб берадилар. Умуман, БА келиб чиқишига куйидаги омиллар мойилик тугдирадилар: кашандалик, респиратор инфекцияларга тез-тез чалиниб туриш, дорили ва нутритив (овкатдан буладиган) аллергия сунъий тарзда болани овкатлантириш, ошкозон ичак тартиботи бузилишлари ва конда Е микдорининг ортиши.

Шуни айтиб утиш зарурки агарда миждога кучли ифодаланган биологик дефектлар булса ҳам арзимаган ташки мухит салбий таъсироти БА келтириб чиқариши мумкин. Ёки кучсиз биологик дефектлар мавжуд булганда атроф мухитнинг номакбул фаол таъсир қилиши оқибатида у ривожланади.

Бронхиал астма кариндош-уруғларда авлоддан-авлодга «суяк қувувчи» касаллик ҳисобланади. Бу махсус клинικο-эпидемиолого-гинекология текширувлар билан тула уз иботини топган. А антиген системаси билан касаллик уртасида алоқадорлик борлиги ҳам маълум (бу система А,В>С,Д,Дг ирсий бирликлар бирлаштирилган булади). Хусусан, БА ни купинча В₈ антигени ва А,В₈ гаплотиплари ассоциалланиши, огир кечими эса А₁₁, В₁₅, В₁₈, В_{№28}- В_{№41} антигенлари мавжуд булганда кузатилиши ҳам аникланган.

БА келиб чиқишида иммуноглобулинларнинг алохида урни бор. Дисгаммаглобулинемия, Е ва С микдорининг ортиши касаллик мойил яратади.

Шунингдек бронхиал астмани бирламчи профилактикасида тиббий-генетик маслахатнинг ахамияти бекиёсдир.

Юкорида санаб утилган омилларни урганиш асосида БА ни башорат қилиш мумкин. Хусусан, бронхиал астма тахдиди аломатлари 9 та гуруҳга мужассамлаштирилади:

- 1 чи - анамнез буйича аникланган ирсий мойиллик:
- 2 чи - генетик маркерлари:
- 3 чи - конституция (гавда тузилиши) хусусиятлари:
- 4 чи - она касалликлари, хомиладорлик патологияси:
- 5 чи - болалар касалликлари ва болани узиши хусусиятлари:
- 6 чи - катталарни касалликлари, майший ва иш шароити хусусиятлари:
- 7 чи - биологик дефектлар:
- 8 чи - астма олди холати аломатлари:
- 9 чи - ташки мухит номакбул омилари.

1 чи, 2 чи ва 3 чи гуруҳлар аломатларини булиши бронхиал астмага ирсий мойиллик борлигидан дарак беради: 4 чи гуруҳ эса - хомила ривожланиши даврида биологик

дефектлар шаклланганлигига гумон тугдиради: 5 чи ва 6 чи гурухлар – хаёт давомида биологик дефектлар келтириб чиқариши мумкин булган номакбул омиллар борлигини ифодалайди: 7 чи - БА га мойиллик мазмунини очиб беради: 8 чи - астма олди ҳолати мавжудлигидан дарак беради ва ниҳоят, 9 чи - фаол ифодаланган ташки муҳит омиллари борлигини курсатади ва улар таъсирида клиник аниқ ифодаланган бронхиал астма ривожланиши мумкин.

Климатометерологик омилларни роли ҳам алоҳида урин тутади. Ўзбекистон шароитида, Тошкент шаҳрида баҳор ва куз ойларида БА ни кескин қупайиши аниқланган (У.И.Шодмонов. 1984), Ленинградда апрель ва январь ойларида энг қуп ва июлда кам даражада касаллик кузголишлари кузатилган (В.А.Игнатъев ва б.к., 1982).

Охирги йилларда аниқланган маълумотлар бўйича вирусли инфекция томонидан чақириладиган БА нисбатан қупайган: короновируслар, риновируслар, аденовируслар ва герпетик гуруҳи вируслари Б нинг инфекция-аллергик шаклини кузгочи асосий омиллардан саналадилар.

БА келиб чиқишида простогландинлар ҳам рол уйнайдилар. Простогландин Б (бронхларда синтезланади) бронходилатация чақиради, простогландин Г-эса бронхоспазм беради (упка туқимасида синтезланади) ва иммунологик жараёнларда фаол катнашадилар.

Бронхиал астма клиникаси комплекс аломатларни маълум кетма-кетликда эволюцияланишга боғлиқ ҳолда турлича ифодаланди. Бронхиал астама қуйидагилар босқичма-босқич юз беради.

а) астма олди ҳолати:

б) клиник - аниқ ифодаланган бронхиал астма-бугилиш хуружи ёки астма ҳолатидан кейин;

в) бронхиал астма шакллари (иммунологик ва ноиммунологик):

г) юқорида зикр этиб утилган клинικο-патогенетик вариантлари:

д) кечиши:

с) касаллик фазалари

ж) асоратлари

Хар бир босқичда касаллик алоҳида белгилар билан ифодаланади.

Бронхиал астмани олди ҳолати турлича чузилиб давом этади ва унинг асосида узига хос кам аломат бериб кечувчи инфекция жараён ётади. Унинг бош аломати-бронхлар сезувчанлигини турли таъсиротларга нисбатан ортиб кетганлигидир. Субъект ҳолати совук хаводан нафас олгандан кейин, гоҳ турли хидлардан кейин ёмонлашади, лекин бронхоспастик синдром ҳам ривожланиб улгурмаган булади.

Ё эрта ёки кеч булса ҳам астма олди ҳолати урнига БА келади ва у учта ривожланиш даврини босиб утиш билан ифодаланди. Уларнинг хар бирига махсус қуринишлар бериб аломат берувчи хуружсимон бронхостенознинг вужудга келиши хосдир.

Бир хил вазиятларда бош аломат тарзида хуружсимон қурук йутал булади ва у Қуршман ёзиб қолдирганидай ёпишқоқ, тиник балғам ажралиши билан тухтайди. Балғам бор ёки йуқлиги инобат қилинган ҳолда «намли» ва «қурук» астмалар тафовутланади. Бошқа бир вазиятда БА ни бош аломати булиб турли давомийлик билан ифодаланувчи ва балғамли ёки балғамсиз экспиратор тусдаги бугилиш хуружи ҳисобланади. Кам ҳолларда касалликнинг клиник аломатлари хуружи нафас олишни қийинлашуви давилари билангина белги беради ва унда бронхостеноз белгилари топилмади. Бунинг сабаби нафас мушаклари фаолиятларидаги дискоорднациялашади, я (бошвоксизлик)дир. Айрим ҳолларда хар бир миқозда узига хос қуринувчи ауралар БА хуружидан олдин қуриниб утади. Касаллик хуружининг утиб кетиши агарда даволаш тадбирлари қилинмаган булса, секин асталик билан содир булади.

Умуман экспиратор хуружсимон бугилиш-фаол бронхостенознинг клиник акси-бронхиал астманинг узига хос аломатидир. Гоҳида у қон босимининг асимметрияси билан давом этади. Астма хуружи асосан тунда содир булади, чунки айнан шу пайтда маълум физиологик механизмларнинг бузилишлари қучаяди-чалқанча вазиятда упка фаолияти сустлашади, бронхиал йуллар тораядилар, улар бушлиқларига секрет йигилади, қорин

бушлиги аъзолари томонидан диафрагмага босим кучи ортади. Яна тунда буйрак усти беги фаолияти заифлашади, кортикостероид гормонлари ишлаб чиқарилиши, оқибатида маълум даражада хуруж қайталаниши учун шароит яратилади.

БА хуружининг давом этиши, ифодаланиши ва частотаси индивидуал тарзда хар хил ифодаланди, лекин шуниси ифодали-ки, улар ёхуд тумовсимон ҳолатдан кейин, ёки экстремал ҳолат туфайли, баъзида эса бирор бир илинжисиз пайдо буладилар ва кучаядилар. БА ни оғир қуриниши булиб бронхоситматик статус ҳисобланади. У бронх упка тизимини, бошқа аъзо ва организм функционал тартиботларини чуқур бузилишлари оқибатида ривожланади, аввал самара берувчи даволаш муолажалари уни бартараф қилишга ожиз булиб қолади. Бу ҳолат бронхлар ва упка паренхимасида инфекцион жараёнларнинг фаоллашуви натижасида вужудга келади.

Айнан курсатилган бузилишларига мос ҳолда БА кечишининг уч даври тафовутланади. БА биринчи даври барча клиник аломатларнинг аввалломбор бронхостенознинг хуружсимон тарзда қуриниши билан ифодаланади. Мазкур боскичда. хуружлараро даврда мижозлар узларини деярли соғлом деб тасаввур қиладилар. Энг ёмони шуки, бу нисбатан кам учрайдиган ва енгил хуружлар шифокорлар томонидан англаниладию, аммо купинча эътибордан четда қолдирилади, яъни даволаш тадбирлари амалга оширилмайди: ваҳоланки муолажалар албатта утқазилиши керак.

БА иккинчи даври хуружларни нафакат тез-тез булиб туриши ва давомийлиги билан, балки хуруждан кейин ҳам сакланиб турадиган бронх-упка аппарати ҳолатининг узғаришлари билан ҳам ифодаланиб намоеън булади. Бу озгина жисмоний зуриқишда ҳам бугилиш пайдо булиши билан қуриниши, умумклиник текширувда эса упка эмфиземаси ва упка гипертензияси аломатлари аниқланади. Айрим ҳолларда беморлар иш қобилиятлари чегараланади.

БА ривожланишининг учинчи боскичи куплаб аъзолар фаолиятларининг бузилишлари ва иш қобилиятини деярли тула йуқолиши билан ифодаланади. Юракда узғаришлар ривожланади: Унг қоринча гипертрофияси ва дилатацияси (упка гипертонияси оқибатида), кейинрок чап қоринча фаолияти бузилишлар авжланади: гемодинамик бузилиш натижасида эса жигар ва буйрак фаолиятларининг узғаришлари аниқлана бошланади.

Бронхиал астма симптомларга бой қасаллик ҳисобланади ва анъанавий тарзда кечганда уни ташхислаш қийин эмас. БА устувор аломатларини 27 тага (13 та хуруж пайтида ва 14 та хуружлараро даврда) шартли равишда ажратиш мумкин (жадвалда илова қилинган). Энг куп учрайдиган асосий аломатлари – экспиратор бугилиш (96,8 фоиз), бурун битими (60,6 фоиз). туш соҳаси буйлаб нохуш ҳис-сиётлари (57,4 фоиз), ортопноэ (72,4 фоиз), қутчасимон перкутор товуш (77,5 фоиз), хириллашлар (85,1 фоиз) ва б.к.

«Қасалликнинг ички тасвири» аломатлари ҳам БА да узига ҳос ифодаланган булади ва уни туғри баҳолай олиш муқобил фармакотерапия ҳамда ташхис учун қатта аҳамият қасб этади.

«Қасалликнинг ички тасвири» деганда» беморнинг бутун дунёси барча кечинма ва туйғулари, ҳиссиётлари қарама-қаршилиқлари, рухий зуриқиш ва зарбалари йигиндиси» тушунилади. «Қасалликнинг ичи тасвири (дунёси)» мижознинг шахс сифатидаги хусусиятларига, ҳасталик оғирлиги, даражаси ва давомийлигига, қасаллик авжланиши жараёнига: беморнинг уз қасаллиги ҳақидаги тиббий тасаввурига, ижтимоий омиллар ва б.к.ларга боғлиқ булади (Р.А.Лурия).

Л.Л.Рохлин буйича «қасалликнинг ички тасвирини» ифодалаб берувчи асосий манба булиб - мижоз томонидан қасаллик ҳақида уйлаб қайғуриш турлари хизмат қилади. Бошқа саматик қасалликларида булгани қаби БА да беморларнинг қасалликка нисбатан таъсирланишларини сакқиз хили ажратилади: астенодепрессив, ипохондрик, истерик, истериопохондрик, фобик психастеник, эйфорик-анозогнозик ва ҳасталикни эътироф, қилмаслик (Л.Л.Рохлин: З.Т.Костюнина: В.В.Ковалев).

Мазкур синдромлар ута ҳос клиник белгилар билан қуриниш бералар. Хусусан. астенодепрессив турдаги таъсирланиш қайфиятни тушиб кетиши. қасаллик ҳақида бидъатли ёмон фикрларга бориш. қасаллик оқибати албатта қожиага тарқалиши ҳақида

уйга толиб юриш кабилар билан ифодаланди. Миждозлар ута тушкунликка тушиб коладилар, хаёл сурадиган, камгап ва чигал фикрлар билан юрадиган кишиларга айланиб коладилар. Купчилик беморларда суицидал гоьлар пайдо булади, лекин уларни амалга оширишга ошикиш кузатилмайди. Уйку бузилади, болалардан ва жамoadан ажралиб колиш вахимаси пайдо булади.

Бундан ташкари БА да апатик таъсирланишлар (реакциялар) хам учрайди (И.П.Замотаев, В.Е.Рожнов, А.Султанова, 1983). Бунда беморлар ва текширувларга унамайдилар, уйкусизлик булади. Бундай холатлар купинча глюкокортикоидли гормонлар берилгандан кейин кузатилади.

Бронхиал астма мавзусида асосий уринишлардан бири килиб астматик холат белгиланиши лозим, чунки унинг аломатлари БА дан фаркли уларок бир мунча узига хос ифодаланиб куриниш беради ва иккинчидан, долзарб масала булиб хисобланади.

Замонавий концепцияларга кура унинг асосида бронхиал шажараларда жойлашган беоадренергик рецепторлар фаолияти бузилиши туфайли келиб чикадиган уткир нафас етишмовчилиги синдроми ётади.

Астматик холат БА нинг хавфли асорати булиб, унинг частотаси 5-23,4 фоизни ташкил килади, 1,23-16 фоиз холларда улимга олиб келади.

Маълум булдики, астматик холатнинг охирги йилларда тобора купайиб бораётганлигини асосий сабаби БА кенг таркалганлиги ва унинг огир турларини йилдан-йил сари куп учраб турганлиги экан. Бу албатта турли омиллар (дори-дармонларнинг кенг кулланиши, кимёвий препаратларни куплаб ишлаб чикарилиши, кишлок хужалигини химизациялаш ва х.к.лар, окибатида ахолини аллергизация даражасини ортиши) туфайли атроф мухитни ифлосланиши билан хам бевосита богликдир.

Астматик холатни келтириб чикарувчи сабаблар жумласига симпатомиметикларни меъёрдан ортикча бериш, антигистгминоларии седатив ва бошка дори-дармонлар микдорини ошириб юбориш, глюкокортикоид гармонлар билан номувофик даволаш, анафилактик шок ва бошка шу кабилар кирадилар.

Унинг асосий патогенетик механизмларини куйидагича ифодалаш мумкин: эронхлар беоадренергик рецепторларини тула блокадаси бронхоспазм-эронхлар шиллик каватлари гиперсекрецияси ва шиши (димланиши яллиглачишли ва аллергик табиатга эга булган) кичик ва урта калибрли бронхларнинг экспиратор коллапси-гиперкапния-гипоксия-тукималар дегитратацияси-полицетемия ва уткир упка-юрак синдроми.

Алохида уринни унинг ривожланишида простогландинлар алмашинуви ва иммун тизимининг бузилишлари эгаллайди. Умуман, хар кандай огир бугилиш хуружи астматик холатга утиши мумкин.

Академик А.Г.Чучалин буйича астматик холатни икки шокли тафовутланади: анафилактик ва аллергометаболик. Биринчиси камрок кузатилади ва пиразолон хосилалари, сульфаниламидлар, антибиотиклар ва бошка турдаги дори-дармонлар кабул килингандан кейин пайдо булади.

С.Ч.Бабичев ва б.к. эса унинг уч турини ажратишни таклиф этганлар: бронхоспазм етакчи синдром булиши билан ифодаланувчи астматик холат, бронхосекретор жараёнларни устуворлиги ва бронхларни кисман обструкцияси ривожланиши билан кечувчи тури ва тоталь упка обструкцияси билан ифодаланувчи тури.

Унга бахо беришда куйидаги клиник аломатларга эътибор берилади:

1. Ксантин хосилалари ва симпатомиметикларнинг бронходилатация килиб таъсир- курсата олиш даражаси (самаралиги ва самарасизлиги).

2. Самарсиз йутал шаклланиши;

. Уткир нафас етишмовчилигини авжланиб бориши тезлиги.

Артериал кондаги газлар мутаносиблиги ва кислота-ишкор холати узгаришлари ташхисий ахамият касб этади.

Астматик холатни верификация (ойдинлаштириб олиш) килиш учун 0,1%-ли адреналин эритмаси 0,3-0,5 мг дан хар 20 дакикада тери остига 3 марта киритилади (1:1000) мутаносибликда эритилгани) ёки адреналин 0.3 мл дан хар 30-60 дакикада тери остига

(икки марта) берилади (Н.В.Путов. 1980). Бу мақсадда эуфиллинни 2.4%-ли эритмасидан ҳам фойдаланиш мумкин. Бунинг учун 2.4%-ли эуфиллин эритмаси 10 мл дан ҳар 30 дақиқада (икки марта) вена ичига киритилади. Оғирлик даражасига кура астматик ҳолатни 3 босқичи ажратилади.

1. БОСКИЧ - нисбий компенсациялашган босқич. Бугилиш хуружи

узук муддат давомида тухтамай давом этади (6 соатдан куп) симпатомиметик ва бошка бронходилататорлар ёрдам бермайди. Беморларни хуши жойида булади, рухий бузилишлар йук. Кучсиз ифодаланган тахипноэ ва окимтир цианоз, кузатилиб кам холларда куп терлаш булади. Упка экскурсияси чегараланган, перкуссияда-кутичасимон охангли товуш, аускультацияда-упка барча майдонлари буйлаб эшитиладиган везикуляр нафас, чикариш чузилган. Ёйилган курук дискантли хириллашлар. Купинча юрак соҳасида оғрик сезилади ва у юрак гликозидларига кам бериладиган тахиаритмия (100-120 та бир дақиқасига) билан ҳамда кон босимини кутарилиши билан давом этади.

Вена ичига эуфиллин юборилгандан сунг бош оғриги, бош айланаши, кунгил айниш ва кайд килиш кузатилади. Унг коринча етишмовчилиги нимтик ифодаланади.

Бу босқичда яна шу ифодалики, вентиляция бузилишлар булмайди, кучсиз ифодаланган артериал гипоксемия (P_{aO_2} : 60-70 мм.сим.уст), норма ёки гипокапния (P_aCO_2 нормада 35-45 мм.сим.уст га тенг булади) ёки P_aCO_2 гипервентиляция натижасида 35 мм.сим.уст. дан камаяди.

2. БОСКИЧ - декомпенсация ёки «соков» упка босқичи. Умумий ах-

воли оғир даражада. Рухиятнинг кучли бузилиши, психомотр кузгалишлар, галлюцимацияларда (депрессия, апатиялар билан алмашиб туради) бу давр учун хосдир. Беморлар елка худудини котириб турган холда мажбурият вазиятни эгаллаб туришга уринадилар, кукрак кафаси нафас чикариш босқичида туриб қолади, ёрдамчи мушаклар нафас олишда катнашадилар. Цианоз шиддали тусда ифодаланган. Шовкинли, хуштаксимон нафас билан аускультатив феноменлар аннкланиши орасида номутаносиблик топилиши айниқса муҳим ташхисий калит хисобланади (упкада хириллашлар деярли топилмайди, нафас шовкинлари сусайган, упка айрим худудларида эса умуман эшитилмайди - вахоланки, хуштаксимон дагал нафас тасофада мезилади). Кичик пульс, тахикардия (дақиқада то 140 тагача) купчилик холларда парадоксал пульс аритмия ва гипотония ҳам аникланилади. Бу босқичда бронобструктив синдром ва вентиляция бузилишлар жадаллашадилар, гипоксемия (P_{aO_2} - 50-60 мм сим.уст.) ва гиперкапния (P_aCO_2 - 50-70 мм.сим.уст. ва ундан юкорига) кучаядилар.

3. БОСКИЧ - гипоксик ёки гиперкапник кома босқичи. Умумий ахвол

ута оғир даражада булиб, клиник манзарасида асабий-рухий бузилишлар устуворлик килади, эс-хуши йуқолади ва хуш оғишидан олдин чангак (акашак) булишлар кузатилиши мумкин. Ёйилиб ифодаланувчи диффузцианоз, терлаш, сулак окиш, тухтаб-тухтаб нафас олиш, нафас олиш юзаки ва аритмик тусда булади, гипотония, коллапс ва ипсимон нозик пульс кабилар аникланади.

Гипоксемия (P_{aO_2} - 40-50 мм.сим уст. Ва юкори) ва гиперкапния (P_aCO_2 - 80-90 мм. сим. уст ва юкори) ҳамда вентиляция бузилишлар шиддатли тус оладилар.

Юкоридагилардан ташкари асмастик статус гиповолемия (кам холларда гиперволемия ва гипернатриемия) билан гематокрит курсаткичлари ва кон зардоби оксиллари концентрациясини ортиб кетиши билан ҳам давом этади ёки намоён булади, аввал метаболик алколоз ва сунгра эса, асмастик статус даражаси ортиб бориши билан метаболик ацидоз ривожланади. Бронхиал астма ва хомиладорлик муносабатларига оид маълумотлар охирги йилларда купайиб бораётганлигини такрорлаб утиш лозим. Бу борада айниқса Ўзбекистонда ССВ томонидан ишлаб чиқишган ва тавсия этилгани тавсияномалар энг охирги тиб илми ютукларини узида мужассамлаштирганлиги билан илмий-амалий ахамият касб этишни алоҳида кайд этиб утиш керак.

Сурункали обструктив бронхит ва брохиал астмани тафовутлари

Клинико-функционал аломатлар	Сурункали обструктив бронхит	Бронхиал астма
Ирсият	Купинча хос эмас	Аксарият ирсият билан боглик аллергик касалликлар билан алокадорлик тоилади.
Касаллик анамнези	Бугилиш хуружи йиллаб давом этиб келаётган йутал ва хансирашларга кушилади. Бугилиш хуружи купинча йутал тушиш билан бир вақтда келиб чикади. Кашан-далик ва касбий номакбул таъсуротлар билан бошла-ниш яккол курсатилади.	Бугилиш хуружи аксарият хол-ларда бирданига бошланиши, ёишкок балгамни ажралиши билан давом этадиган йутал пайдо булганда сусаяди ёки тухтайди.
Аллерголик анамнез	Ухруж билан бирор бир уртасидаги алокадор деярли йук.	Бугилиш хуружи аллергенга дуч келганда пайдо булади, купинча йилнинг маълум фасллари кузгайди.
Клиник аломатлари	Жисмоний зурикишидан кейин кучаядиган энтикиш устуворлик килади. Бастав-валги боскичларда у булмас-лиги хам мумкин.	Тула ремиссиялар билан алма-шиниб турадиган бугилиш ху-ружлари кузатилади.
Иситма турлари	Нимтак субфебрил	Купинча истима булмайди.
Балгам	Йиринг-шилликли, эозинофиллар йук. Шарко-Лейден кристаллари ва крушман спираллари топилмайди.	Шилликли, куплаб эозино-филлар бор крушман спираллари ва Шарко-Лейден кристаллари одим аникланади.
Самарали йутал	Устувор аломат	Купинча кузатилмайди.
Бочкасимон кукрак кафаси	Айрим холлардагина	Одатда касаллик узок ва огир кечганда
Упкадаги аускультатив феноменлар		
Кукрак хириллашлари	Купинча эшитилдилар.	Мусикасимон, хуштаксимон кукрак хириллашлари булади.
Намли хириллашлар	Касаллик кайталаниш бос-кичида аникланишлари мум-кин	Одатда булмайди, айрим холлардагина узгарувчан йу-талдан кейин йуколиб кетадиган нам хириллашлар булади.
Цианоз	Кучли ифодаланиши мум-кин.	Огир астмада ёки астматик холатдагина кузатилади.
Упка-юрак аломатлари	Характерли	Одатда булмайди.
Касаллик рецидивлари	Йилига 1-2 марта ёки купрок	Тез-тез булиб туриши мумкин.
Касаллик ремиссияси	Тургун эмас.	Клиник аломатлари тула йук-олиб келиши билан ифода-ланувчи ремиссия даври деярли доимо кузатилади.
Кон узгаришлари	Кайталанганда – лей-коцитоз.	Лейкопения, эозинофилия, ЭЧТ

	ЭЧТ ортиши, иккиламчи эритроци-тоз	камайиши, камдан-кам икки-ламчи эритроцитоз.
Упкада рентгенологик узгаришлар	Перибронхиал ва пери-ваккуляр инфилтрация. Турсимон пневмосклероз.	Упка тизимларини диффуз тарзда кучайтириб куриниши ториши. Тез узгариб турувчи учокли диффуз эмфизема ало-матлари
Иммунологик узгаришлар	УдЕ узгармайди, кайталан-ганда УдМ ва УдС ортиб кетади.	УдЕ + ланиб ортган Т-супрессор + камайган.
Ташки нафас функ-цияси	Вентиляциянинг обструктив тарзда бузилишлари бронхолитиклар билан фармако-логик синовлар салбий на-тижа беради.	Обструктив узгаришлар кучли ифодаланган бронхолитиклар билан фармакологик синовлар салбий натижа беради.
Аллергенлар таъсирга куйиладиган синовлар	Ижобий натижа беради	Ижобий натижа келтирадилар
Антимикробли терапия	Кайталанганда тавсия килинади	Купинча ман этилади, у касалликни кузготиб куйиши мумкин.
Антигистамин ва бр-онхолитик дориларни самара бериши	Кучсиз ифодаланани	Кучли самара келтиради
Махсус гипосенсиби-лизация	Тавсия килинмайди	Самара келтиради

БРОНХИАЛ АСТМА ВА БРОНХОСПАСТИК СИНДРОМНИ ТАФОВУТЛАШ

Аломатлари	Бронхиал астма	Бронхоспастик синдром	
		Упка усмалари	Узок муддатли
Касаллик анамнези	Давомли	Унга узок эмас (2-3 ойдан то 1 йилгача)	Узок муддатли
Клиник симптомлари	Ремиссия билан алмашилиб турувчи хуружлар	Узлуксиз нафас олишни кийинли-ги, бугилиш хуружини нафас олиш ёки чикариш боскичида хам булиб туриши	Изтиборли каттик йутал булиши, вазиятга боглик холда узгаради ва хушни йуколишигача олиб келади
Энтикиш тури	Экспиратор	Инспиратор ёки аралаш	Экспиратор
Упкадаги узгариш	Курук хуштаксимон хириллашлар, турли колитли намли хириллашлар	Будмасликлари мумкин	Кам микдорда курук хириллашлар
Рентгенологик текширув	Эмфтизематоз тусда упкани шишуви	Гомоген тарзда интенсив соялар, ателектаз бир то-монлама плеврит	Трахея бронхлар-нинг вентральдорсал улчамларини кучли кама-йиши
Упка вентиляция-си бузилиши тур-лари	Обструктив	Рестриктив	Обструктив

Аллергологик синовлар	Ижобий натижалар	Салбий натижалар	Салбий натижалар
Бронхолитик тек-ширувлар	Бронхоспазм, бронхиал обструкция симптомлари	Бронх ёки трахеянинг торайишлари	Трахея ва йирик бронхлар орка деворларининг нафас йулларига осилиб киришлари (нафас олиш пайтида)
Бронхолитик ва антигистамин до-рилардан самарадорлик	Кучли ифодаланган	Ифодаланмаган	Ифодаланмаган

Бузилишларгина аниқлаб қолмай, балки обструкция характерини ҳам ойдинлатиб олиш имкониятини яратади (Бронхоспазм, шиши ва гиперсекреция). Жадвалдан куришиб турганидек (М.П.Бакулин буйича илова қилинган) сурункали бронхитга чалинган беморларда яллигланишли шиш ва шиллик қават безларининг гиперсекрецияси устувор бўлса, бронхиал астмада эса бронхоспазм етакчилик қилади.

ВОЗ (1983) экспертлар гуруҳи БА келиб чиқиши хавфи бор гуруҳларда (кашандалар, хавоси оғир жойларда истикомат қилувчи шахслар, респиратор касалликларга тез-тез чалиниб турувчилар, ирсий мойиллиги бор шахслар, экологик номақбул ҳудудларда яшовчилар) аҳолини бир бошдан махсус текширув (оммавий скрининг) утказиб бориш мақсадга мувофиқ деб тавсия этади. Бунинг учун махсус суровнома - анкеталар (собик иттифок пульмонология илмий текшириш институти анкетаси, Британия махсус кенгаши анкетаси, Европа иқтисодий кенгаши анкетаси, А.Г.Чучалин-Трутников анкетаси ва б.к. дан фойдаланилади. Бундай скрининг анкеталарни тулғизиш ҳар қандай профилактик дастурнинг устувор қисми бўлиши керак, чунки улар БА "қуртани"лидаёқ унинг куринишларини аниқлаш имконини тугдириш (УАШ томонидан ҳар бир оила ёки аҳоли учун тулғозилиб қуйилиши керак), хавфли гуруҳларни мулжалли кузатиб боришга асос бўлади ва демек, муқобил терапия утказилади. Ана шундай анкеталардан бирини (Цюра Е.В. 1985) амалиёт учун тавсия этамиз ва у жадвалда илова этилган.

БА бошланғич босқичларида қонда ёки балғамда аниқланадиган зозинофилия ҳам ташхисий аҳамият қасб этади. Мазур текширув натижалардан келиб чиққан ҳолда профилактика тадбирлари кенг йулга қуйилади ва улар даволашдан ҳам устивор фаолият деб қабул қилинишлари лозим.

БА диагностикасига оид маълумотлар якунида яна шунини эслатиб қуйиш керак-ки, таъбиат амалиётида анча-мунча бўлсада учраб турадиган клиник синдромлар бор ва улар БА астмага жуда ухшаб кечадилар, аммо лекин бошқача муносабатда бўлишини ва даволашни узгача ташкил қилишни тақозо этадилар.

ХАММЕН-РИЧА СИНДРОМИ. Бу кенг қуламда тарқалиб ва шид-дат билан тобора кучайиб бориш билан ифодаланувчи упканинг интерстициал фиброзидир. Бунинг учун упка димланишига хос рентгенологик аломатлар, «ногора таёқчалари» симптоми, полиглобулия, қон тушириш қаби алоҳида белгилар хос бўлади. Упка биопсиясига асосланиб тулик диагноз қуйилади.

Бронхиал астмани даволаш дастурлари турли туман бўлиб муаллифлар томонидан айрим ҳолларда улар бир-бирларига зид ҳолда талқин этилади. Бунинг устига фармакологиянинг БА га таалукли замонавий ютуқлари ҳозирча тула қонли равишда ақс эттирилган деб бўлмайди.

Бронхиал астмани қуплаб омиллар келтириб чиқариши мумкинлигини, унинг патогенези, мураккаблигини ва кечиши индивидуал хусусиятларга эга эканлиги 1 назарда тутилса-барча беморларга бир хил даволаш тизимини буюриш мутлақо мумкин эмаслиги уз-узидан равшан бўлади ва шунинг учун ҳам терапияни асосий йуналишлари ҳақидагина

суз юритиш мақсадга мувофиқ хисобланади. Куйидаги ҳар бир бемор хусусиятлари эътиборга олинган ҳолда астма терапияси йуналишларини баён этамиз.

АСТМАНИ ДАВОЛАШНИНГ АСОСИЙ БОШ ЙУНАЛИШЛАРИ КУЙИДАГИЛАРДАН ИБОРАТ БУЛИШ КЕРАК:

Беморга даволаш муолажаларига оид куникмаларни ургатиш ва уни бу жараёнда фаол маслакдош қилиб олишга эришиш.

Симптомларга ва уққа функционал ҳолатини белгиловчи мезонларга асосланган ҳолда астманинг даражасини баҳолаб ва кузатиб туриш.

Астмани кузгатувчи омиллардан беморни ҳалос қилиш ёки улардан доимо оғох бўлиб туриш.

- Узоқ муддатли кузлаб даволашнинг шахсий режасини ишлаб чиқиш.

- Қасалликнинг такрорий хуружларини даволаш режаларини тузиш ёки мулжаллаб олиш.

Қиска муддатли таъсир курсатувчи теофиллин (эуфиллин, аминофиллин) болуос ҳолида ёки томчилаб юборилади.

- Кортикостероидлар ва натрий кромогликат ингалициясидан хуружни тухтатиш мақсадида фойдаланиш хато ҳисобланади. Улар режали даволаш учун ишлатилиши керак.

- Мураккаблашган композицияли препаратлар (Дитэк, Метал, плюс).

БРОНХИАЛ АСТМАНИ УЗОК МУДДАТ ДАВОЛАШ УЧУН КУЛЛАНИЛАДИГАН ДОРИ-ДАРМОНЛАР ВА УЛАРДАН ПРОФИЛАКТИК МАҚСАДДА УНУМЛИ ФОЙДАЛАНИШ:

- Узоқ таъсир курсатувчи яллигланпшга қарши ва бронхларни қенгайтирувчи дорилар: натрий кромогликат (Интал, Кромолин) ва натрий педокромил (Тайлед). Мазкур препаратларни ингалиция қилигунича қадар (15-20 дақиқа илгари) одатда-адреномиметиклар ингалиция қилинади, чунки бунда балғам енгил ташланиб, бронхлар қенг қулламда очилади ва натижада юқоридаги дори-дармонлар қулланилгандан кейин уларниш таъсир қилиш доираси қенгайди ва ортади.

- Дитэк (кромогликат + фенометрол).

- Интал Плюс (Натрий кромогликат + сальбуматол)

- Кортикостероидлар: улар ингалиция шаклида (беклометазон, Будесониад, флунизолид, флутиказон) ва перораль ҳамда парентераль йул билан қулланилади.

- 12-14 соат давомида таъсир қилувчи теофиллин-бронхолитиклар: теопэк, теотард, эуфиллин-ретард ва эуфилонг (ичиш учун буюриладилар).

- Ингалиция қилиб юборилгандан, 12-соатгача қузилиб таъсир этувчи амлатомиметиклар: сальметерол (Серевент) ва формотерол.

- Профилактик мақсад билан даволаш олиб борилаётганда, айниқса астмани узоқ даволаш ингалиция йули билан ташқил этилганда ҳалқум ва оғиз бушлиги кандидози ривожланиши хавфи тугилади. Уни олдини олиш учун спейсерлардан фойдаланиш ёки оғиз бушлигини муайян чайқаб туриш тавсия этилади.

БРОНХИАЛ АСТМАДА КОРТИКОСТЕРОИДЛАРНИ КУЛЛАШ ҚОИДАЛАРИ:

- Астманинг 1чи поганасида (енгил кечиши) кортикостероидларни қуллаш ман қилинади.

- Антиастматик терапиянинг 2чи поганасида, яъни агарда симптомомиметиклар ингалиция ҳолида қунига 3-4 марта қулланилишлилига қарамасдан астма хуружи тухтамаса, кортикостероидлар ингалиция шаклида 200-500 мгк/сут. миқдорида қулланилади.

- Бронхиал астма (БА) уртача оғир даражада утганда (III-чи поганаси) ингалицион кортикостероидлар 200-800 мгк/сут миқдорида ва албатта, узоқ таъсир курсатувчи теофиллинлар ёхуд симпатомиметиклар ва холинolitikлар билан ҳамкорликда қулланилади.

- БА огир утганда (IV-чи поганаси) ингалицион кортикостероидлар микдори 800-2000 мкг/ сутгача етказиб бериледи ва бундан ташкари кушимча парентераль йул билан ёки болюс шаклда юборилади.

- Астма даражаси сустлашганда, кортикостероидлар микдори аввалги погонда микдоргача пайтирилиб борилади. Умуман, ингалицион кортикостероидлар билан БА ни даволаш аввалроқ бошланади ва сунгра, кейинроқ анъанавий тарзда кулланишга утилади.

Бронхиал астмани даволашда кортикостероидларни кулланилиши шарт булган холатлар ва мазкур вазиятларда улардан унумли ф о й д а л а н и ш:

Анъанавий тарзда (болюс, перораль ва парентераль шакллар) стерондди терапия олиб бориш учун мутлок курсатма булиб астматик холат хисобланади.

- Мазкур холатда кортикостероидлар катта микдорда вена ичига юборилади. (преднизолон даволашнинг биринчи куни одатда 300 мг суг-микдоридан кам булмаган холда юборилади).

- Бронхларнинг дренаж фаолияти тикланганидан сунг парентераль стероидлар микдори камайтирилади ва улар ичишга утказилади:

Мукобил ва самарали булгам кучирувчи моддалар сифатида куйидагилардан фойдаланиш мумкин:

- Термопсис, куп суюклик истеъмол килиш.

- Бромчексин (Бихолвон) - 8 мг XI табл. кунига 3 махал Амброксоль (Лазольван) - 30 мг X I табл.суткасига 2 махал Флуипуцил (600 мг-I тб суткасига бир махал ёки порошок холида 200 мг дан суткасига уч махал буюрилади).

Астмада специфик иммунотерапия утказилиши учун алохида шарт-шароитлар инобатга олиниши зарур, акс холда у ута хавфли нохуш реакциялар (5-35%) беради ва иккинчи томондан эса, бу туркум муолажалар анча киммат туради хамда паст самара беради:

• Астмани дорилар билан даволаш мутлако наф бермаганда иммунотерапияни куллаш мумкин.

• Аллергендан кутултириш имконияти булмаганда хам бу даволаш усули тавсия этилиши мумкин.

- Даволашнинг биринчи поганаси (астмани интермиттир тусда кечиши) да хуружни тухтатиш учун кулланиладиган, киска таъсир курсатувчи бронходилататорлар буюрилади.

Даволашнинг иккинчи поганаси (астманинг энгил даражасида) астманинг кайталанишини олдини олиб турувчи препаратларни учок муддат давомида бериб бориш билан ташкил килинади. Бу махсадда Интал, Кромоллин, Тайлед, кетотифен (Задитен) ва ингалицион кортикостероидлар (бекллометазон дипропионат-БДП, будесонид, флунизолид, флуктиказон пропионат) кичик дозаларда ишлатиладилар.

- Даволашнинг учинчи поганасида (астманинг уртача огир кечишида кулланилади) ингалицион кортикостероидлар микдори кутарилади ва уларга узок таъсир этувчк бронходилататорлар кушилади (Р-адреномиметиклар ёки теофиллинлар). Киска таъсир курсатувчи ингалицион Р-адреномиметиклар зарурият булганда кулланилади, лекин кулланиш доираси суткасига 3-4 мартагача чегараланган булиши керак.

- Даволашнинг туртинчи поганаси-астманпнг огир даражада утадиган шаклларида кулланилади ва унда бронходилататорлар хамда ингалицион кортикостероидлар турли комбинациялар билан бир вақтда буюрилади, зарурият буйича, имконияти бориға стероид препаратлар ичиш учун хам тавсия этилади.

- Анаънавий тарзда (болюс шаклида ёки томчилатиб) кортикосте-роидди терапия киска муддатли курслар билан, астма хуружини тухтатиш учун даволашнинг хар кандай боскичида буюрилиши мумкин (хаётга тахдид вужудга келган холатларда).

- Умуман, астмани «погонама-погона» тизимида даволашнинг асосий махсади ингалицион кортикостероидлар мавкесини оширишдан иборат, у юкори самара беради ва бемор хаёти сифатини тубдан яхшилашга олиб келади хамда умрни узайтиради. Демак, хам тиббий ва хам ижтимоий ахамият касб этади.

Сурункали астмани кадамма-кадам даволаш



- Кадамба-кадам даволаш усули.
- Керак булганда орал преднизолонни кадамларнинг барчасида хам куллаш мумкин.
 - 1-кадам
- Талабга мувофик бронходилататор-ларни куллаш
- Киска таъсиркилувчи В2-стимуля-торларни (суткасига 1 мартаба) инга-ляцион усулда куллаш
- Сальбутамол (вентолин) 5 мг ёки тербуталин 10 мг 1-2 нафас олиш
 - 2-кадам
- Талабга мувофик киска таъсиркилувчи В2-стимуляторларни куллаш
- Ингаляцион кортикостероидларнинг ст-андарт дозаларини регуляр кабул килиш: будесонид ёки бекламетазон
- ёки регулярно - кромолин (интал) или недокромил
- Агар даво самаралик булмаса кромолин ёки недокромилни ингаляцион стероид-ларнинг стандарт дозаларига алмашти-риш керак.
 - 3-кадам
- Талабга мувофик киска таъсирки-лувчи В2-стимуляторларни куллаш
- Ингаляцион кортикостероидларнинг стандарт дозаларини регуляр кабул килиш плус узок давом ингаляцион В2 стимуляторларни (сальмотерол 50мкг*2р/сут ёки формотерол 12мкг *2р/сут) регуляр кабул килиш
 - 4-кадам
- Талабга мувофик киска таъсир килувчи β_2 -стимуляторларни куллаш плус куйидаги воситалардан бирта ёки бир нечтасини кулланг:
 - Узок таъсир килувчи ингаляцион В2 стим-уляторларини
 - Теофиллин ичишга
 - Ипратропиум бромид ингаляцион шаклида
 - Ингаляцион стероидларни юкори дозала-ри
 - Кромолин ёки недокромил
 - 5-кадам
- Талабга мувофик киска таъсиркилувчи В2-стимуляторларни куллаш
- Преднизолон таблеткасини регуляр кабул килиш

● Ингаляцион стероидларни давом этиш, глюкокортикостероидларни дозасини керакли холатларда ошириш.

УАВ тактикаси

1-тоифа хизматлари

■ КВП ва ШВП шароитида УАВ/ ОВ одатдаги вазиятда купинча тула ва мустакил равишда бажара оладиган айрим холатлар ва касалликларни аниклаш, тугри ташхислаш ҳамда самарали даволашни амалга ошириш; факат беморнинг ахволи яхшиланмаган баъзи холлардагина беморлар кушимча маслахат олиш ёки тула даволаниш учун маслахатчига (консультантга) ёки бошка муассасанинг (поликлиника, касалхона) мутахассисига юборилиши лозим.

■ I. Ётоқ режим

■ II Диета.

- Стол № 15.

■ III. Куп микдорда суюклик - 2-2,5 л суткисига

■ IV .Антибиотиклар:

а) ампициллин 0,5 x 4 махал кунига

б) 5-НОК 0,1 x 4 махал кунига

■ V. Витаминотерапия

■ VI. Восстановление пассажа мочи.

2-тоифа хизматлари

■ КВП ва ШВП шароитида УАВ/ОВ томонидан имконият даражасида тугри ташхислаш, баъзи холларда, имкон ва эhtiёж булса, уткир холатларни аниклаш, тугри даволашни тавсия этиш ҳамда тугри ташхислаш, кушимча консультация ёки тула даволаниш учун беморларни бошка муассасанинг (поликлиника, касалхона) консультанти ёки мутахассисига юбориш.

УАВ тактикаси 3-тоифа хизматлари

■ КВП ва ШВП шароитида УАВ/ОВ томонидан комптентли, малакали ва мустакил равишда бажариладиган, беморларни тула ва мувофик (тугри, адекват, самарали), зарурий муолажалар, муолажалар ва текширувлардан утказилишини амалга ошириш .

■ 1. Профессионал суров ва курув

■ 2. клиник ва биокимёвий тахлилилар интерпритацияси

■ 3. Парhez таом буюриш.

3.1.-тоифа хизматлари

■ КВП ва ШВП шароитида беморларни тула ва зарурий муолажалар, муолажалар ҳамда текширувлардан утказиш худди шундай ишларни бажара оладиган бошка муассасаларга юбориш оркали амалга ошириш. УАВ бундай курсатмалар ва уни бажарадиган тиббий муассасалар хакида тиббий маълумотга эга булиши зарур.

■ 1. Балгамни бактерологик экиб текшириш

■ 2. Упка рентгенографияси, томографияси, бронхографияси

■ 3. Пикфлоуметрия, спирометрия.

■ 4. Компьютерли томография.

4-тоифа хизматлари

■ КВП ва ШВП ёки бошка муассасаларда даволанган ва саломатлиги узок муддат бузилган, махсус парвариш ва назоратга мухтож булган беморлар учун реабилитация ва диспансеризация тадбирдарини амалга ошириш.

■ Реабилитация.

■ Диспансеризация.

5-тоифа хизматлари

▪ Соглом одамларга ва беморларга турли сабаблар туфайли, айникса хусусий хавф ҳамда эҳтиёж омилларига дуч келган шахсларга индивидуал профилактик ва маърифий ёрдам (укитиш, маслахат, намойиш ва х.з.) курсатиш.

▪ Шахсий гигиенани саклаш.

▪ Нафас гимнастикаси

▪ Совукда котиш хавфсизлиги

▪ Чекишни зарарлиги

▪ Чиникиш

▪ Ташки мухитни тозаллиги

▪ Ишга жойлаштириш

▪ Кариялар муаммоси

▪ Юкумли учокларни олдини олиш

▪ Оилани режалаштириш

▪ Фитотерапия.

4– мавзу: Ўпка – юрак.

4.1. Таълим бериш технологиясининг модели

Машғулот вақти – 2 соат	Талабалар сони : 18-36 гача
Машғулот шакли	Ахборот маъруза.Мультимедия маъруза
Маъруза режаси	Ўпка-юракни келиб чиқиш сабаблари; 2. Ўпка-юракнинг келиб чиқиш механизми; 3. Ўпка-юракнинг клиникаси; 4. Ўпка-юракнинг диагностикаси; 5. Ўпка-юракни давоси; 6. Ўпка-юрак профилактикаси
Машғулотнинг мақсади:	Ўпка-юракнинг келиб чиқиш сабаблари, улардаги киёсий таъхисотни аниқлаш ва УАВ тактикаси;
Таълим бериш воситалари	Ўқув қўлланма. дарслик, маъруза матни, проектор, компьютер.
Машғулот услуби	Сухбат, маъруза
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория.
Мониторинг ва баҳолаш.	Оғзаки назорат: савол – жавоб.

4.2. Маъруза машғулотининг технологик картаси

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
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 (55 дақиқа)	1. Мавзуни 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 минут (2 соат)		

Мавзу баёни

Ўпка- юрак

Ўпка-юрак деганда нафас системаси органларининг касалликлари туфайли кичик қон айланиш системасида қон босими ошиб кетиб (ўпка гипертензияси), натижада юрак ўнг қоринчасининг қалинлашиши (гипертрофияси) ва кенгайиб кетиши тушинилади. Юрак пороклари туфайли келиб чиққан юрак ўнг қоринчасининг гипертрофияси ва кенгайиб кетиши бу тушунчага кирмайди.

Ўпка-юрак етишмовчилиги дегенда декомпенсациялашган ўпка-юрак, яъни нафас системаси касалликлари ва ўпка етишмовчилиги туфайли келиб чиққан юрак ўнг қоринчасининг етишмовчилиги тушинилади.

Ўпка-юрак сабаблари ва ривожланиши. Ўпка-юракнинг ривожланишига олиб келадиган барча касалликлар 3 гуруҳга бўлинади. Биринчи гуруҳга бронх-ўпка сиситемасини бевосита зарарлантирадиган барча касалликлар киради. Иккинчи гуруҳга кўкрак қафасининг ўзгариши натижасида ўпкада ҳаво алмашишининг бузилишига олиб келадиган касалликлар :кифосколиоз ва кўкрак қафасининг бошқа қийшиқликлари, торакопластика, плевра фибрози, сурункали нерв-мушкул касалликлари, ҳаддан ташқари озиб кетиш, идиопатик алвеоляр гиповентиляция, Пиквик синдроми ва бошқалар киради. Учинчи гуруҳга ўпка томирларини бирламчи зарарлантирадиган касалликлар: бирламчи ўпка гипертензияси, тугунчали периартериит ва васкулит касалликлари, бирламчи ўпка тромбози, ўпкadan ташқаридаги томирлар тромбозидан келиб чиққан ўпка томирларининг эмболияси, шистосомоз касалликлари, умуртқа поғонаси билан кўкрак қафаси оралиғида жойлашган ўсмалар, ўпка артериялари ва веналарини қисадиган аневризмалар ва бошқалар киради.

Сурункали ўпка-юракнинг энг кўп учрайдиган ва муҳим сабаблари бўлиб сурункали бронхит, бронхиал астма, ўпка эмфиземаси ва пневмосклерози, ўпканинг паразитар касалликлари, кўкрак қафасининг қийшиқликлари ва ўпка томирларининг тромбоэмболик касалликлари ҳисобланади.

Ўткир ўпка –юрак сабаблари:

- ❖ Упка артерияси эмболияси;
- ❖ Клапанли пневмоторакс, пневмомедиастенум;
- ❖ Бронхиал астманинг оғир хуружлари;
- ❖ Катта майдонни эгалаган зотилжам;
- ❖ Куп суюқлик тупланиши билан кечадиган экссудатив плеврит.

Ўткир ости ўпка –юрак сабаблари

- Упка артериясининг майда тромбоэмболиялари;
- Бронхиал астманинг чузилган такрорий хуружлари;
- Упканинг рак лимфангиити;
- Сурункали гиповентиляция (ботулизм, полиомиелит, миастения)

Сурункали ўпка-юрак сабаблари

- ✓ Бирламчи ўпка гипертензияси;
- ✓ Такрорий ўпка артерияси эмболиялари;
- ✓ Упка резекцияси;
- ✓ Артериитлар;
- ✓ Умуртқа поғонаси ва кўкрак қафаси деформацияси;
- ✓ Пиквик синдроми (семизлик);
- ✓ Плеврал чандиклар;
- ✓ Упка поликистози;
- ✓ Упканинг сурункали касалликлари.

Ўпка гипертензияси

Ўпка артериясидаги босим нормал курсаткичлардан юқори булади.

Ўпка артерияси босимининг нормал:

- Систолик босим -26-30 мм.с.у.тенг;
- Дисатолик босим -8-9 мм.с.у.тенг;
- Уртача босим 13-20 мм.с.у.тенг.

Сурункали ўпка –юрак келиб чиқиш механизми

- Бронхлар утказувчанлигининг бузилиши (обструкция);
- Нафас олиш майдонининг камайиши (рестрикция);

- Альвеоляр вентиляциянинг номувофиклиги(альвеоляр гипоксия);
- Артериал гипоксемия;
- Артериолалар тонусининг ошиши (рефлекс Эйлера-Лильестранда);
- Узок давом этган упка артерияси спазми;
- Упка гипертензияси;
- Унг булмача ва унг қоринча гипертрофияси;
- Миокарддаги метоболизм бузилишлари;
- Унг қоринча дилатацияси ва етишмовчилиги.

Ўпка-юракнинг ривожланиш механизми нафас етишмовчилигининг ривожланиш механизми билан боғлиқ. Ўпка касалликларидаги нафас етишмовчилигининг асосида ўпка вентиляциясининг обструктив, рестриктив ва аралаш бузилишлари ётади. Кўпроқ обструктив ва аралаш бузилишлар кузатилади. Обструктив бузилишларда бронх йўлларида ҳаво оқимиға бўлган қаршилиқ ошиб кетадию вентиляциянинг рестриктив бузилишларида эса ўпканинг эластиклиги пасайиб кетади. Вентиляциянинг аралаш бузилишларида нафас механикасининг иккала кўрсаткичи бир хил даражада бузилган бўлади.

Ўпка эластиклигининг ва бронх йўллари ўтказувчанлигининг бузилиши альвеоляр вентиляциянинг нотекислигига ва альвеоляр ҳавода кислород порциал босимининг камайиб кетишиға олиб келади. Ана шу альвеоляр гипоксияға жавобан ўпка артериаларининг систем торайиши кузатилади. Бунга Эйлер-Лильестранд рефлекси деб аталади. Оқибатда кичик қон айланиш системасида қон босими кўтарилиб кетади. Соғлом одамда ўпка артериясида систол қон босими 25-30 мм.с.у.ға, диастолик қон босим 5-10 мм.с.у га тенгдир.

Альвеоляр гипоксия натижасида кичик қон айланиш системасида қоннинг кислород билан тўйиниши пасайиб кетади. Натижада артериал гипоксия келиб чиқади. Артериал гипоксемия аортал каротид зонасидаги хеморецепторларнинг кўзғалиши туфайли қоннинг минутлик ҳажми ошишиға олиб келади. Артериал гипоксемия туфайли тўқималарнинг кислород билан таъминланиши пасайиб кетиши мумкин. Бунинг олдини олиш мақсадида реффлектор равишда қизил қон таначаларини ишлаб чиқариш, яъни эритропоз кучаяди. Қоннинг умумий миқдори ошади ва ёпишқоқлиги кучаяди.

Кислород етишмовчилиги туфайли тўқималарда модда алмашинуви бузилиб, сут кислотаси ва бошқа биологик аминларнинг ҳосил бўлиши кучаяди. Бу моддалар ўпка артериясида қон босимининг янада ошишиға олиб келади.

Ўпка артериясида қон босимининг ошишиға капилляр томирларнинг ўпка эмфиземаси, алвеола ва бронхиолаларда босимнинг ошиши туфайли эзилиши ҳам сабаб бўлади.

Ўпка-юракнинг келиб чиқиши ва ривожланишида капиллярлар ва ўпка артериясида бўлиниб кетган майда тармоқларининг микроскопик эмболлар билан тўсилиб қолиши ҳам муҳим роль ўйнайди. Бу ҳодиса, айниқса, нафас органларининг сурункали касалликларида кузатиладиган иккиламчи эритроцитоз ва қон қуюқлигининг ортиб кетиши туфайли бўлади.

Чўзилиб кетган нафас қисми даврида кўкрак қафаси ички босимининг ошиши ва нафас биомеханикасининг бузилиши кузатилади. Булар ҳам ўпка артериясида қон босимининг ошишиға сабаб бўлади.

Юқорида кўриб ўтилган барча кўп сонли олимлар барқарор ўпка гипертензияси шаклланишиға олиб келади. Ўз навбатида ўпка гипертензияси юракнинг ўнг бўлимлари деворининг қалинлашувига олиб келади: олдин ўнг қоринча, кейин ўнг бўлмачанинг деворлари қалинлашади. Кейинчалик мавжуд артериал гипоксемия юрак ўнг бўлимларининг миокардида дистрофик ўзгаришлар келтириб чиқаради. Бу эса юрак етишмовчилигининг ривожланишиға сабаб бўлади.

Юрак етишмовчилигининг белгилари ҳали кузатилмасдан фақат юрак ўнг қоринчасининг қалинлашиш ва кенгайиш белгилари мавжуд бўлса, компенсациялашган ўпка-юрак ташҳиси қўйилади. Бу даврда ўнг қоринча ўз вазифасини зўриқиб бўлса ҳам бажариб турган бўлади. Юрак ўнг қоринчаси етишмовчилигининг белгилари пайдо бўлса, ўпка-юрак етишмовчилиги ташҳиси қўйилади.

Ўпка-юракнинг клиникаси. Сурункали ўпка-юракнинг кўринишлари қуйидаги 3 гуруҳ аломатларидан иборат бўлади: 1) сурункали ўпка-юрак ривожланишига олиб келган асосий касаллик аломатлари; 2) ўпка етишмовчилигининг аломатлари; 3) юрак ўнг қоринчаси етишмовчилигининг аломатлари.

Сурункали ўпка-юракнинг ривожланишидан, кичик қон айланиш гипертензиясининг келиб чиқишидан олдин ўпка етишмовчилиги келиб чиқади. Ўпка етишмовчилиги организмнинг шундай ҳолати, унда қондаги газлар миқдорини нормал даражада тутиб туриш таъминланмайди ёки унга ташқи нафас олиш аппаратининг зўр бериб ишлаши ва юрак вазифасининг олиши ҳисобига етишилади. Бу эса организмнинг функционал имкониятларини камайтиради.

Ўпка етишмовчилигининг 3 та даражаси ажратилади: 1-даражасида ҳансираш ва юрак уриб кетиши юқорида даражадаги жисмоний кучланишда пайдо бўлади. Одатда бундай кучланишлар соғлом одамда ҳансираш ва юрак уриб кетишига сабаб бўлмайди. Цианоз белгилари аниқланмайди. Ташқи нафас кўрсаткичлари тинч ҳолатда тегишли катталикларга тўғри келади. Аммо жисмоний иш бажарганда номуттаносиб ўзгаради. Максимал ўпка вентилляцияси пасаяди. Қондаги газлар миқдори ўзгармайди.

Ўпка етишмовчилигининг 2 даражасида ҳансираш ва юрак уриб кетиши оз-моз жисмоний кучланишдаёқ пайдо бўлади. Ўпка ҳажмларининг қиймати нормадан четлашган бўлади. Максимал ўпка вентилляцияси анча пасаяди. Цианоз аниқ кўришиб туради. Қондаги газларнинг миқдори вентилляция кучайиши туфайли ё ўзгармайди ёки бир оз ўзгаради.

Ўпка етишмовчилигининг 3 даражасида ҳансираш ва юрак уриб кетиши тинч ҳолатда ва доимо кузатилади, цианоз жуда ҳам яққол кўришиб туради ва тарқалган бўлади. Ўпка ҳаётий сифимининг кўрсаткичлари анча пасаяди, максимал ўпка вентилляциясини аниқлаб бўлмайди. Қондаги кислород миқдори камайиб (гипоксемия), карбонат ангидриднинг миқдори ошиб кетади (гиперкапния).

Ўпка-юрак ўпка етишмовчилигининг иккинчи ва айниқса учинчи даражасида ривожланади.

Компенсациялашган ўпка-юрак. Ўпка-юракнинг бу даврида юракнинг ўнг қоринчаси ўз ички имкониятларини ишга солиб, вазифасини лозим бўлган даражада бажариб туради (М:юрак мускулининг гипертрофияси туфайли). Бу даврда касалларнинг шикоятлари асосий касаллик ва нафас етишмовчилигининг даражаси билан аниқланади. Уларнинг шикоятлари асосан нафас қисилишидан яна ҳаво етишмаслигидан иборат бўлади. Ўпка-юракда учрайдиган аломатларнинг кейингиси кўкариш ҳисобланади. Бу белги аралаш ва рестриктив жараёнларда айниқса яққол кўринади. Кўкариш кўпинча диффуз, яъни кенг тарқалган бўлиб, юз териси, бўйин, кўкрак қафасининг юқори қисми ва қафтларни эгаллайди. Ўпка-юрак учун “илиқ” цианоз характерлидир, яъни касалнинг қўли ва оёқ бармоқлари ушлаб кўрилганда илиқ бўлади (юрак етишмовчилиги учун “совуқ” цианоз хос бўлади). Ўнг қоринча гипертрофиясининг тўғридан-тўғри белгиси тўш ости чуқурчасида аниқланадиган кучли тарқоқ юрак турткиси ҳисобланади. Шу билан бирга ўпка эмфиземасида тўш ости турткиси ўнг қоринча гипертрофияси йўқ пайтида ҳам кузатилиши мумкин. Компенсациялашган ўпка-юракнинг ўзигагина хос аускультатив белгилар бўлмайди. Аммо ўпка артериясининг устида иккинчи тоннинг кучайиши ва икки қисмга бўлиниши кузатилса, ўпка гипертензиси борлиги ҳақидаги тахмин ҳақиқатга яқин бўлиб қолади. Рентгенологик усуллар ўпка-юракнинг дастлабки белгиси бўлган ўпка артерияси конусининг шишиб чиқиши ва кенгайганлигини аниқлашга имкон беради. Электрокардиография – ўпка-юрак ташхисини аниқлашнинг энг кенг тарқалган қонсиз методидир. Ўнг қоринча ва ўнг бўлмача гипертрофиясининг ишончли тўғридан-тўғри ЭКГ белгилари бор. Кўкрак уламаларида R тишининг катта бўлиши, иккинчи ва учинчи стандарт, ўнг кўкрак уламаларида P пульмонале пайдо бўлади (яъни P тишчаси кенгайиб, баландлашиб, баъзан икки фазали бўлиб кетган бўлади). Фонокардиографияда Грехем-Стилл диастолик шовқинини, иккинчи тон ўпка қисмининг юқори амплитудасини аниқлаш мумкин.

Ўпка-юракни даволаш

1. Бронх-упка касалликлари кузиш боскичида:

- Антибиотиклар;
- Балгам кучирувчилар;
- Тозаловчи бронхоскопия.

2. Систем васкулитларда:

- Глюкокортикоидлар;
- Ностероид яллиғланишга қарши воситалар;
- Цитостатиклар;
- Плазмофарез.

3. Упка туберкулёзида:

- Туберкулостатиклар;
- Антибиотиклар.
- 4. Семизлик (Пиквик синдроми):
- Рационал овқатланиш.

4. Бронхлар утказувчанлигини яхшиловчи препаратлар: - бронхолитиклар

- Антихолинергик препаратлар – атровент, беродуал;
- Селектив бетта-2 агонистлар-беротек, сальбутамол, узок таъсир этувчилардан-сальмотерол;
- Метилксантлар-эуфиллин вена ичига ёки шамча шаклида, узок таъсир этувчи теофиллин гурухидан-телонг, теопак, суткасига 2-марта;
- Корватон (мольсидимин)-стабил упка гипертензиясининг 2-3 даражаларида кулланилади;
- Периферик вазодилататорлар-нитратлар: узок таъсир этувчилардан нитронг, сустак, нитросорбит-20 мг.дан кунига 4 марта 1-1,5 ой давомида;
- АПФ ингибиторлари: каптоприл, капотен, тензиомен-суткалик дозаси 25, 75, 100 мг.дан, рамиприл 2,5-5 мг.дан;
- Сийдик хайдовчи воситалар: фурасемид, лазекс, калий сакловчилардан-верошпирон, тримтерен, триампур, спиронолактон.

5. Оксигенотерапия:

- Узок таъсир этувчи оксигенотерапия (ДОТ);
- Тунги узок таъсир этувчи оксигенотерапия

6. Упка артериясидаги босимга таъсир этувчи препаратлар:

- Нифидипин 40-80 мг.сут;
- Дилтиазем (дильзем)-75 мг;
- Верапамил-80, 120, 140 мг.

Даво курси 3-4 хафтадан бошлаб, то 3-12 ойгача.

- Гемериологик бузилишларни корекцияловчи препаратлар: гепарин 10000-15000 ТБ т/о га 2-3 марта суткасига, 10-14 кун давомида, Реополиглюкин 200-400 мл в/и хафтада 2 марта.
- Дезагрегантлар: курантил-0,025 мг.дан 4 марта ичишга, трентал 100-200 мг.дан 3-4 марта ичишга, ацетилсалицил кислотаси кичик дозада.
- Гемосорбция муоложалари;
- Эритроцитоз фореуз касалларда кон куюклашганда кулланилади.

Бутун эътиборни ўпка-юракни келтириб чиқарадиган касалликларни пухта даволашга қаратиш лозим.

Ўпкада яллиғланиш жараёни зўрайган даврда антибактериал дорилар қўлланилади. Антибиотиклардан пенициллиннинг янги ярим синтетик препаратлари, цефасосфоринлар, аминогликозидлар, янги тетрациклинлар қўлланилади. Антибиотикларни танлашда асосий касалликни келтириб чиқарган микроорганизмларнинг хусусияти, антибиотикларга сезувчилиги эътиборга олинади. Айниқса антибиотикларни эндобронхиал йўл билан йубориш яхши натижа беради.

Сульфаниламидлардан бисептол, сульфадиметоксин, сульфален ва бошқалар кенг ишлатилади.

Бронхлар қисилишини йўқотиш мақсадида симптомиметиклар ва эйфилин қўлланилади. Бронхоспазм асосида холинергик механизм ётган бўлса атромент дориси ёрдам беради. Холинергик механизм шароитида кўп суяқ балғам ажралади. Бронхларни кенгайтирадиган янги дори беродуал яхши фойда беради. Чунки у беротек билан атровент препаратларининг фойдали хусусиятларини ўзида жамлаган.

Бронхлар қисилишини ва ўпка артерияси системасида босимни камайтиришда теofilлин препаратлари қўлланилади. Айниқса 2,4 % ли эритмасидан 10 мл ни томирга аста-секин ёки томчилаб юбориш кўп фойда келтиради. Бронхоспазм йўқолиб, касаллар, аҳоли анча яхшиланганда теofilлиннинг узок вақт давомида таъсир кўрсата оладигин дориларини ичишга ўтиш лозим бўлади. Булар теодур, теолонг ва теопекдир. Улар узок вақт давомида қўлланиладиган бўлса, юрак-қон томирлар системасига зарарли таъсир ўтказиши мумкин. Шунинг учун ёши 60 дан ошган беморларда ҳамда жигар ва буйрак касалликларида бу дориларнинг ярим дозасини қўллаш маъқулдир. Бронхоспазм юқоридаги дорилар билан тўхтамаса кортикостероидлар қўллаш лозим.

Кўпгина ҳолларда балғам қуюқлашиб, унинг кўчиши қийинлашади. Бунда балғамни суяқлаштирадиган ва ажралишини енгиллаштирадиган дорилар ишлатилади.

Ўпка-юракда организмдаги умумий қон миқдори ортиб кетганлигини назарда тутиб, вақти-вақти билан қон чиқариб юбориш лозим. Бунда қондаги гемоглобин миқдори 170 г\д дан , гемотокрит кўрсаткичи 50% дан юқори бўлиши керак. Биринчи марта чиқариладиган қон миқдори 300-400 мл дан кам бўлмаслиги керак. Кейинчалик зарурат бўлса ҳар 4-5 кунда 150-200 мл дан қон чиқариб туриш мумкин. Бунда беморларнинг умумий аҳволи ва юқорида келтирилган кўрсаткичлар эътиборга олинади. Қон қуюқлашиб кетганлиги сабабли ҳамда ўпка томирларида майда эмболиялар пайдо бўлиши мумкинлигини ҳисобга олиш антикоагулянтлар қўллаш мақсадга мувофиқдир. Бунда айниқса гепарин кўп ёрдам беради. Қоннинг реологик хусусиятини яхшилаш мақсадида томирга томчилаб реополиглукин қуйиш, трентал, курантил, индометацин каби дезагрегантлар қўллаш мумкин.

Ўпка-юракни даволашда юрак гликозидларини қўллаш кенг тарқалган. Айниқса ўпка-юракнинг етишмовчилигини даволашда дигоксин таъсирчан дори ҳисобланади. Уни қон айланиши етишмовчилигининг бошланғич ва ривожланган даврларда ишлаташ мумкин. Декомпенсация кескин кучайган пайтда тезроқ касалнинг аҳволини яхшилаш учун строфантин қон томирга юборилади.

Ўнг қоринча етишмовчилигининг бошланғич кўринишларида альдостерон антогонистлари қўлланилади. Диакарб дориси қондаги карбонат ангидридни камайтиради. Аммо уни қўллаганда қондаги газлар миқдори ва кислота-асос мувозанатининг кўрсаткичлари кузатиб турилиши керак. Бошқа кучли салуретиклар жуда эҳтиёткорлик билан зарур пайтдагина қўлланилиши керак. Чунки улар организмда ортиқча сувсизликка ва электролитлар гомеостази бузилишига олиб келиши мумкин.

Кейинги пайтларда ўпка-юракни даволашларда кальций антагонистлари кенг қўлланилмоқда. Айниқса ўпка касаллиги юрак-қон томирлар касаллиги билан бирга учраганда улар асосий даволаш воситаси бўлиб қолади.

Декомпенсациялашган ўпка-юракни даволаш учун юрак гликозидлари ва диуретиклар билан бир қаторда периферик қон томирларини кенгайтирадиган дорилар ишлатилади. Улардан нитроглицерин, натрий нитросорбид ва натрий нитропруссид яхши натижа беради. Декомпенсациялашган ўпка-юракнинг даволашга айниқса капотеннинг фойдаси катта.

Ўпка-юракнинг комплекс даволашда оксигенотерапия алоҳида ўрин тутаяди. Бунда соф ҳолдаги кислороддан эмас, балки кислороднинг хаво билан 35-40%ли аралашмасидан фойдаланилади. Кислород оқими махсус идишдаги сув қатлами остидан ўтиб, сўнгра резина найчалар ёрдамида бурун катаклари орқали нафас йўллариغا етказиб берилади. Бундай нафас олдириш кунига 12-15 соатлаб бир неча ой давомида ўтказилади. Қондаги

газлар миқдорининг ва кислота-асос мувозанатининг кўрсаткичлари кузатиб турилиши керак.

Ўпка вентиляциясини яхшилаш усулларига ёрдамчи сунъий ўпка вентиляцияси киради. У дорилар билан тўғрилаб бўлмайдиган гипоксемия ва гиперкапнияда албатта бажарилиши лозим бўлган даволаш чораси ҳисобланади. Даволаш муваффақиятсиз бўлиб, бемор мустақил нормал нафас олишга лаёқатсиз қолаверса, уни бошқариладиган сунъий ўпка вентиляциясига ўтказилади. Бу беморнинг аҳволи жуда оғирлашиб, танг аҳвол вужудга келганда охириги зарурий чора сифатида амалга оширилади.

Касаллик оқибати. Ўнг қоринча етишмовчилигининг яққол белгилари пайдо бўлганда касаллик оқибати ёмонлашуви мумкин ва у юрак етишмовчилигининг даражасига боғлиқ бўлиб қолади. Кўп ҳолларда касаллик оқибати уни келтириб чиқарган сабаблар билан аниқланади.

Ўпка юрак профилактикаси

- ❖ Уни келтириб чиқарувчи касалликларга ўз вақтида ташхис қўйиш;
- ❖ Ортикча семириб кетишдан сақланиш;
- ❖ Оёқ веналари яллигланишини (тромбофлебит)кунт билан даволаш;
- ❖ Бу касалларни ўз вақтида диспансер назоратига олиб; кузатув олиб бориш.

Амалий машғулот

1 – мавзу: Ўпка инфилтрати қиёсий ташхиси. Инфекцион-ўткир зотилжам (крупоз ва учогли, шифохонада ва шифохонадан ташқари), сурункали. Касаллик этиологиясига кўра клиник кечишининг узига хос хусусиятлари. Турли босқичларининг клиникаси. Ўрта бўлак синдроми. Пневмониянинг ҳар хил турларида антибактериал терапия (дори воситала-рини танлаш, дозаси, комбинацияси, ножўя таъсирлари). УАВ тактикаси.

1.1. Таълим бериш технологиясининг модели

Машғулот вақти – 5 соат	Талабалар сони : 9 – 10 гача
Машғулот шакли	Кириш-ахборотли машғулот.
Машғулот режаси	1. Ўпка инфилтратиси билан кечадиган касалликларни қиёсий ташхислаш. 2. Касалликнинг этиологияси, 3. клиник хусусиятлари ва босқичларини фарқлаб билиш. 4. Касалликнинг кечиш хусусиятларини ўрганиш ва унга боғлиқ ҳолда УАВ тактикасини танлаш
Ўқув машғулотнинг мақсади:	Ўпка инфилтрати билан кечадиган касалликларни қиёсий ташхислаш. Касалликнинг этиологияси, клиник хусусиятлари ва босқичларини фарқлаб билиш. Касалликнинг кечиш хусусиятларини ўрганиш ва унга боғлиқ ҳолда УАВ тактикасини танлаш.
Таълим бериш усуллари	Мультимедиа, интерфаол усуллар
Таълим бериш шакллари	Оммавий, жамоавий
Таълим бериш воситалари	Ўқув қўлланма, дарслик, электрон дарсликлар, маъруза матни, проектор, комьпютер
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	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.	Қатнашдилар: 7-курс даволаш ва тиббий педагогика факультети талабалари
2 – асосий босқич. 50-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	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Томоша қиладилар Қатнашадилар Тинглайдилар ва

10 дақиқа 40 дақиқа 40 дақиқа 25 дақиқа	қуяди. Ўқитувчи талабани текширади ва талабалар тўғри жавобларни ўз дафтарларига кўчирадilar, бунда талабанинг назарий билими баҳоланилади. . Кўргазмали плакатлардан фойдаланади 3. Слайдлар, мультимедиялардан фойдаланади 4. Даволаш ишларини олиб боради 5. Мавзулар асосида берилган маълумотларни умумлаштиради ва хулосалайди, фаол иштирокчи талабаларни рағбатлантиради ва умумий баҳолайди	саволларга жавоб берадилар
3. Якуний босқич (30 дақиқа)	1. Якунловчи хулоса қилади 2. Мустақил иш беради 3. Уйга вазифа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади
Жами: 225-дақиқа 5 соат		

Мавзуга оид саволлар:

2. Ўпка инфилтрати қиёсий ташхиси.
3. Инфекцион-ўткир зотилжам (крупоз ва учогли, шифохонада ва шифохонадан ташқари), сурункали зотилжам.
4. Касаллик этиологиясига кўра клиник кечишининг узига хос хусусиятлари.
5. Турли босқичларининг клиникаси.
6. Ўрта бўлак синдроми.
7. Пневмониянинг ҳар хил турларида антибактериал терапия (дори воситала-рини танлаш, дозаси, комбинацияси, ножўя таъсирлари

МАВЗУ БАЁНИ

Нафас аъзолари атроф муҳит билан тўғридан – тўғри алоқада булганлиги сабабли, биологик факторлар, химиявий омиллар, физик таъсиротлар билан бирга экологик муҳит факторлари жуда катта таъсир утказди. Шу боис нафас аъзоларининг яллигланиш, инфекция касалликлари куп учрайди. Булар жумласига упканинг йирингли, яъни инфилтратив касалликлари юзага келишига сабаблар жуда куп: шамоллаш, ёки хаддан зиёд исиб кетиш холлари, атроф муҳитнинг ифлосланиши, чекиш, спиртли ичимликлар истеъмол килиш, захарли химикат воситаларнинг нафас йулларини таъсирлаши каби бир канча сабаблар мавжуд.

Упка инфилтрати билан кечадиган касалликлар каторига инфекция - уткир зотилжам (крупоз ва учокли, стационар ва стационардан ташқари), сурункали зотилжам, упка йирингли касалликларидан бронхоэктаз касаллиги, упка абцесси, гангрена кабилар киради.

Бу касалликларнинг кузгатувчилари: стрептококklar, стафилококklar, фридлендер таёкчаси, вируслар ва бактериялар ассоциацияси, анаэроб флора, спираллар кабилардир. Касаллик юзага келишига мойиллик тугдирувчи омиллар, булар: совук котиш, тамаки чекиш, спиртли ичимликларни истеъмол килиш.

Упканинг уткир йиринглаши клиник – морфологик жихатдан абсцесс, гангреноз абсцесс ва упка гангреналари фаркланади.

Абсцесс упка тукумасида, унинг некрозга учраши ва йиринглаб кетиши натижасида хосил буладиган бушлиқдир.

*Гангрена*ли абсцесс упка тукумасининг унча катта булмаган ва у ёки бу даражада чегараланган некрози булиб, бунда секвестрацион бушлиқлар хосил булиши ва аста – секин тозаланишига мойиллик борлиги кузатилади.

Пневмония - пастки нафас йулларининг уткир инфекцион яллигланиши билан кечадиган касалликдир. Упканинг йирингли касаллигига дучор булган беморлар шифохоналарнинг ихтисослаштирилган торакал булимларида даволанади ва у бир неча йуналишда олиб борилади: гемостазни саклаш; упкадаги деструкция учоуларида оптимал дренажни таъминлаш; микрофлора фаолиятини сусайтириш ва организмнинг иммун статусини ошириш. Упканинг инфилтратив касалликлари тугрисида фикр юритар эканмиз, бундай касалликка чалинган беморлар хар томонлама чукур эътибор талаб килади.

Упка инфилтратив касалликларига ташхис куйишда бемор шикоят, анамнези, объектив ва субъектив белгилар, кушимча текшириш усуллари, тахлиллар натижалари жуда мухим. Кушимча текшириш усуллари: рентгенография, бронхоскопия, бронхография хулосалари аник ташхис куйишга ёрдам беради.

Упка инфилтратив касалликларидан энг куп таркалгани бу пневмониялардир. Пневмония - пастки нафас йуллари (альвеола, альвеоляр йулар, респиратор бронхиолалар)нинг уткир инфекцион яллигланиши булиб, иситма, упка паренхимаси инфилтрацияси хамда экссудацияси (рентгенологик тасдикланган) билан кечадиган касалликдир.

Касаллик этиологияси ва жойлашиш жойига кура (булак, сегмент) таснифланишидан ташкари:

✚ келиб чикиш шаронтига кура:

- бирламчи (шифохонадан ташкари), атипик кузгатувчилар хам шу каторга киргизилади;
- иккиламчи (нозокомиал, шифохона ичи) пневмониялари;
- иммунодефицит холати булган беморлардаги пневмониялар;

✚ огирлик даражасига кура:

- енгил даражаси;
- огир даража.

Упканинг уткир инфилтратив касалликларига олиб келувчи хавфли омиллар:

- юкори нафас йуллари инфекцияси (асосан вируслар)
- упканинг обструктив касалликлари
- кушилиб келган сурункали касалликлар
- иммунтанкислиги холатлари
- спиртли ичимликларни суистимол килиш
- чекиш
- захарли моддаларни хидлаш
- кушлар ва хайвонлар билан контакт
- кариялар уйида истикомат киладиганлар

Клиник омиллар беморнинг шикоятлари (балгамли курук йутал, кон тупуриш, хансираш, иситманинг юкори булиши, ваража, нафас акти билан боглик булган кукрак кафасидаги огрик, интоксикация белгилари) хамда **объектив** (тана хароратининг юкорилиги зарарланган томонда перкутор товушнинг бугиклиги, овоз титрашининг кучайиши, упка пастки кисми экскурсиясининг чегараланганлиги, везикуляр нафаснинг сусайганлиги ёки бронхиал нафас, крепитация, майда пуфакчали хириллашлар эшитилади) маълумотларга боглик.

“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 курия 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.

“МУАММОНИНГ ЕЧИМИ” иш ўйинини ўтказиш усули:

Иш учун зарур:

1. Алоҳида варақда чоп этилган топшириқ вариантлари ва вазиятли масалалар тўплами.
2. Ҳар бир кичик гуруҳдаги талабалар сонига қараб, 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 алоҳида стол атрофига ўтиради
3. Варақда сана, гуруҳ сони, факультет, мазкур кичик гуруҳ иштирокчи – талабаларининг исми, фамилияси ва иш ўйинининг номи ёзилади.
4. Кичик гуруҳлар иштирокчиларидан бири 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 қилдилар, 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 қилдилар, энг тўғри бўлган ечимни танлайдилар ва ўнга максимал балл қўйилади.
11. Муҳокамага 15 дақиқа ажратилади.
12. Талабалар жавоб учун баллни машғулотнинг назарий қисми учун ажратилган рейтингдан оладилар.
13. Энг тўғри жавоб берган кичик гуруҳ машғулотнинг назарий қисми учун ажратилган максимал баллдан – 100% ни, 2 – ўрин олган кичик гуруҳ рейтингнинг 80% ни, 3- кичик гуруҳ рейтингнинг 60% , 4-ўринни олган гуруҳ эса 40% ни олади.
14. Жавоб варақларида ўқитувчи балларни ва ўзининг имзосини қўяди.
15. Талабалар томонидан олинган балл машғулотнинг жорий баҳосини қўйишда эътиборга олинади.
16. Жариданинг пастки бўш қисмида иш ўйинининг ўтказилганлиги ҳақида белгиланади ва гуруҳ сардори имзо қўяди.
17. Талабаларнинг ишлари ўқитувчида сақланади.

Кукрак кафаси R-графия интерпретацияси; Л/т пальпацияси; дори воситалар фармакодинамикаси;

Мустақил иш шакли: Ўткир зотилжам таснифи, этиологияси, клиник-морфологик белгилари, клиник вариантлари, текшириш усуллари, асоратлари. Даволаш тамойиллари.

2 – мавзу: Пневмониянинг хар хил турларида антибактериал терапия (дори воситаларини танлаш, дозаси, юбориш йуллари, давомийлиги, комбинациялари, ножуя таъсирлари). УАВ тактикаси.

2.1. Таълим бериш технологиясининг модели

Машғулот вақти – 7 соат	Талабалар сони: 9 – 10 гача
Машғулот шакли	Кириш-ахборотли машғулот.
Машғулот режаси	<ol style="list-style-type: none"> 1. Антибактериал дори воситалари гурухлари хакида маълумотга эга булиш. 2. Пневмонияларнинг турига караб антибиотик дори воситаларини танлаш. 3. Дори воситаларининг комбинацияларини билиш. 4. Антибактериал дори воситаларининг ножуя таъсирлари. 5. Умумий амалиёт врач тактикасини танлаш.
Ўқув машғулотнинг мақсади:	Ўпка инфилтрати билан кечадиган касалликларидан бири бўлган пневмонияда антибактериал давони белгилаш. Касалликнинг этиологияси, клиник хусусиятлари ва босқичларига кўра даволаш. Касалликнинг кечишига караб УАВ тактикасини белгилаш.
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 10 дақиқа	<ol style="list-style-type: none"> 1. Аудитория тозалигини назорат қилади 2. Талабаларни машғулотга тайёргарлигини текширади 3. Давоматни назорат қилади 	Талабалар
1. Ўқув машғулотига кириш босқичи (15 дақиқа)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2. Кириш маърузаси учун тақдимот слайдларини тайёрлаш. 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш. 	Қатнашдилар: 7-курс даволаш ва тиббий педагогика факультети талабалари
2 – асосий босқич. 245-дақиқа	<ol style="list-style-type: none"> 1. Талабаларни кичик гурухларга бўлиб, мавзу бўйича саволларни беради. <p>“ЗАИФ ҲАЛҚА” иш ўйинини ўтказиш усули: Бу усулни қўллашда гуруҳ талабалари гўё бир халқага тизилдилар, улар олдиндан тузиб қўйилган саволларга қисқа ва лўнда жавоблар билан фикр</p>	Кичик гурухларга бўлинадилар Томоша қиладилар Қатнашадилар

	<p>билдирадидлар. 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 кўйишга «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. Кўргазмали плакатлардан фойдаланади 3. Слайдлар, мультимедиялардан фойдаланади 4. Даволаш ишларини олиб боради 5. Мавзулар асосида берилган маълумотларни умумлаштиради ва хулосалайди, фаол иштирокчи талабаларни рағбатлантиради ва умумий баҳолайди</p>	Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар
		Ёзиб оладилар
3. Яқуний босқич (45 дақиқа)	<p>1. Яқунловчи хулоса қилади 2. Мустақил иш беради 3. Уйга вазифа беради</p>	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади
Жами: 315 дақиқа 7 соат		

Мавзуга оид саволлар

1. Ўткир пневмонияни этиологияси,
2. Ўткир пневмонияни таснифи, клиник кўринишлари,
3. Ўткир пневмонияни унинг вариантлари,
4. Ўткир пневмонияни текшириш усуллари, даволаш принциплари, замонавий антибактериал воситалардан фойдаланиш ва уларни биргаликда ишлатиш

Мавзунинг баёни: Ўпка инфилтрати билан кечадиган касалликлар каторига инфекцион – уткир зотилжам (крупоз ва учокли, стационар ва стационардан ташқари), сурункали зотилжам, упка йирингли касалликлари-дан бронхоэктаз касаллиги, упка абцесси, гангренази кабилар киради. Бу касалликларнинг кузгатувчилари: стрептококклар, стафилококклар, фрид-лендер таёкчаси, вируслар ва бактериялар ассоциацияси, анаэроб флора, спираллар кабилардир. Касаллик юзага келишига мойиллик тугдирувчи омиллар, булар: совук котиш, тамаки чекиш, спиртли ичимликларни истеъмол килиш.

Пневмония – пастки нафас йуллари (альвеола, альвеоляр йулар, респиратор бронхиолалар)нинг уткир инфекцион яллигланиши булиб, иситма, упка паренхимаси инфилтрацияси хамда экссудацияси (рентгенологик тасдиқланган) билан кечадиган касалликдир.

Классификацияси:

Касаллик этиологияси ва жойлашиш жойига кура (булак, сегмент) таснифланишидан ташқари:

🚩 келиб чиқиш шароитига кура:

- бирламчи (шифохонадан ташқари), атипик кузгатувчилар хам шу каторга киргизилади;

- иккиламчи (нозокомиал, шифохона ичи) пневмониялари;
- иммунодефицит ҳолати булган беморлардаги пневмониялар;
- ✚ **огирлик даражасига кура;**
 - енгил даражаси;
 - огир даража.

Пневмонияларда хавф омиллари:

- юкори нафас йуллари инфекцияси (асосан вируслар)
- упканинг обструктив касалликлари
- кушилиб келган сурункали касалликлар
- иммунтанкислиги ҳолатлари
- спиртли ичимликларни суистимол килиш
- чекиш
- захарли моддаларни хидлаш
- кушлар ва хайвонлар билан контакт
- кариялар уйида истикомат киладиганлар

Клиник омиллар:

Беморнинг шикоятлари балгамли курук йутал, кон тупуриш, хансираш, иситманинг юкори булиши, ваража, нафас акти билан боглик булган кукрак кафасидаги огрик, интоксикация белгилари.

Объектив:

- тана хароратининг юкорилиги.
- зарарланган томонда: перкутор товушнинг бугиклиги, овоз титрашининг кучайиши, упка пастки кисми экскурсиясининг чегараланганлиги, везикуляр нафаснинг сусайганлиги ёки бронхиал нафас, крепитация, майда пуфакчали хириллашлар эшитилади.

Лаборатор – инструментал текшириш усуллари:

Лаборатор:

- умумий кон тахлили;
- балгам макроскопияси;
- биринчи мурожаат вақтида балгам суртмасининг Грамм буйича буялган бактериоскопияси.

Инструментал:

- кукрак кафаси аъзолари рентгенографияси ва флюорографияси.

Пневмониянинг енгил кечиши критерийлари:

- беморнинг эс – хуши бузилмаган;
- цианоз кузатилмайди;
- нафас сони – минутида – 30 та;
- юрак кискаришлари сони 1 минутда – 110 тагача;
- кон босими - систолик: 100 мм.сим.уст.дан юкори
- диастолик: 60 мм.сим.уст.дан юкори
- интоксикация йук ёки кам юзага чиккан;
- асоратлар кузатилмайди;
- кам микдорда лейкоцитоз, лейкоцитар формуланинг бир оз чапга силжиши.

Пневмониянинг огир кечиши критерийлари:

- беморнинг аҳоли огир (цианоз, эс – хушнинг бузилиши, васваса, тана харорати 39,0 дан баланд);
- нафас сони – 30 тадан куп 1 мин.да;
- артериал гипотензия: - систолик – 100 мм.сим.уст.дан паст
- диастолик – 60 мм.сим.уст.дан паст
- тахикардия – юрак уришлари сони – 110 тадан куп 1 мин.да;
- куп булакларни камраб олган таркалган зарарланиш;
- асоратлар: (плевра бушлигига куп микдорда суюкликнинг тупланиши, абцесс);
- гиперлейкоцитоз ёки лейкопения;
- лейкоцитларнинг токсик етилиши;

Даволаш принциплари:

- ёток ёки ярим – ёток режими;
- купрок суюкликлар ичиш;
- антибактериал терапия;
- симптоматик терапия.

Куйида ишлатилиши мумкин булган антибиотиклар гурухлари берилган:

1. Пенициллин гурухи;
2. Цефалоспоринлар;
3. Тетрациклин гурухи;
4. Стрептомицин гурухи;
5. Аминогликозидлар;
6. Макролидлар;
7. Левомецитин гурухи;
8. Рифампицин;
9. Замбуругларга карши препаратлар.

Йулдош касалликларсиз, энгил кечувчан пневмонияни даволаш (7 – 10 кун):

1- катор препаратлар:

- амоксациллин 0,5 (500 мг)дан 3 махал ичишга ёки
- эритромицин 0,5 дан 4 махал ичишга ёки
- рокситромицин 0,15 (150 мг) дан кунига 2 махал ичишга ёки
 - спирамицин 1,5 – 3 млн.ЕД кунига 2 маха ичишга

2 – тартибдаги препаратлар:

- доксициклин 0,2 (200 мг)дан суткасига 1 махал.

Йулдош касалликлари булган 65 ёшдан юкори булган беморлардаги пневмонияни даволаш (7 – 10 кун):

1- катор препаратлар:

- амоксациллин 0,5 (500 мг)дан 3 махал ичишга +- эритромицин 0,5 дан 4 махал ичишга ёки
- амоксициллин/клавуланат 0,375 – 0,625 (375 – 625 мг)дан суткасига 3 махал ёки
- ампициллин\сульбактам 0,375 – 0,625 (375 – 625 мг)дан суткасига 2 махал ёки
- эритромицин 0,5 дан (500 мг) 4 махал ичишга ёки
- рокситромицин 0,15 (150 мг) дан кунига 2 махал ичишга ёки
- спирамицин 3 млн.ЕД кунига 2 маха ичишга

2 – тартибдаги препаратлар:

- цефуроксим аксетил 0,5 (500 мг)дан суткасига 2 махал ёки
- цефаклор 0,5 (500 мг)дан суткасига 2 махал ёки
- эритромицин 0,5 (500 мг)дан суткасига 4 махал ёки
 - рокситромицин 0,15 (150 мг) дан кунига 2 махал ичишга ёки
 - спирамицин 3 млн.ЕД кунига 2 маха ичишга

Атипик кузгатувчилар чакирган пневмонияларда макролидлар билан даволаш давомийлиги 2- 3 хафтани ташкил килади.

Огир пневмония билан касалланган беморларни стационарга юборишдан олдин, касалнинг кутара олишига караб антибиотикнинг биринчи дозасини мушак ораси ёки вена ичига килинади:

- амоксициллин/клавуланат 0,6 – 1,2 г (600 – 1200 мг) вена ичига ёки 0,625 г ичишга;
- цефотаксим 1 г (1000 мг) вена ичига, мушак орасига ёки
- цефтриаксон 1 г (1000 мг) вена ичига, мушак орасига инъекция килинади.

Агар беморни стационарга юборишнинг имкони булмаса, уйда стационар шароитини ташкил килиб, тегишли даволаш чорасини курунг:

- амоксициллин/клавуланат 1,2 г (1200 мг) дан суткасига 3 махал ёки
- ампициллин\сульбактам 1,5 г (1500 мг)дан суткасига 2 махал ёки
- цефотаксим 1 г (1000 мг) мушак орасига суткасига 3 махал ёки
- цефтриаксон 1 г (1000 мг) мушак орасига кунига 1 марта +

- эритромицин 0,5 дан (500 мг) 4 махал ичишга ёки
- рокситромицин 300мг дан кунига 2 махал ёки
- спирамицин 3 млн. ЕД кунига 2 махал ичишга ёки вена ичига

Погонали антибактериал терапия – дори воситаларини парентерал йулдан пероралга утказиш – даволаш бошлангандан 48 – 72 соат утгач, касаллик клиник манзарасининг яхшиланиши ёки кечишнинг стабиллашу-вига эришилгач амалга оширилади.

Пневмонияни даволашда антибиотикотерапия эффективлигининг куйидаги критерийлари мавжуд: 48 - 72 соат давомида куйидаги курсаткичларнинг ижобий динамикаси:

- 8 соат давомида тана харорати кайта аниқлаганда, тана хароратининг пасайиши ёки нормага тушиши;
- бемор умумий ахволининг яхшиланиши;

2 – тартибдаги дори воситалари 48 – 72 соат давомида 1 – тартиб-даги антибактериал терапиянинг самара бермаганда тавсия қилинади.

Симптоматик терапия:

Тана харорати юкори (38,5 дан юкори) ва огриклар кузатилганда:

- ацетилсалицил кислота 0,5 (500 мг) дан ичишга ёки
- ибупрофен 400 мг дан ичишга тавсия қилинади.

Хомиладор ва кукрак билан эмизиб бокадиган аёлларда пневмонияни даволашнинг узига хос хусусиятлари:

- Амоксициллин, эритромицин, бензилпенициллин, ампициллин, феноксиметилпенициллин, цефалексин препаратлари тавсия этилиши мумкин;
- Доксициклин, гентаимцин, тетрациклин, ципрофлоксацин, лево-флоксацин каби препаратлар мутлако таъқиқланади;
- Амоксициллин/клавуланат хомиладорликнинг 1- уч ойлигида мумкин эмас.

Госпитализацияга курсатма:

- пневмониянинг оғир кечишида;
- 3 кун давомида амбулатор давонинг самарасизлиги;
- 65 ёшдан юкори йулдош касалликлари (упканинг сурункали обст-руктив касаллиги, юрак етишмовчилиги, сурункали гепатитлар, сурункали нефритлар, кандли диабет, алкоголизм ёки токсикомания, иммунодефицит холатлар) булган беморлар.

Согайиш критерийлари:

- тана хароратининг нормаллашуви;
- касалликнинг барча белгилари йуқолганда (пневмониянинг алоҳида клиник, лаборатор ёки рентгенологик белгиларнинг сакланиб қолиши антибактериал терапияни давом эттириш ёки алмаштиришга мутлок курсатма була олмайди);
- кон курсаткичларининг нормаллашуви.

Агар, балгам ажралиши билан кечадиган эпизодик йутал холатлари, анамнезида сурункали упка касалликлари ташхис қуйилмаган булса, силга беморни текшириш лозим булади.

Кейинги кузатув:

Талаб қилинмайди.

“ЗАИФ ҲАЛҚА”иш ўйинини ўтказиш усули:

Бу усулни қўллашда гуруҳ талабалари гўё бир халқага 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 йўк», акс холда у халқадан четлатирилади ва ечилмаган муаммони ундан кейинги талаба ечади. Халқа эса тораяди.

Саволлар енгилдан-оғирга тартибида тузилган бўлиб, турлича ўзлаштириш қобилятига 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 утказилиши 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 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 халқа» деб аталади.
12. Ўйин яна ўолган талабалар билан давом эттирилади. Уларга яна бир тур саволлар берилади. Жавоб бера олмаган талабалар ўйиндан чиқарилади, қачонки улар аввлги саволлардан 2 та «-» олган бўладилар.
13. Турдан турга энг кучли талаба ўтади, чунки ҳамма саволларга тўлиқ ва кўпроқ жавоб берган бўлади.
14. Ўқитувчи –протоколга ким қачон ўйиндан чиққан, ва заиф халқа олганлигини қайд қилади.
15. Ўйинмаксимал 0,8 балл билан баҳоланади. 2-чи тур ўйиндан чиққанларга «0» балл, 3-чи турдан чиққанларга «0,2» балл, 4-чи турдан чиққанларга «0,4» 5-чи турдан чиққанларга «0,6» берилади энг кучли иштирокчига «0,8» балл куйилади.
16. Ўқитувчи балларни эълон қилиб, «Энг кучли ва энг заиф халқа» ни айтади.
17. Протоколга қўйилган баллар жорий баҳолашда теоритик билимлар сифати бўйича ҳисобга олинади.
18. Ўйин протоколи сақланади.
19. Журналнинг пастки очик жойига ўқитувчи ўйин ўтказганлиги тўғрисида числони белгилаб қўяди. Староста имзо қўяди.

Уйга вазифа: Ўпка инфилтратларида қиесий ташхис. Ўпка йирингли касалликлари - бронхоэктаз касаллиги, ўпка абсцесси ва гангренази. Босқичларига боғлиқ ҳолда физикал текширув натижаларини ўзгариши

3– мавзу: Ўпка инфилтратларида қиёсий ташхис. Ўпка йирингли касалликлари - бронхоэктаз касаллиги, ўпка абсцесси ва гангренази. Босқичларига боғлиқ ҳолда физикал текширув натижаларини ўзгариши.

1.1. Таълим бериш технологиясининг модели

Машғулот вақти – 7 соат	Талабалар сони : 9 – 10 гача
Машғулот шакли	Кириш-ахборотли машғулот.
Машғулот режаси	Талабаларда ўпканинг йирингли касалликларини қиёсий ташхисоти бўйича тушунчаларни шакллантириш ва мустаҳкамлаш
Ўқув машғулотнинг мақсади:	ўпканинг йирингли касалликлари ҳақида тўла ва чуқурроқ маълумот бериш, УАВ сифатида касалликларни ҚВП ва ШВП шароитида эрта ташхислаш, замонавий даволаш усулларини қўллаш ва ўпканинг йирингли касалликларининг қиёсий ташхисотини ва унинг келиб чиқиш сабабларини аниқлашни, УАВ тактикасини ва госпитализацияга кўрсатмаларини, ўпканинг йирингли касалликлари билан касалланган беморларни диспансер кузатув ва амбулатор давосини, меҳнатга лаёҳатини аниқлашни ўргатиш.
Таълим бериш усуллари	Мультимедиа, интерфаол усуллар
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 10 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.	Қатнашдилар: 7-курс даволаш ва тиббий педагогика факультети талабалари
2 – асосий босқич. 245-дақиқа	1. Талабаларни кичик гуруҳларга бўлиб, мавзу бўйича саволларни беради. “Асалари уяси” иш ўйини: Ушбу усул муаммони бутун гуруҳ билан ёки 2 гуруҳга бўлиниб ҳал этиши учун мўлжалланган. Топширик ҳар	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Томоша қиладилар Қатнашдилар Тинглайдилар ва

	<p>хил бўлиши ёки бирта топширик бутун гуруҳга берилиши мумкин , 10-15минутда гуруҳ муаммони ечиш йўлини таҳлил қилиб 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>	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: 315 дақиқа 7 соат		

Мавзуга оид саволлар:

1. Ўпка инфилтратив касаллигида қиесий ташхис.
2. Ўпка йирингли касалликлари - бронхоэктаз касаллигининг клиникаси
3. Упка абсцесси ва гангренази. Босқичларига боғлиқ ҳолда физикал текширув натижаларини ўзгариши.
4. Ўпка инфилтратив касаллигида УАВ тактикаси
5. Ўпка инфилтратив касаллигининг давоси ва профилактикаси

Мавзу баёни

Кириш.

Нафас органлари ташқи мухит билан бевосита алоқада бўлганлиги сабабли доимий ҳолда биологик омиллар, кимёвий моддалар, физик таъсиротлар ҳамда атроф мухитдаги барча экологик омиллар таъсир кўрсатади. Шунинг учун нафас олиш йўлларида яллиғланишли инфекциян, агар улар узоқ вақт давом этса гиперпластик касалликлар ҳамда ўсмали касалликлар учрайди. Нафас йўли касалликлари сон жиҳатидан олсак, ўндан ортиқ. Нафас йўли инсонни оғиз бўшлиғидан бошланиб, то ўпка япроғининг пастки учигача бўлган масофани англатади. Шунга кўра, нафас йўлида учрайдиган ҳар бир касалликнинг муайян аниқ номи бор. Ташхис қўйиш учун, яъни нафас йўлида содир бўлган касалликнинг қайси бири эканини билиш учун, доктор ёки табиб касални ҳар томонлама синчиклаб ўрганади, бемордан баъзи бир нарсаларни сўрайди, аниқлайди, ташхис қўяди, сўнг даволашга киришади. Кўпинча нафас йўлларида йўталиш содир бўлади. Йўтал хуружли, хуружсиз, бўғиқ ёки товушли, калта, узун ёки сурункали, балғамсиз, шунингдек балғами қора, оқ, сариқ, суяқ, қонли, қонсиз, йирингли, йирингсиз, ёпишқоқ ёки юмаловчи каби кўринишларга эга бўлади. Шунинг учун, кўпинча бемордаги йўтал нуқсонига қараб, даволовчи дарднинг номини аниқлайди, яъни йўтал кўриниши асосий белгилардан ҳисобланади. Ўпканинг йирингли касаликлари нафас йўлларида касалланишига сабаблар кўп: шамоллаш, аксинча иссиқлик ошиб кетиши, атроф-мухитнинг ифлосланиши, яъни экологик сабаб, чекиш, спиртли ичимликлар ичиш, экинларга солинадиган заҳарли химикат ўғитлар, завод-фабрикалардан чиқадиган турли кимёвий моддаларнинг нафас йўлига кириши ва шу каби бир қанча сабаблар бор. Йўтал кучайиши, беморнинг ички ва ташқи аъзоларига ўта салбий таъсир қилади. Қаттиқ сурункали йўтал дабба (чурра) чиқишига сабаб бўлади, бавосир касалини уйғотади ёки кўзғатади, ошқозонни касал қилади, томоқда буқоқни пайдо қилади, кичик ва катта таҳорат тартибини бузади, иситма пайдо қилади, кўзга зўр бериб - ёшлантиради, кўз

тинади, касалнинг куч-қувватини олади, тинкасини қуритади, бошини оғритади, иштаҳасини йўқотади, юрак фаолиятини бузади, қон юришини тезлаштиради ва ҳоказо. Шунинг учун, авваламбор, йўтални тўхтатиш керак бўлади. Бу фақатгина муҳим даво бўлибгина қолмай, касалликни бошқаларга юқмаслиги учун ҳам керак.

Бу мақоламизда биз шамоллаш орқасида пайдо бўлган қаттиқ йўталишни даволаш масаласига тўхтаймиз. Нафас йўллари касалликлари ичида энг кўп учрайдигани шамоллаб йўталиш. Авваламбор, йўтал касалига чалинган бемор доимо балғамни иложи борича чиқариб ташлашга интилиши лозим. Кечаси ётганда ёнида ярим сувли идиш бўлиб, балғамни шунга ташлаб туриши керак. Касал ётган уй ҳарорати 20-25 даража бўлиб, уй ҳавоси тоза бўлиши шарт. Юқори нафас йўлларининг тез-тез шамоллаши сабабли ўпкадаги нафас йўлларининг майда капиллярлари яллиғланса - бу капиллярит бронхит дейилади. Бронхит касаллигининг асосий сабаблари шамоллаш, совуқ ҳаво билан нафас олиш, совуқ шабодадан, терлаб тез совуқ ҳавога чиқиш, ёмғирда юриш, музхоналарда ишлаш, чанг жойларда нафас олиш, кўп дори-дармон ичиш ва бошқалардир. Бронхит касали бошланганда тана ҳарорати кўтарилиб иситма баланд бўлади, аксириш, қуруқ оғриқли йўтал бошланади, кейин бурундан ва оғиздан суюқлик келаверади, кўзлар ёшланаверади, нафас олиш оғирлашади. Тезда даволанмаса касал оғирлашиб, ёмон оқибатларга олиб келиши мумкин. Бурун шиллиқ қавати - бир қаватли призматик хилпилловчи эпителийдан иборат. Хиқилдоқни юқори қисми бир қаватли цилиндрик эпителий билан қопланган, пастки қисми кўп қаватли цилиндрик эпителий билан қопланган. Фақат фибриноз яллиғланишдаги бўғилиш чин круп дейилади.

Нафас қисиши. Нафас - организмга қабул қилинган кислороднинг тўқималарда истеъмол қилинишини ва бунинг натижасида карбонат ангидрид гази ва сувнинг ажралиб чиқишини таъминлаб берадиган физиологик актдир. Ташқи муҳитдан организм ўпка, бурун ва оғиз бўшлиқлари, томоқ, хиқилдоқ, кекирдак ва бронхлар орқали нафас олади. Ана шу юқорида айтиб ўтилган аъзолар, ёки қисқа бўлимлар шамоллаганда, яллиғланганда ва бошқа бир касалликлар натижасида, кишида нафас олиши қийинлашади. Агар буни олди олинмаса оқибати ёмон бўлиши мумкин. Одам буруни билан эмас, балки оғиз билан нафас олса (бурунда полипи бор болалар оғзи билан нафас олади) ҳаво таркибидаги чанг нафас йўлининг ички шиллиқ қаватига ёпишиб, уни касалланишига, яллиғланишига олиб келади, қичиштиради, натижада нафас олиш қийинлашиб йўтал пайдо бўлади. Шунинг учун ҳар қандай нафас йўллари хасталиклариди ўз вақтида тегишли мутахассисга мурожаат қилиб, уни сабабларини аниқлаш ва керакли даво чораларини кўриш мақсадга мувофиқдир.

КЛИНИК МАЪЛУМОТЛАРИ

1. Кукрак кафасида кучли оғрик, оғрикнинг йўтал ва нафас олиш пайтида кучайиши.
2. Юқори ҳарорат, хансираш.
3. Перкуссияда тумтоқлик (Демуазо чизиги буйлаб).
4. Тумтоқлик соҳасида нафас йўқлиги.
5. «Товуш дириллаши»нинг пасайиши ёки йуқолиши.
6. Пальпацияда ковургалараро соҳанинг оғриклилиги.
7. Нафас олишда кукрак кафасининг шикастланган томонининг орқада қолиши.

КУШИМЧА ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ

1. Кукрак кафасини рентгенологик текшириш: қорайиш, суюқлик сатхи, ўпка сикилиши, куксоралиги соясининг силжиши ва х.к.
2. Плеврал пункция (йиринг).
3. Балғам микроскопияси.
4. Бронхография.
5. Бронхоскопия.
6. Торакоскопия.
7. Бронхоспирометрия.

СОЛИШТИРМА ТАШХИС

	Касалликлар	Клиникаси	Қўшимча текшириш натижалари
а)	Ўпканинг йиринглаган кистаси	Умумий ахволи унчалик огирлашмайди, куп микдорда балгам ажралиши билан кечадиган йутал. Анамнез	Рентгенография (горизонтал стахли оқариш зонаси)
б)	Плевра эмпиемаси	Хансираш, цианоз. Перкуссияда тумтоклик. Тумтоклик сохасида нафас йуклиги. «Товуш дириллаши»нинг аникланмаслиги. Кукрак кафаси бир тмонининг нафас олишда колишиши.	Рентгеноскопия ва рентгенография (суюклик сатхи, упканинг сикилиши, кукс оралиги соясининг силжиши). Диагностик пункция.
в)	Диафрагма ости абсцесси	Яккол куринишли огрик. Ковурга ости сохасида огрик ва мушаклар тарнглиги. Жигар катталашиши, баъзида сариклик.	Рентгеноскопия ва рентгенография (диафрагманинг юкори жойлашиши, харакатининг чекланиши, дифрагма остида горизонтал сатхли газ аникланиши)
г)	Бронхоэктатик касаллик	Сурункали кайталанувчи кечиши., хуруж пайтида балгам микддрининг купаиши., упка тукумасидаги узгаришлар билан бемор умумий ахволининг бир бирига тугри келмаслиги. «Барабан тѣкчалари». Давомий анамнез.	Балгамни текшириш (эластик толаларнинг аникланмаслиги). Рентгеноскопия ва рентгенография. Бронхоскопия ва бронхография.
д)	Упка саратони (бушликли тури)	Секинлик билан бошланиши, кон аралаш балгам, шикастланган томондаги доимий огриклар, холсизлик, озиш.	Балгамни ва бронхлар ювиндисини цитологик текшириш (атипик хужайралар). Упка рентгенографияси. Бронхография. Пневмомедиастинография. Томография.

Ўпканинг йирингли касаликларидан Бронхоэктазия ўпка йирингли сурункали касаллигининг бир формаси бўлиб, ўпка майда бронхларининг кенгайиши билан характерланади. Касаллик хамма ёшдаги одамда (кўпроқ каттароқларда) учрайди. Туғма ва орттирилган бўлиши мумкин.

Этиологияси ва патогенези. Орттирилган бронхоэктазия асосан сурункали бронхит, ўпка ва плеврадаги узоқ чўзилган яллиғланиш жараёнлари (пневмония, сил, абсцесс, экссудатли плеврит) натижасида пайдо бўлади.

Белгилари ва кечиши. Катта ёки кичик хажмдаги бўшлиқда балғам йиринглаб, аксарияти йирингли ёки шилимшиқ-йирингли бўлади. Шу сабабдан бу касаллик ўпка абсцессига жуда ўхшаб кетади. Одатда беморлар қаттиқ йўталиб, кўп балғам ташлайди.

Асорати. Бронхоэктазиядан сепсис, мия абсцесси, буйрак касаллиги, ўпкадан кон кетиши каби асоратлар колиши мумкин.

Даволаш. Касалликнинг дастлабки даврида асосий тадбирлар ўпкада яллиғланиш жараёнларини содир бўлишини олдини олишга ва организмнинг касалликка қарши қувватини оширишга қаратилади. Беморнинг турмиш ва иш режимига қатъий риоя қилиши, шунингдек қора денгиз сохилларидаги санаторияларда даволаниши яхши натижалар беради. Бронх бўшлиқларининг балғамдан тозаланишини яхшилаш мақсадида бемор бошини паст қилиб ётқизилади. Бунинг учун кроватнинг оёқ томони баландроқ

қилиб қўйилади. Трахея ичига пенициллин юборилади. Бронхоскоп ёрдамида балғам тортиб олиниб бронхга пенициллин юборилиши мумкин ва 3-8 кун ичида хар куни 6-8 гр. дан сульфаниламид препаратлари юборилади. Бронхоэктазларни операция йўли билан олиб ташлаш яхши натижа бериши мумкин. Икки томонлама бронхоэктазда операция қилиш мумкин эмас.

Профилактикаси. Чангли, зарарли, газли шароитда ишловчилар бронхоэктазия бўлиб қолса бошқа ишга ўтказилади. Беморлар чекиши ва спиртли ичимликлар ичиши ман этилади.

Ўпка абсцесси ва гангренази

Ўпка абсцесси деб ўпка тўқимасининг чегараланган йирингли яллиғланишига айтилади. Ўпка гангренази эса ўпка тўқимасининг чегарасиз яллиғланиб иришидир.

Этиология ва патогенези. Ўпка абсцессини йиринг хосил қилувчи микроорганизмлар, ўпка гангреназини эса чиритувчи микроблар вужудга келтиради.

Белгилари. Ўпка абсцессининг клиник кўриниши икки даврга бўлинади: биринчи даврда ўпка тўқимаси ириб бронхга очилади ва касалликнинг кечиши давом этади. Биринчи давр қисқа бўлиши ёки ўн кунгача чўзилиши мумкин. Бу даврнинг доимий белгиларидан бири гавда харорати кўтарилиб кўп терлашдир. Бемор йўталади, бикини оғрийди, умумий ахволи оғирлашади. +они текширилганда нейтрофил лейкоцитоз қайд қилинади. Бемор объектив текширилганда кўкрак қафасининг зарарланган томони нафас олганда орқага кетиши кузатилади. Аускултация ва перкуссия қилинганда айтарли ўзгариш кузатилмайди. Фақат ўпканинг зарарланган қисмида ўтмас товуш эшитилади, шунингдек баъзан қуруқ хириллаш эшитилади. Балғам эса йирингли шилимшиқ бўлиб, қўланса хидли бўлмайди. Микдори ҳам кам бўлади. Иккинчи даврда кучли йўтал пайдо бўлиб, бемор кўп балғам ташлайди (суткада 50-100 мл, хатто 1-2 л.га етади) Балғам массаси қуюқ, йирингли, баъзан хира-яшил ёки қон аралаш бўлади. Баъзи холларда бадбуй бўлиб, бу хол абсцесснинг гангренага айланишидан дарак беради. Балғам туриб қолса, икки қатламга ажралади. Пастки қатлам бир хил гомоген йирингли жигар ранг ёки кўк рангда бўлади. Юқори қатлами эса суюқ бўлиб, шилимшиқ кўпик массада иборат.

Ўпка гангренази. Ўпка абсцессидаги каби, харорат юқори бўлишидан ташқари, жараён плеврага ҳам ўтиб ёнбошда оғриқ пайдо бўлади ва ўзоқ вақт бирдай тураверади. Айниқса йўталганда оғиздан келадиган қўланса хид гангренаининг доимий ва дастлабки белги-сидир. Йўтал азобли бўлиб, кўп микдорда ажралган балғам қулранг, баъзан шоколад ранги-ни эслатади. Юқори қатлами-суюқ, кўпирувчан, ўрта қатлами-лойқа, қўнғир тусли, пасткиси эса увоксимон массали бўлади. Балғам айниқса эрталаб кўп ажралади (500 - 800 мл)

Оқибати ва асорати. Ўпка абсцесси аксарият холларда терапевтик даволашга мойил бўлиб, 4-5 хафта давомида бемор соғайиб кетади. Баъзан ўпкадан қон кетиши мумкин. Ўпка гангреназини эса даволаш қийин. Касалликдан йирингли плеврит асорати келади. Жиддий асоратлардан бири пиопнев-моторакс (йирингни плевра бўшлиғига ёриб ўтиши) бўлиб бунда беморнинг бикинида тўсатдан оғриқ пайдо бўлади. Баъзан коллапс руй беради. Хатто бемор ўлиб қолиши ҳам мумкин.

Даволаш ва парвариш қилиш. Бемор дархол касалхонага ётказилади. Асосан антибиотиклар: пенициллин, тетрациклин, терромицин, стрептомицин, канамицин, мономицинларнинг бири билан даволанади. Бунда микробларнинг антибиотикларга нисбатан сезувчанлигини аниқлаш катта ахамиятга эга. Сульфаниламид препаратлари (сульфадимезин, норсульфазол) ҳам юборилади. Баъзан беморда қўнғил айнаши, тошма тошиши, кўпинча қичима каби қўшимча таъсирот кўрсатиши мумкин. Бу холда сульфаниламид препаратларнинг дозаси камайтирилади, баъзан берилмайди. Ётоқ яра хосил бўлмаслигининг олдини олиш, балғам кўчишига қулай холатда ётқизиш, яъни вақти-вақти билан кроватнинг оёқ ёки бошини (20-30 см) кўтариб қўйиш лозим, бемор таоми каллорияли айниқса оқсилга бой бўлиши керак.

Ўткир йирингли инфекцияларни даволаш асосан яллиғланиш ўчоғини чегаралашга қаратилади. Бунинг учун яллиғланиш ўчоғи атрофига новокаин ва антибиотиклар юбориш,

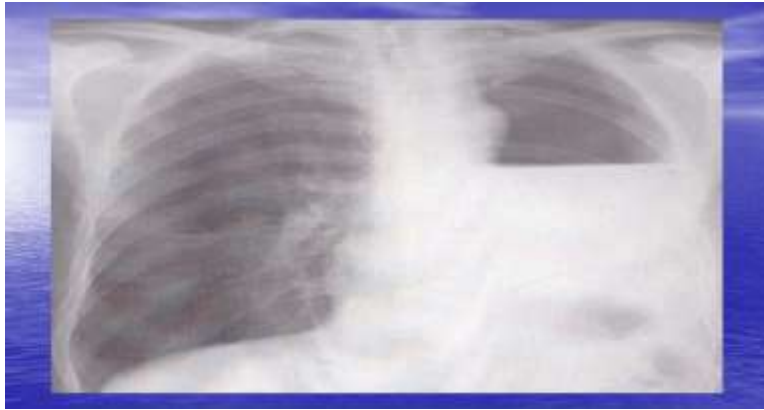
вена ёки мушаклар орасига антибиотиклар юбориш, физиотерапевтик муолажалар тавсия этиш ва бошқа тадбирлар бажарилади. Бундан ташқари йиринглаган тўқимани йирингдан тозалаш, антисептик дорилар билан ювиш, гипертоник эритма билан тампон қўйиш ва бошқа тадбирлар бажарилади. Организмнинг иммун тизимини яхшилаш мақсадида витаминлар, аутогемотерапия, калорияли ва сифатли овқатланиш тавсия этилади. Ярани некроз массаларидан тезроқ тозаланиши учун протеолитик ферментлардан (химотрипсин, террилитин) фойдаланилади. Айрим ҳолларда иммуномодулятор препаратлари (тимолин, тимоглобулин в.б.) берилди. Антибиотиклар билан даволаш, фаол ва пассив эмлаш усулларидан фойдаланилади.

ШИФОКОР ТАКТИКАСИ

НИМА КИЛМАС-ЛИК КЕРАК	НИМА КИЛИШ КЕРАК
1. Фойдасиз давомий консерватив даволаш.	<p>Рентгенологик назорат муҳим.</p> <p>I. Упканинг уткир абсцесси ва гангрениларини консерватив даволаш асосий усул хисобланади.</p> <p>Даволаш тамойиллари:</p> <p>а) бронх ва йирингли бушлакларни дренажланиш шароитини яхшилаш (балмкучирувчи, позицион дренажлаш, протеолитик ферментлар, бронхоскопия, йирингни аспирация қилиш мақсадида пункциялаш),</p> <p>б) антибиотикотерапия (йиринг бушлигига, бронх ичига. Парентерал), катетерланган упка артериясига.</p> <p>в) иммунотерапия</p> <p>II. ОПЕРАТИВ ДАВО</p> <p>3-5 хафталик фойдасиз консерватив даволашдан кейин:</p> <p>а) пневмотомия – бирмоментли, иккимоментли.</p> <p>б) упка резекцияси (сегментэктомия, лобэктомия)</p> <p>в) пульмонэктомия</p>

Рентгенда ўпка артерияси равоғининг бўртганлиги, юрак ўнг бўлақларининг катталашганлиги;





“Ўпка инфилтратларида қисий ташхис. Ўпка йирингли касалликлари - бронхоэктаз касаллиги, ўпка абсцесси ва гангренази. Босқичларига боғлиқ ҳолда физикал текширув натижаларини ўзгариши.бўйича

Мавзуга оид интерфаол усул

1.“Асалари уяси” иш ўйини.:

Иш ўйини учун саволлар:

1-гурух:“Ўпка инфилтратларида қисий ташхис.

2-гурух: йирингли касалликлари - бронхоэктаз касаллиги, ўпка абсцесси ва гангренази..

3-гурух: Босқичларига боғлиқ ҳолда физикал текширув натижаларини ўзгариши.бўйича

Мустақил иш: 1.Ўпканинг йирингли касалликлари этиологияси , патогенези клиник белгилари, текшириш усуллари, қисий ташхис.

Ўйга вазифа: Хулоса. Бугун ўтилган мавзунни такрорлаш ва Кон тупуриш билан кечувчи касалликларнинг қисий ташхиси (зотилжам, ўпка раки, сили, бронхоэктатик касаллик, ўпка гангренази ва абсцесси, Гудпасчер синдроми, Вегенер касаллиги, тугунли периартериит, ўпка артерияси тромбоэмболияси). УАВ тактикаси

4 – мавзу: Қон тупуриш билан кечувчи касалликларнинг киесий ташхиси (зотилжам, упка раки, сили, бронхоэктатик касаллик, упка гангрена ва абсцесси, Гудпасчер синдроми, Вегенер касаллиги, тугунли периартериит, упка артерияси тромбоемболияси). УАВ тактикаси.

4.1. Таълим бериш технологиясининг модели

Машғулот вақти – 6 соат	Талабалар сони : 9 – 10 гача
Машғулот шакли	Кириш-ахборотли машғулот.
Машғулот режаси	Талабаларга йўтал, балгам ажралиши ва кон тупуриш билан кечадиган касалликларда ташхис қўйиш ва даволаш самарадорлигини баҳолашдаги ўрнини тушунтириш. Талабаларга умумий амалиёт ва амалиётда учраб турадиган кон тупуриш билан кечадиган касалликларда шошилиш ҳолатларида тез тиббий ёрдам курсатиш ва даволаш усуллари, ҳамда шу ҳолатларни олдини олишга қаратилган чора тadbирларни амалга ошириш йўллари ўргатиш. Ўткир ва сурункали бронхит ва бронхиолитларда УАВ тактикасини ўргатиш.
Ўқув машғулотнинг мақсади:	Талабаларга кон тупуриш билан кечувчи касалликларнинг киесий ташхиси (зотилжам, упка раки, сили, бронхоэктатик касаллик, упка гангрена ва абсцесси, Гудпасчер синдроми, Вегенер касаллиги, тугунли периартериит, упка артерияси тромбоемболияси) алгоритмини тузишни ўргатиш. УАВ тактикасини ишлаб чиқиш.
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.

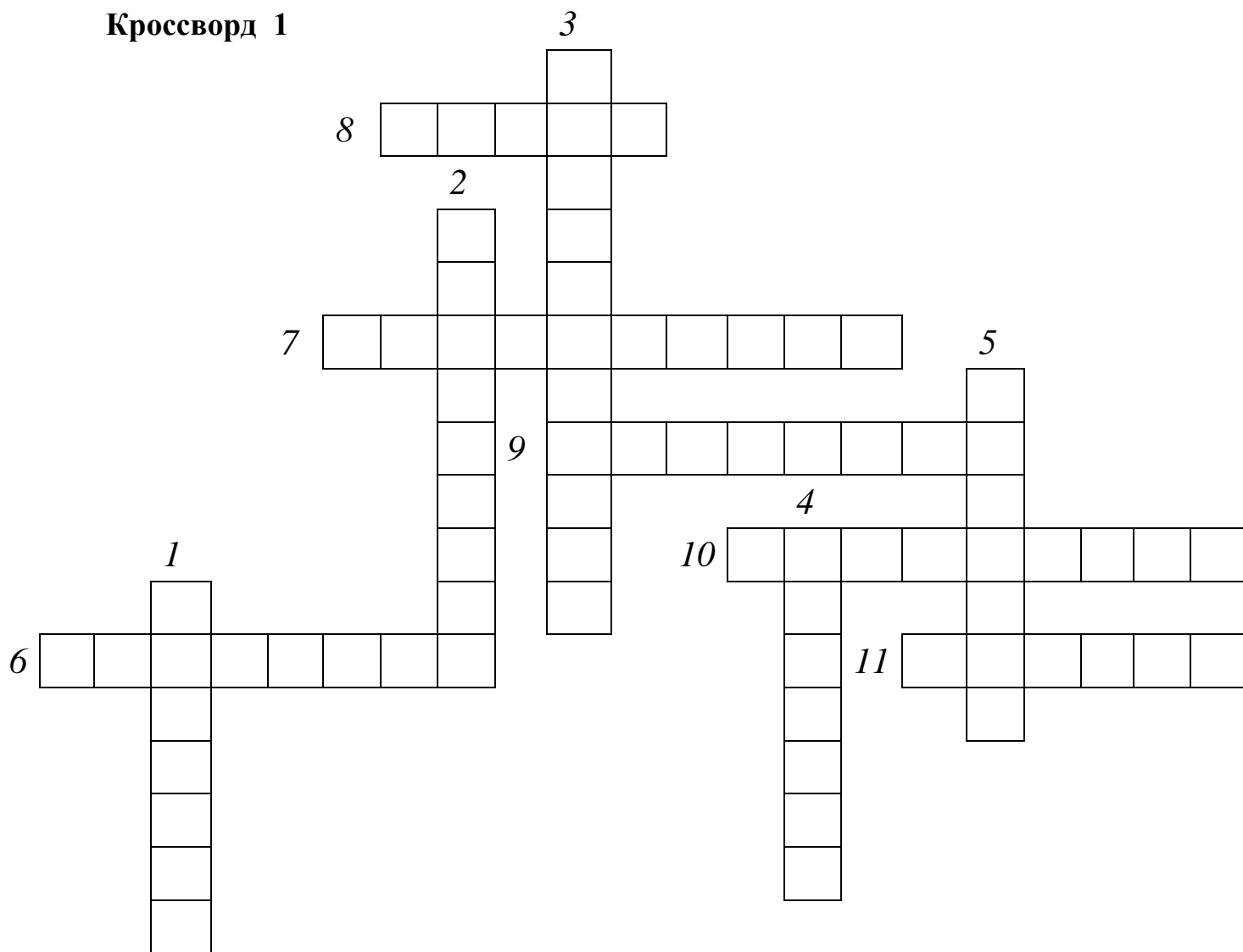
Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёрлов босқичи 15 дақиқа	1. Аудитория тозаллигини назорат қилади 2. Талабаларни машғулотга тайёргарлигини текширади	Талабалар

	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	Қатнашдилар: 7-курс даволаш ва тиббий педагогика факультети талабалари
2 – Асосий босқич. 195-дақиқа	1. Талабаларни кичик гуруҳларга бўлиб, мавзу бўйича саволларни беради. Галерея бўйлаб тур усули Талабалар бир нечта кичик гуруҳларга бўлиниб, уларга бирта муаммо ёки вазиятли масала берилади. Ҳар бир гуруҳ ўзининг жавобини ёзиб бошқа гуруҳ жавоб варақалари билан алмашинади. Кейинги гуруҳ олдинги гуруҳнинг жавобини баҳолаб, агар жавоб тўлиқ бўлмаса унда ўзининг вариантини таклиф этади. Талабалар ўз жавобларини берганларидан сўнг ва ўз ўртоқлари жавобларига қўшимча киритганларидан сўнг улар биргаликда таҳлил қилиниб энг тўғри жавоблар танланиб 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	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Томоша қиладилар Қатнашдилар 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: 270 дақиқа 6 соат		

Мавзуга оид саволлар:

1. Кон тупуриш билан кечувчи касалликларнинг қиссий ташҳиси (зотилжам, упка раки, сили, бронхоэктатик касаллик, упка гангренази ва абсцесси, Гудпасчер синдроми, Вегенер касаллиги, тугунли периаартериит, упка артерияси тромбоземболияси).
2. Кон тупуриш билан кечувчи касалликларда УАВ тактикаси
3. Гудпасчер синдромининг клиникаси
4. Вегенер касаллигининг клиник қуриниши
5. Тугунли периаартериит қандай касаллик
6. Упка артерияси тромбоземболиясининг клиник қуриниши.

Кроссворд 1



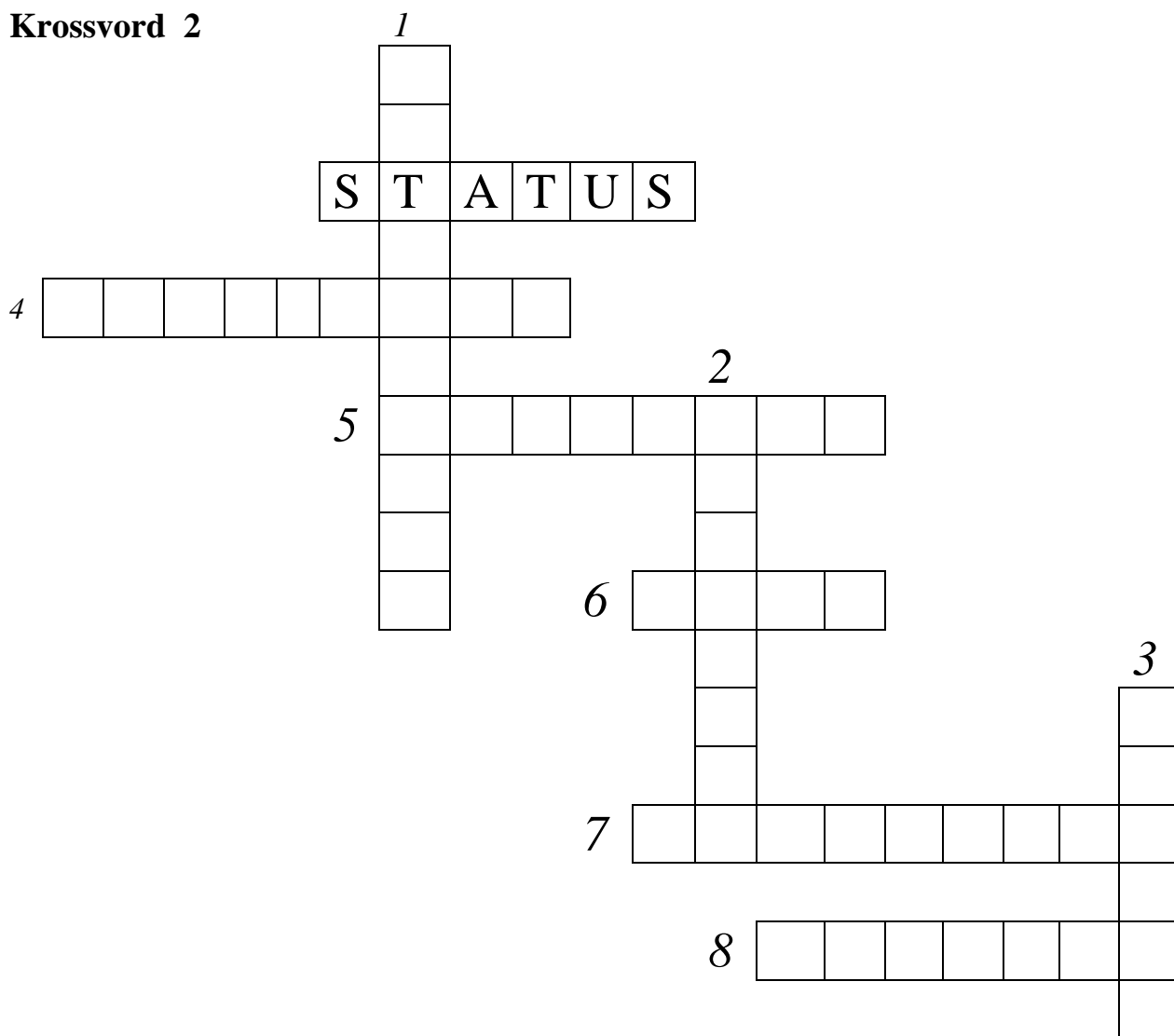
Буйига:

- 1 - Тумовда кулланиладиган адренергик восита
- 2 - β_2 - адреноблокатор восита
- 3 - β_2 - адреноблокаторларга кирувчи аэрозол
- 4 - Балғам кўчирувчи восита
- 5 - М-холиноблокатор восита

Энига:

- 6 - Метил ксантин гурухидаги восита
- 7 - Киска таъсир килувчи β -адрено-стимулятор
- 8 - Мембрана стабилловчи восита
- 9 - М-холиноблокатор восита
- 10 - Астмада ишлатиладиган аэрозол

Krossvord 2



Буйига:

Энига:

- | | |
|--|---|
| 1 - Status | 4 - Bronxial astmaning klinik simptomi; |
| 2 - Bronxial astmada bemor holati; | 5 - Bronxial astma lfdjsida qo'llaniladigan ingolyator; |
| 3 - Bronxial astmada bemor balg'amida aniqlanadi - Leyden kristallari; | 6 - Status astmaticusning 3 – bosqichi; |
| | 7 - Bronxial astmaning klinik davrlaridan biri; |

КРОССВОРДЛАРНИНГ ЖАВОБЛАРИ

Кроссворд 1



Буйига:

- 1 - Тумовда кулланиладиган адренергик восита
2 - β_2 – адреноблокатор восита
3 - β_2 – адреноблокаторларга кирувчи аэрозол

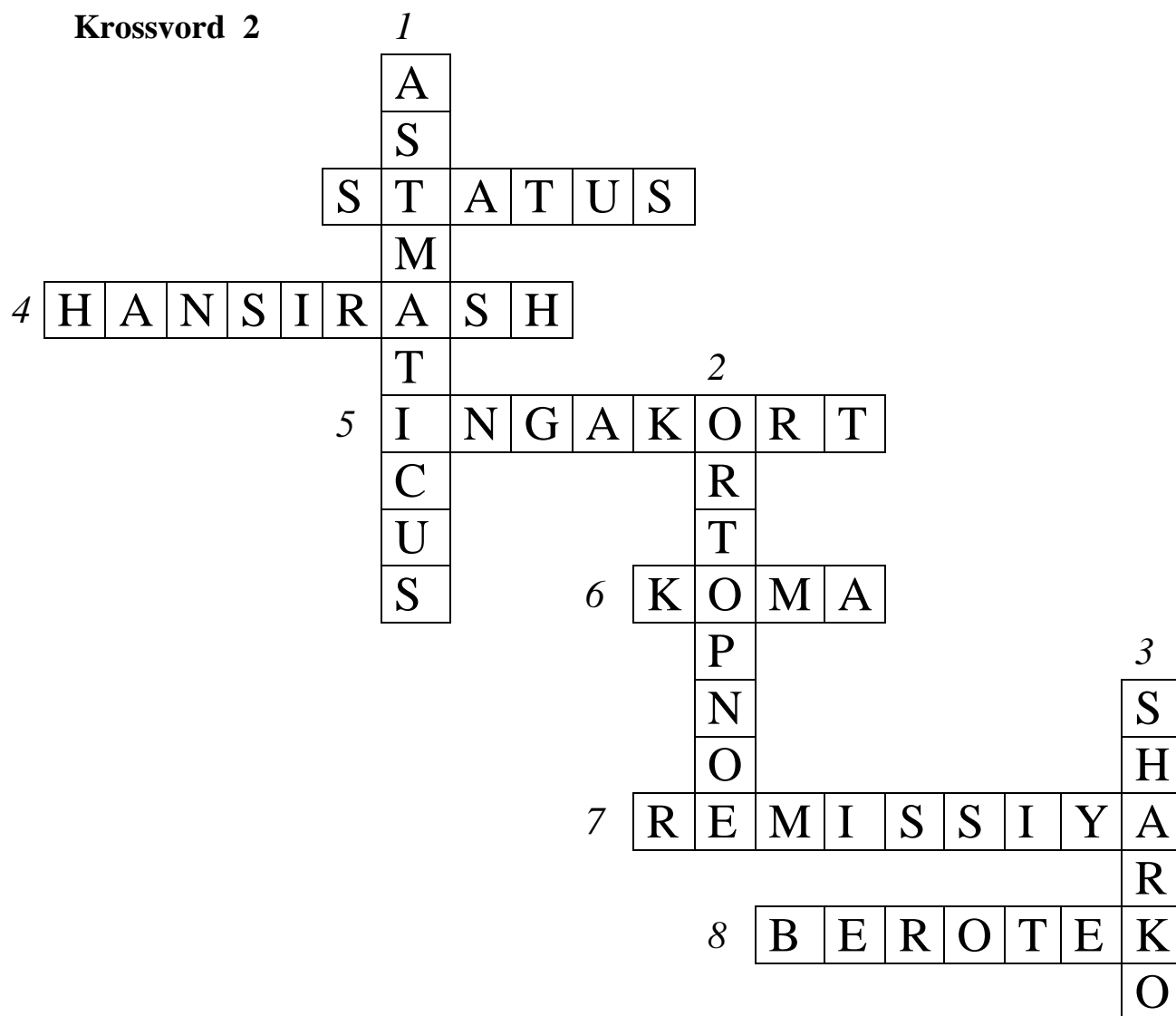
Энига:

- 6 - Метил ксантин гурухидаги восита
7 - Киска таъсир килувчи β -адрено-стимулятор
8 - Мембрана стабилловчи восита

- 4 - Балғам кўчирувчи восита
- 5 - М-холиноблокатор восита

- 9 - М-холиноблокатор восита
- 10 - Астмада ишлатиладиган аэрозол номи
- 11 - Антигистамин восита

Krossvord 2



- 1 - Status ;
- 2 - Bronxial astmada bemor holati;
- 3 - Bronxial astmada bemor balg'amida aniqlanadi - Leyden kristallari;

- 4 - Bronxial astmaning klinik simptomi;
- 5 - Bronxial astma lfdjida qo'llaniladigan ingolyator;
- 6 - Status astmaticusning 3 – bosqichi;
- 7 - Bronxial astmaning klinik davrlaridan biri;
- 8 - Simptomatik aerozol.

Мавзунинг баёни

Умумий амалиёт варачи фаолиятида йутални киёсий ташхислаш ҳамда “мулжалли” даволаш муолажаларини ташкил қилишнинг замонавий йусинлари.

- Балгам ташлашни баҳолаш ва ундан терапевтик башоратлаш диагностикада унумли фойдаланиш.

- Кон туфлашни ташхислаш ва даволаш стратегияси.

Маълумки табиат ритмлари ер қуррасидаги борки мавжудотларнинг ҳаёт-момотларини белгилаб борғувчи жараёнлардир. Улар табиий ходисаларни бошқарадилар ва инсонлар умрларини белгилайдилар. Охирги ун йилларда утказилган тадқиқотлардан маълум бўлдики, инсон организми фаолиятлари ҳам ана шу жараёнлар билан (ерни уз уқи атрофида айланиб туриши, ерни қуёш атрофида айланиши, ойни ер атрофида айланиши ва х.к.лар) чамбарчас бевосита алоқадор экан. Хусусан, биологик соатлар организмнинг деярли барча ҳаётий муҳим вазифаларни бошқариб турадилар; масалан, тана харорати ёки ухлаш ритми ёхуд юрак ва буйрак фаолиятларини сутка давомида узғариб туришлари шулар жумласидандирлар. Демак, ички касалликлар семиотикасини урганишда ва таҳлил қилишда мазкур хронобиологик табиий жараёнлар албатта инобат қилинишликлари керак. Булар упка ва нафас йулларига ҳам таалуклидирлар ёхуд нафас аъзолари хасталикларининг асосий аломатлари бўлмиш, йутал, балгам ташлаш ва кон туфлашларнинг семиотикасини урганиш учун улар ҳақида замонавий тасаввурларга эга бўлиш лозим. Тадқиқотлардан исботлашча, куннинг ярмига бориб упка рецепторлари миқдори ортади, тонг сахар паллаларида эса, аксинча, камайдилар. Бундан ташқари, ёз ойларида рецепторлар зичликлари ортиб, кишда эса камаяди. Нафас йулларининг кучли кенгайишлари кундузи соат 3-4 лар орасида қузатилади, роппа-роса 12 соатдан кейин эса, яъни сахарги соат 3-4 ларга бориб уларда торайишга мойиллик пайдо бўлади.

Бундай ва шу каби бошқа хроноболик тарзда нафас йулларини узғариб туришлари бўлса упка-бронх касалликлари симптом ва синдромлари генезлари аксарият холларда турлича талқинланадилар. Уларни жумладан, йутал, балгам ташлаш ва кон туфлаш каби айникса қуп учрайдиган аломатларнинг келиб чиқиш механизмларини аниқ билиш ва баҳолай олиш даволаш тадбирларини тез ва мулжалли амалга ошириш имкониятини беради, хавфли асоратларни бартараф қилади. Нафас йулларига юқори нафас йуллари (бурун, буруннинг ёндош бушликлари, ветахивей найчалари, огиз бушлиги ва бурун-халқум) ва қуйи нафас йуллари хикилдок, кеқирдақ ва бронхлар) қиритилади. Биринчисининг асосий вазифаси олинаётган хавони тозалаб бериш, уни намлаб ва иситиб боришдан иборат бўлса, иккинчи қисмининг бош вазифаси бўлиб фонақиз хавони намлаш ва иситиш ҳамда йутал рефлексларини ҳосил қилиб бориш қабилар ҳисобланадилар. Нафас аъзолари тизимида махсус функционал йигилмалар тарқалиб жойлашган бўлиб улар упканинг уз-узидан тозаланиб таъминлаб борадилар, бу жараён бронхларнинг фаолияти номи билан фанга маълум. Шифокор амалиёти учун айнан ахамият қасб этувчи мазкур жараён хилпилловчи эпителиялар ва шиллик қаватлар безлари бронхларнинг перистальтик фаолиятларига ҳамда йутал рефлексига бевосита боғлиқ холда юзага келади. йутал рефлекслари эса рецептор ҳудудларини (“туссиген ҳудудлари”) таъсирланишлари туфайли келиб чиқади.

Шуни айтиб утиш лозим-ки, дренаж фаолиятлар юқориги сегментларда нисбатан муқамалроқ ифодаланган бўладилар, қуйида жойлашган сегментларда эса аксинча сустрок даражада руй берадилар ва шу сабабли уларнинг бузилишлари дастлаб мана шу қуйи ҳудудлардан бошланади. Бронхларнинг дренаж фаолиятлари бузилишлари олтинчи-еттинчи сегментларда ҳос осон вужудга келади, чунки уларга лимфа тугунлари

ёндошиб жойлашган буладилар. Лимфа тугунларини катталашувлари аввал бронхолитик рефлектор таъсирланиши чакиради ва сунгра бронхларни эзилиши натижасида бронхиал дренаж бузилишларини келтириб чикарадилар. Буларнинг окибатида эса нафас аъзолари хасталикларнинг субъектив ва объектив симптомлари юзага келадилар ва авжланиб борадилар. Улар орасида энг куп учрайдиган ва ташхисий ахамият касб этадиган йўталдир. ЙЎТАЛ - мураккаб рефлектор жараёнлар натижасида келиб чикадиган шаклан узгарган нафас булиб, куплаб учраб турадиган кардиореспиратор симптомлардан биридир. У нафас йулларида ё жисмларни пайдо булиши ёки уларни ташкаридан тушиб келиши (суякчалар, писта пучоклари, овкат заррачалари, тангалар ва б.к.), ёхуд яллигланиш ёки бошка патологик жараёнлар туфайли хосил булган чикиндилар (балгам, йиринг, кон, шиллик ва б.к.) билан хаво йулларини тикилиб колиши туфайли чакирилади. Бу вақтда бронхиал мушаклар кискариши окибатида чукур нафасдан сунг олинган хаво зарб билан турткисимон тарзда чикарилади. Йўтал узига хос химоя воситасидир, чунки унинг ёрдамида мукоциляр клиренс мувозанатини мувофиқлаштириб туриш учун зарур омил таъминланади - бронхиал секретлар чикариб турилади, ва бундан ташкари хаво йулларидаги ёт жисмлар ҳам бартараф қилинади. Йўтал кучи билан чукур нафас олиш руй беради, овоз бойламлари бирикадилар диафрагма бушашади, нафас мушаклари тонуслари ортади. Буларнинг хаммаси кушилиб кукрак ички босимининг кучли ортиб кетишини чакиради. Овоз бойламларини очилиши билан хаво окими катта тезликда тор трахея ва очилган овоз бойламлари оркали интиладилар. Атмосфера босими ва кукрак ички бугимлари уртасидаги тафовут кучаяди ва бу йўтал пайдо булишига олиб келади.

Йўтал хаво йулларининг хамма қисмларида эмас, балки унинг маълум худудларидагина йўтал худудларининг асаб толачалари китикланиши сабабли пайдо булади. Демак, йўтал рефлекслари факат “туссиноген худудлар”га эга булган маълум сохаларидагина чакирилади. Бундай худудларга хиккилдок шиллик кавати, кекирдак, бронхлар шиллик каватлари (аникроги, трахея бифуркацияси худуди ва бронхлар ажралишаётган соха) ва плевра варақлари юзалари кирадилар. Бошка, куйи нафас йуллари худудларида бевосита йўтал пайдо булмади. У жойлардан нафас йуллари шиллик каватларига копланиб жойлашган хилпилловчи эпителиялар киприклари харакатланишлари натижасида балгам, шиллик ва бошка ёт моддалар зарралари йўтал худудларига суриб олиб қилинади.

Йўтал турли сабабларга кура пайдо булади. Жадвалда:

ЙЎТАЛ ВА УЛАРНИНГ АСОСИЙ САБАБЧИЛАРИ

Турлари	Келиб чиқиш механизмлари	Асосий сабаблари булмиш касалликлари
Курук йўтал	Плевра варақларидаги туссиген худудларни “таъсирланиши нафас йулларини ёт моддалар билан таъсирланиши сабаб булинади.	Плевралар, нафас йулларига ёт жисмларни туриб колиши
Балғамли (намли) йўтал	Нафас йуллари ёки упка бушликларида хосил булган чикиндиларни ажратилиши туфайли келиб чикадилар	Упка абсцесси, упка гангренази, сурункали бронхитлар, пневмониялар, бронэктазия касаллиги, упка интерстиал касалликлари, бронхиал астма.
Доимий йўтал	Юкори нафас йуллари “туссиген худудлари”ни таъсирланиши сабаб булади.	Юкори нафас йулларини яллигланиш касаллари
Ўқтин-ўқтин йўтал	Ритмларга ёки бемор вазиятига боглик холда мукоциляр транспортнинг бузилиши рол	Упка абсцесси, бронхоэктазиялар.

	уйнайди.	
Дапкир-дапкир тутадиган хуружсимон йўтал	Кукрак ички босимининг ортиши келтириб чикаради	Трахсит, бронхит, пневмония, плеврит, плевропневмония, трахея ва бронхларни эзилиши, улар ёт жисмларни тушиб қолиши, бронхиал астма, упка раки, медиастинал синдром, аорта аневризмаси, мезоаортит, митрал стеноз аневризмаси, мозаика ортит, митрал стеноз, истерия, упка каверна ёки абсцесс тошилиши, упка инфаркти ва сили, упка шишуви
Бетголопсия	Бош мия ишемияси ва мия қон айланишининг транзитор бузилишлари сабабли булади.	Чангдан, буладиган бронхитлар, упка-бронх апаратининг токсик касалликлари
Сахарги йўтал	Бронхларда шилликни тупланиб қолиши келтириб чикаради	Сурункали бронх, бронхэктазия касаллиги упка абсцесси, каворнозан упка сили, “кашандалик” бронхити
“Тунги йўтал”	Кукс бушлиги лимфа тугунлари катталашуви оқибатида трахея бифуркацияси ҳудудидаги “туссиген ҳудуд”ларни таъсирланиши вужудга келтиради	Упка сили, лимфогранулематоз, усма касалликлари
“Кечки” йўтал	Нафас йуллари шиллик қаватлари “туссиген ҳудуд”ларини китикланиши юзага келтиради	Бронхитлар, пневмониялар
“Асабис” йўтал	Рефлектор ёни айрим ҳудудлари таъсирланишининг ортиши сабаб булади.	Истерия
“Юрак йўтали”	Юрак ва упка асаб рецепторлари таъсирланиши сабаб булади.	Упка бронх касалликлари билан асоратланиб кечувчи юрак хасталиклари
“Охангли” йўтал	Нафас йулларини сикилиши ва оз-оз бойламларини шимуви пайдо қилади.	Кук йўтал, кекирдокни бук оқибатида усма билан эзилиши
Паст охангли ва қиска йўтал	Овоз бойламларини емирилиши сабабли булади	истерия
Хириллашли йўтал	Хирилдокни шамоллаши ёки зуриқиши сабабли булади.	Хирилдок захми ва сили, зотиджамни бошланиши, неврозлар ларингитлар.

Давомийлигига кура йўтални уч тури тафовутланади: доимий йўтал, уқтин-уқтин булиб турадиган йўтал ва дапкир-дапкир тутадиган хуружсимон йўтал.

Доимий йўтал асосан юқори нафас йулларининг яллиғланишлари учун характерли булиб, у сурункали бронхитларда, хирилдок ёки кекирдокни сурункали касалликларида ва юрак касали бор беморларда упкада қонни қимиланиб қолиши каби ҳолатларда кузатилади. Бундай йўтал нисбатан қам учрайди, лекин зикр қилинган касалликларда ва яна бронхоэктазларда ҳосил була бошлаган даврда, бронхоген упка ракида, упка ракиннинг куқс оралиги лимфа безларига метастазларида ва упка силининг айрим турларида ҳам ташхисий озуқа булиб ахамият қасб этади.

Бу йуталдан фаркли уларок уктин-уктин буладиган йутал ё сутканинг факат маълум бир пайтларида ёки гавданинг маълум вазиятларида вужудга келади (балгамларни упка бушликларидан кучиши-упка йирингли касалликларида ёки бронхоэктазияларда). Иккинчи холатларда упка бушликларидан балгам бронхларга куйилади ва уларнинг шиллик каватларини китикланишлари натижасида йутал рефлeksi чакирилади. Уктин-уктин тутадиган йутал йук кишиларда совук хаво билан нафас олганда ёки совук курпачага утказилганда то у исигунигача булган вакт давомида чекувчи хамда арокхурларда тонг тонг сахарлари кузатилади, ва яна тун давомида нафас йулларида балгамларни тупланиб колиши сабабли упка эмфиземаси ва сурункали бронхитларда хам пайкайди.

Дапкир-дапкир буладиган хуружсимон йутал кук йутал учун характерлидир. Бунда азобли йуталдан кейин хуштаксимон, узун ва жарангли чукур нафас олиш кузатилади. У торайган овоз ёриги оркали хавонинг утиши туфайли хосил булади.

Ёт жисмларни ёки емак пайтида сузлашиш сабабли овкат зарраларини нафас йулларига кетиб келиши холларида бир мартали хуружсимон кучли йутал пайдо булади ва у ёт жисмни хаво йулларидан чиқариб юборилмагунича давом этади. Бу тусдаги йутал хавфлидир. Унинг хуружи тузилиб кетгудай булса, беморнинг буйин куктемирлари буртиб чика бошлайди, юзлари шишади, юз ва буйин сохалари кукимтир тус (цианоз) олади. Бунинг саби шуки, йутал пайтида кукрак ичи босими кескин кутарилиши натижасида веноз конни унг булмачага бушануви кийинлашади. Йутал хуружи пайтида капиллярларда кон димланишлари туфайли ва бунинг окибатида венозли капиллярларни ёрилиши сабали кузга, тери ва шиллик каватларга кон куйилишлар хам булишлиликлари мумкин. Ёки йутал марказлари таъсирланишларини уларга якин жойлашган кусиш марказларига таркалиши руй бериши натижасида кучли хуружсимон йутални баъзида кусиш билан давом этиши хам кузатилади.

Хуружсимон йутал сабабчилари булмиш асосий хасталиклар жумласига яна куйидагилар кирадилар: трахеит, бронхит, пневмония, плеврит, плевропневмония, бронхиал астма, упка раки ва кекирдак хамда бронхларни эзилишлари. Хуружсимон йутал яна медиастинал синдромда, аорта аневризмасида, мезаортитда, митрал стенозда ва истерияда хам кузатилади. У турли тусдаги – шилликли, шиллик-йирингли, геморрагик, ёпишкок ёки суюк балгам ажралиши билан хам ифодаланишлилиги мумкин. бундай тус олиб хуружсимон йутални кечиши турли касалликларда кузатилади (жадвалда акс эттирилган). Жадвалдан куриниб турибдики, балгамли хуружсимон йутал уткир бронхитда, крупозли пневмонияда, гриппдан кейинги пневмонияда, уткир упка абсцессида, упка гангреназида, бронхоэктазия касалида, бронхиал астмада, курук плевритда, упка шишувида, упка ва бронхлар ракида, бронхлар ёт жисмлар кириб колганда медиастинал синдромда ва упка силида узига хос хусусиятлар кашф килиб намоён булади.

Хусусан, уткир бронхитларда хуружсимон йутал бошка касалликларга караганда кучли ифодаланса, уткир пневмонияларда даставвал нисбатан енгилрок ва курук булиб туриб, 2-3 кунлардан кейин балгам билан кучаяди. Упканинг йирингли касалликларида эса бугувчи хуружсимон йутал булади ва у йиринг тула упка бушликлари бронхлар томон бушаниш даврига борганда шиддатлашади ёки безга безгак тутиш ёхуд бадхур хидли «огизни тулдириб» балгам ташлаш билан бир вақтда юз беради.

Бронхиал астмада хуружли йутал тутиши манзараси ташхисий ахамият касб этади: астма олди холатида у балгамсиз, лекин шиддатли булади ва бугилиш хуружи авжида янада кучаяди, кейинрок эса тип-тиник, бегубор (мисоли ойнадек) балгам ташлаш билан давом этади.

Тинкани куритувчи, давомли дапкир-дапкир тутадиган ва даволаш муолажалари кам ёки деярли кор килмайдиган хуружсимон йутал упка-бронхлар усма касалликлари учун характерли булади. Айнан шунга ухшаш, аммо лекин ута хавфли хуружсимон йутал бронхларга ёт жисмлар туриб колганда кузатилади. Юкоридагилардан фаркли уларок мазкур клиник вазиятда силлани куритувчи йутал хуружи бирданига деярли соппа-сог

одамда пайдо булади ва суз билван ифодалаб булмайдиган даражада азобли булади, купинча кон туфлаш билан давом этади ёки бемор хушуни йуолишигача олиб келади.

Упка шишуви синдромида (жуда куп касалликлар келиб чикиши мумкин) хуружли йутал аввалига курук, ва сунгра эса балгам ташлаш билан давом этиб монанд шиддатли тус олади. Кукс оралиги касалликларида кузатиладиган медиастинал синдромида эса у кукйуталдаги жарангли булиб беморни кукариши ва инспиратор халлослаш хамда артрдороз нафас олиш билан давом этади. Упка силида хам хуружсимон йутал булади ва у шуниси билан фаркланади-ку, унда йирингли-шиллик хуружсимон йуталнинг турли касалликларда ифодаланиши хусусиятлари.

Касалликлар	Хуружсимон йутал курунишлари	Хуружсимон йуталга ёндош симптомлар
Уткир бронхит	Хуружсимон йутал ута шиддатли булади, 2-3 кундан сунг унга ёпишкок балгам ажралиши кушилади.	Бош огриги, синкопал холатлар, нафас кишиш ва цианозни кучайиб бориши.
Крупозли пневмония	Биринчи кунлари курук ва огрикли хуружсимон йутал булиб, 2-3 кундан сунг у зангли балгам билан давом этади	Безгак тутиш, ёноклар гиперемияси, лаб ва бурунлар цианози, учуклар тошиши, доимий иситма ва курак кафаси огриклари, бронхиал нафас ва крепитация.
Гриппдан кейинги пневмония	Хуружсимон йутал даставвал курук, сунгра шиллик-йирингли ёки кон аралаш балгам ажралиши билан намоён булади.	Интоксикация белгилари, такоран иситма кутарилиши, хансираш, цианоз, адинамия, характерли объектив инструментал ва лаборатория текширувлари аломатлар
Упканинг йирингли касалликлари (упка абсцесси)	Йирингли бушлик очилиш пайтида бугувчи хуружсимон йутал тутди, бадхур хидли йирингли балгамни катта мик дорда ажралиши билан давом этади (упка абсцесси); ёки ута бадхур балгам, такорий безгак тутиш, юкори иситма, цианоз ва хансираш билан куруниш беради (упка гангренази)	Упка бушлигига хос аломатлар (тимпанит, амфорик нафас).
Бронхоэктазия касаллиги	Вакти-вакти билан хуружсимон йутал тутди ва «огизни тулдириб» йирингли балгам ташлаш билан давом этади	Озиб кетиш истималаш, «ногора таёкчалари», клинико-рентгенологик симптомлари
Бронхиал астма	Хуружсимон йутал астманинг продромал даврида, бугими хуружи пайтида ва охирида вужудга келади, тиник ёпишкок балгам ажралиши билан давом этади	Йутал бронхолитик дорилар билан тухтайди.
Упка шиши	Аввал курук сунг серо-геморрагик балгам ажралиши билан хуружсимон йутал ифодаланади.	Авжланувчи хансираш, жарангли диффуз хул хириллашлар

Ўпка бронх раки	Хуружсимон йутал давомли ва шиллик-йирингли ёки кон аралаш	Кон туфлаш, истималаш, хансираш, хуштаксимон хирил
Бронхларга ёт жисмларни кириб келиши	Хуруж ута азобли булади, кон туфлаш билан содир булиши хам мумкин.	Упка ателектази аломатлари
Медиастинал синдром	Кукйутални эслатади, цианоз, стридороз нафас ва инспиратор хансирашлар билан давом этади.	Упка тукумаси эзилиши симптомлари, юкори ковак венаси сикилиши аломатлари, афония, адашган ва диафрагмал нервлари босилиш белгилари (экстрасистолиялар, хикичок тутиш, диафрагма паралиги).
Ўпка сили	Хуружсимон йутал йирингли-шиллик балгам кучиши билан давом этади, сил плеврити ривожланиши билан таскин топиб боради.	Упка силига хос клинико-лаборатория ва инструментал текширув аломатлари мажмуаси.

Балгам ташланади ёки жараён плевра бушлигига етиб борганида уни авжи нисбатан таскинлашади.Йутал балгам ташлаш билан ёки балгамсиз булиши мумкин ва шу туфайли унинг икки тури тафовутланади: курук йутал ва намли йутал.

Балгам ажралмасдан буладиган йутални курук йутал деб аталади ва у плевра варақларини хасталанишларида, нафас йуллари яллигланишида хамда хаво йулларини механик таъсирланишларида асосан кузатилади (ларингитларда, курук плевритда, лимфа сили, лимфагранулематоз) ва рак метастазлари туфайли бронхларни эзилишлари. Намли йутал деб балгам ташлаш билан содир буладиган йуталга айтилади. Балгамли йутал булганда балгам микдори, ажралишининг давом этиш муддатли характери, ранги, хиди бор-йуклиги, сутканинг кайси пайтида ёки беморнинг кандай вазиятларда купрок ажралиши кабилар синчковлик билан бахоланиши лозим, чунки бу хусусиятларга кура ташхисга берилади ва монанд муколитик терапия танланади.

Сахарлари тутадиган йутал хам диагностик ахамият касб этади. Бундай йутал сурункали бронхит, бронхоэктазия касаллиги, упка абсцесси, говаклик упка сили кабилар билан хасталанган беморларда булади. Чунки бундай беморларда туни билан упка ва бронхларда йигилиб колган балгам эрталаб уриндан турилганда ва вазият узгарилганда-ёndoш худудларга окади ва бронхлар шиллик каватларида жойлашган «туссиноген худудларга» етиб келганда уларни таъсирлантириб йутал рефлексини чакиради. Бундай йутал албатта балгам ташлаш билан содир булади ва одатда у билан бирга суткалик ажралаётган балгам микдорининг 2/3 микдори ажралади.

Сахарги йуталнинг яна бир етакчи сабабчиси кашандаликдир. Эпидемиологик тадқиқотлар далолат беришлари-ча, 15-20 йил узлуксиз тамаки (папирос) чекилса бронхит учун характерли клиник аломатлар вужудга келади (Чучалин А.Г. 1998) ва шунинг учун хам амалиётда «чекувчилар бронхити» ибораси кенг ишлатила бошланди. Одатда сахарда, уйгонгандан кейин, йутал тутади ва оз микдорда йутал билан бирга кунгирсимон балгам ташланади. Нафас олиш кийинлашиб келади, лекин йутал билан, айникса балгам ташлангандан кейин, енгилрок нафас олиш тикланади. Биринчи чекилган сахарги папирос йутални кучайтиради ва балгам кучишни тезлаштиради, бунинг натижасида киска муддат давомида нафас йуллари утказувчанликлари тикланади ва окибатда, мисоли тамаки тутини ижобий натижа келтиргандай носоглом тасаввур тугилишига сабаб булади. Аслида эса тамаки чекишга мойиллик тобора кучайиб кашандалик билан боғланган упка касалликлари доираси кенгайиб боради (сурункали обструктив бронхит, бронхиолит, упка эмфиземаси, бронхиал астма упка раки ва

болаларда упка анормал холатлари). Йутални алохида бир шакли беттолопсиядир, у хакда мавжуд дарсликларда деярли маълумотлар йук деса хам булади, вахоланки мазкур синдром алохида ташхисий изланишни ва даволаш дастурини талаб этади. Беттолепсия деб йутал хуружи авжида хушни йуколиши ва чангак тутиши билан ифодаланиб куринадиган синкопал холатга аталади. Бу синдром 22 йилдан зиёдрок бурун М.И.Холоденко томонидан ёзилган ва тиббиётга киритилган хозиргача адабиётларда турлича номланиб келади: «йуталдан хуш кетиши» синдроми, «пертусолопсия», Шаркониинг хикилдок апоплексияси ва «Флиндта синдроми».

Упка касалликларида (сурункали бронхит, бронхиал астма, упка эмфиземаси) беттолепсия синдроми 16,3 дан то 18,3 фоизгача учрайди, купчилик холларда врач аралашувисиз уз-узидан утиб кетади. Купрок 40 ёшдан утган беморларда кузатилади ва унинг асосий сабабчилари булиб бош мияда кон айланишининг киска муддатли бузилишлари, бош мияни консираши, альвеоляр вентилияциянинг ва кичик кон айланиш доирасида гемодинамика бузилишларининг кучайиши (гипо ва гипоркапнияга, кислота-ишкор мутаносиблигини бузилишига ва кронда Р О нинг камайишига олиб келади) рефлексоген худудлардан бош мияга патологик импульсларни келиши кабилар хисобланадилар. Тутканокга ирсий берилувчанлик, бош мия шикастланишлари, сурункали интоксикациялар (спиртли ичимликлар билан, никотин билан ва б.к.) унинг ривожланишига мойиллик тугдирадилар.

Препаратнинг терапевтлар самараси 2-3 суткаларда сезилади. Бу препарат 3 хил шаклда чикарилади: АЦЦ-100-гранулят (1 пакетда 100 мг ацетилцистеин тутуди) АЦЦ 200-гранулят (1 пакетда 200 мг ацетистеин тутуди) ва АЦЦ лонг-тез эриб кетувчи ва давомли таъсир этувчи, таркибида 600 мг ацетилцистеин тутувчи таблеткалар АЦЦ-200 600-1200 мг/сут (аксарият холларда 200 мг дан кунига 2-3 махал) микдорда кулланилади ёки АЦЦ лонг 1 таблеткадан кунига бир махал 5-7 кун давомида борилади.

Курук йуталда: а) Ок узум виносини 250 мл га 50 г кизил калампир илдииздан кушиб кайнатилади. Совутиб сузилади, кун давомида унинг барчасини учга булиб иссик холда ичилади. Катта пиёзни майдалаб тугралади ва 150 г газ ёги билан кориштирилади. Хар куни эрталабда бир ош кошикдан истеъмол килинади, уйку олтидан эса буйин ва кукракларга суртиб ётилади.

б) Икки ош кошик канд (шакар) бир стакан кайнок сутда эритилади ва унга битта тухум сариги кушиб яхшилаб аралаштирилади (тухум сариги ивиб колмаслиги керак). Иссик ураниб ётиб туриб коришма бир йуласига ичиб олинади.

в) Бир ош кошик асал, битта тухум сариги, бир ош кошик конъяк, ярим стакан кайнок сут, ярим стакан кайнок Бержеми (ёки яна ярим стакан кайнок сут) олиб яхшилаб аралаштирилади. Оёкларга иссик ванна кабул килиб, тайёрлаб куйилган коришмани барчаси бир йуласига истеъмол килинади ва иссик ураниб ётилади.

г) Кунгабокар ёки чаканда (облепиха) мойидан бир ош кошик, конъякдан бир ош кошик (ёки спиртдан), бир ош кошик асалдан олиб кориштирилади. Оловда энгил илтилади ва барчасини бирданига ичиб ураниб ётилади.

3. Сурункали йуталда: Чучка ичак ёги идиш солиб иссик сувга ботириб куйилади ва кучсиз оловда ёглар то эригунига кадар кизитилади. Эриган ёги олиб совук жойга куйилади. 1 та десерт кошик эриган ёгни бир стакан кайнок сутга аралаштириб, кайно-кайнок ичилади.

Бир стакан кайнок сут бир ош кошик асал ва бир чой кошик сутли какао мойи аралаштирилиб иссик холда кунига икки-уч махал култумлаб ичилади.

Майдаланган йигмадан бир ош кошиги икки стакан кайнок сувга солинади, 30 дакика дамлаб куйилади ва сузилади, овкатдан ярим соат кейин кунига уч махал ярим стакандан ичилади.

Тиббиёт бирламчи бугимида умумий амалиёт шифокори куп учратадиган аломатлардан яна бири балгам ташлашдир. Умуман тан олиш керак. Замонавий врач мавжуд асосий лаборатория текширув услубларини тула эгаллаб олиш имкониятига эга эмас. Аммо лекин уларнинг натижаларини бахолаш, улардан мулжалли фойдаланиш ва

диагностика ҳамда терапевтик башоратлашда нафақат рутин, балки қушимча лаборатория текширувларининг нам унумли қулай олиш маҳоратига эга бўлиш ҳар бир врачнинг асосий вазифаси бўлмоғи керак. Барча упка хасталигига чалинган беморларда 5 та қуйидаги умумклиник лаборатория текширувлари деярли мажбурий тарзда бажариладилар: кон анализи, сийдик анализи, балгамни текшириш, бронхлар ювинди сувларини екшириш ва плевра суюқлиги анализи. Балгамни текшириш айниқса устивор ташхисий аҳамият касб этади, чунки аксарият ҳолларда этиологик диагноз (масалан, силда кох бацилласини ёки аспергиллезда аспергилларни топиб олиш) уни текширув натижалари бўйича қуйилади. Балгам-хаво йулларида ёки упка туқимасида ҳосил бўлган бушликларда (абсцесс, каверна) ҳосил бўладиган чиқиндилар. У макроскопик, микроскопик ва бактериологик текширувдан утказилади, консистенцияси, хиди, реакцияси, турлари, ранги ва тиниклиги, таркиби урганилади ва баҳоланади (жадвалда илова этилган). Текширувга балгам эрталаб тупланади. Наҳорда беморнинг оғиз бушлиги аввал сув билан, сунг 1 фоизли квасц эритмаси билан чайқатилади (оғиз бушлиги эпителиялари эксфолиациясини камайтириш мақсадида) ва йуталтириб туриб балгам курук тоза идишга йигилади. Текширувга биринчи туфланган балгамни эмас, балки иккинчи туфланган балгамни олиш мақсадга мувофиқдир. Мабодо ташланаётган балгам салмоғи кам бўлса, уни бир неча соатлар давомида буралиб маҳкам ёпиладиган тиник шишали банкаларга йигилади. Шифохона шароитида бунинг учун махсус даражаланган банкалардан фойдаланилади. Бемор балгам йигиш қонун-қоидалари билан муфассал таништирилиб қуйилган.

Балгамни текшириш

Балғам хусусиятлари	Патологияда балғам узгаришлари
Консистенцияси	Суюқ, шилимшикли сувдай, ёпишқоқ, чузилувчан.
Хиди	Хидсиз, сассик хидли.
Реакцияси	Ишқорий реакцияда бўлади.
Турлари	Сероз, шилимшиқ, йирингли, конли, шилимшиқ-йирингли, йирингли шилимшиқ ва х.к. аралаш типли.
Ранги ва тиниклиги	Тоза кон рангида, занг тусли, тук-кизил, шилимшиқ-конли, малина желесини эслатувчи рангли, қора рангли, шишасимон.
Микроскопик манзараси (энг майда йиринг зарралари танлаб олинади).	Эритроцитлар, лейкоцитлар, эпителий хужайралари, қуршман спираллари, Шарко-Лейден кристаллари, лейцин, тирозин, жир кислоталари, кальций оксалат, трипельфосфат кристаллари, Дитрих пробкалари, паразитлар, замбруглар, усма хужайралари, бронхиал лахталар қузга қуринадилар.
Макроскопик манзараси (оддий қуз билан қаралганда қуринади)	Упканинг неқразланган парчалари, фибрин лахталари, Дитрих пробкалари, Қуршман спираллари топилади.

Сурункали пневмония билан хасталанган беморлар балғамидан микробларни ажралиш даражаси

МИКРОБ	ФОИЗ
Гемолитик стрептококк	77,5
Тилласимон стафилококк	76,0
Замбруглар	49,4

Кукимтир стрептококк	38,3
Ичак таёкчаси	29,2
Ногомолитик стрептококк	25,9
Катарал микрококк	20,6
Окимтир страфилококк	13,4
Афанасьев-Пфейфер таёкчаси	11,7
Диплококк	10,3
Пневмококк	6,4
Кукимтир-саргиш стафилококк	3,8
Морган бацилласи	2,8
Протей	2,6
Бошка микроблар	10,6

1. Консистенция	1. Суюк шилимшикли сувдай ёпишкок чузилувчан
2. Хиди	2. Хидсиз, сасик хидли
3. Реакцияси	3. Ишфий реакцияда булади
4. Турлари	4. Сероз шилимшикли, йирингли конли шилимшикли – йирингли, йирингли шилимлик ва хоказо аралаш типи.
5. Ранги ва тиниклиги	5. Тоза кон рангида занг тусли, тук-кизил шилимшик, конли, малина +ласини эслатувчирангли, кора рангли шишасимон.
6. Микроскоп манзараси майда йиринг зарралари танлаб олинади.	6. Эритроцитлар, лейкоцитлар, эластик толалар, эпителий хужайралари, Крушман спираллари, Шарко-Лейден кристаллари, Лейсин, триозин ёт кислоталари кальций оксилат – кислоталари, Дитрик пробкалари, паразитлар, замбуруглар, уз+ хужайралари бронхиал лахталар кузга куринадилар.
7. Микроскопик манзараси оддий куз билан каралганда куринади.	7. Упканинг некрозланган парчалари, фибрин лахталари, Дитрик пробкалари, Крушман – спираллари топилади.

Хуружсимон йўталнинг турли касалликларда ифодаланиши хусусиятлари

Касалликлар	Хуружсимон йўтал кўринишлари	Хуружсимон йўтал ёндош симптомлари
Ўткир бронхит	Хуружсимон йўтал ута шиддатли булади, 2-3 кунда сунг ёпишкок балгам ажралиши кузатилади.	Бош огриги, синкопал холатлар, нафас кишиш ва цианоз кучайиб боради.
Крупозли пневмония	Биринчи кунлари курук ва огрикли хуружсимон йўтал булиб, 2-3 кундан сунг у зангли балгам билан давом этади.	Безгак тутиш, ёнок гиперемиси, лаб ва бурун цианози, учук тошиши, доимий иситма ва кукрак кафасидаги огрик булади. Интоксикация белгилари иситма кутарилиши хан-

		сираш, цианоз, адинамия характерли.
Гриппдан кейинги	Хуружсимон йутал курук сунгра шиллик йирингли ёки кон аралаш балгам ажралади	Упка бушлигига хос аломатлари (тимпаник, амфорик нафас)
Ўпканинг йирингли касалликлари (ўпка абсцесси, гангренази)	Йирингли бушлик очилиши пайтида бугувчи хуружи йутал тутади. Бадхур хидли йирингли балгамни куп ажралиши билан давом этади ёки ута бадбуй балгам такрорий безгак тутиш, юкори истима цианоз ва хансираш билан куруниш беради.	
Бронхоэктаз касаллиги	Вакти-вакти билан хуружсимон йутал тутади ва «огзини тулдириб» йирингли балгам ажралади.	Озиб кетиши, истималаш, ногара таёкчалари.
Бронхиал астма	Хуружсимон йутал астманинг продромал даврида бугилиш хуружи пайтида ва охирида вужудга келади тиник ёпишкок балгам ажралиши билан давом этади	Йутал бронхолитиклар билан кетади.

Мавзу бўйича ўтказиладиган интерфаол усуллар

Галерея бўйлаб тур усули

- 1.Талабалар бир нечта кичик гуруҳларга бўлиниб , уларга бирта муаммо ёки вазиятли масала берилади.
- 2.Ҳар бир гуруҳ ўзининг жавобини ёзиб бошқа гуруҳ жавоб варақалари билан алмашинади.
- 3 Кейинги гуруҳ олдинги гуруҳнинг жавобини баҳолаб, агар жавоб тўлиқ бўлмаса унда ўзининг вариантини таклиф этади.
- 4.Талабалар ўз жавобларини берганларидан сўнг ва ўз ўртоқлари жавобларига қўшимча киритганларидан сўнг улар биргаликда таҳлил қилиниб энг тўғри жавоблар танланиб баҳоланилади.

Мустақил иш бўйича назорат саволлари: Кон тупуриш: этиологияси, патогенези. Кон тупуришнинг диагностик текшириш усуллари.Кон туфлашни патогентик йуналишлари, муковисцилляр клириенси, бронх йулларини патологияси, бронх шиллик ажралмасини микроскопияси, ташхислаш усуллари, бронхоскопия.

Хулоса: Талабаларга ўталган мавзуни тўлиқ қайтадан ўхзлаштиришлари ва эртанги мавзуни ўқиб келишлари керак.Ўпка инфилтратларида қиесий ташхис. Ўпка ноинфекцион инфаркти. Касаллик турига караб ўпка инфилтратларида УАВ тактикаси.

Мутахассис маслахатига курсатма. Диспансер кузатув. Амбулатор даволаш. Профилактика.

5 – мавзу: Ўпка инфилтратларида қиесий ташхис. Ўпка ноинфекцион инфаркти. Касаллик турига қараб ўпка инфилтратларида УАВ тактикаси. Мутахассис маслахатига кўрсатма. Диспансер кузатув. Амбулатор даволаш. Профилактика.

5.1. Таълим бериш технологиясининг модели

Машғулот вақти – 7 соат	Талабалар сони : 9 – 10 гача
Машғулот шакли	Кириш-ахборотли машғулот.
Машғулот режаси	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ўпка инфилтрати билан кечувчи касалликларни урганиш 2. Ўпка ноинфекцион инфаркти клиника, диагностикаси, даво тактикаси 3. Касаллик турига қараб ўпка инфилтратларида УАВ тактикасини урганиш. Ўпка инфилтратида диспансер кузатув, амбулатор даволаш, профилактика
Ўқув машғулотнинг мақсади:	Талабаларни ўпка инфилтрати муаммоси билан келган беморларда диагностика ва даво йуналишлари бўйича кўникмаларга ўргатиш .
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.

5.2. Амалий машғулотнинг технологик картаси.

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёрлов босқичи 10 дақиқа	<ol style="list-style-type: none"> 1. Аудитория тозалигини назорат қилади 2. Талабаларни машғулотга тайёргарлигини текширади 3. Давоматни назорат қилади 	Талабалар

1. Ўқув машғулотиغا кириш босқичи (15 дақиқа)	1. Мавзуга оид бўлган бошланғич билимлар даражасини аниқлаш. 2. Интерфаол усулни моҳиятини тушунтириш 3. Интерфаол усулда мавзу таҳлили.	Қатнашдилар: 7-курс даволаш ва тиббий педагогика факультети талабалари
2 – Асосий босқич. 50-дақиқа 50-дақиқа 45-дақиқа 45-дақиқа 55-дақиқа 245-дақиқа	1. Талабаларни кичик гуруҳларга бўлиб, мавзу бўйича саволларни беради. АЙЛАНМА СТОЛ УСУЛИ. Бу усулда мавзуга оид ёзилган саволлар ёзма равишда тарқатилади, ҳар бир талаба ўз жавоб вариантини ёзиб, кейинги талабага узатади, шу усулда Ҳамма ўз жавобини ёзади, шундан сўнг жавоблар Ассистент томонидан текширилади, нотўғри жавоблар ўчирилади ва тўғри жавоблар ҳисобланилади, шундан сўнг талаба 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 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	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Томоша қиладилар Қатнашдилар 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		

Мавзуга оид саволлар:

1. Ўпка инфилтратларида қиесий ташхис.
2. Ўпка ноинфекцион инфаркти.
3. Касаллик турига қараб ўпка инфилтратларида УАВ тактикаси.
4. Мутахассис маслаҳатига курсатма.
5. Диспансер кузатув.
6. Амбулатор даволаш. Профилактика

Мавзунинг баёни

Ўпка инфилтрати билан кечадиган касалликлар каторига инфекцион - уткир зотилжам (крупоз ва учокли, стационар ва стационардан ташқари), сурункали зотилжам, упка йирингли касалликлари-дан бронхоэктаз касаллиги, упка абцесси, гангрена кабилар қиради. Бу касалликларнинг кузгатувчилари: стрептококклар, стафилококклар, фрид-лендер таёкчаси, вируслар ва бактериялар ассоциацияси, анаэроб флора, спираллар кабилардир. Касаллик юзага келишига мойиллик тугдирувчи омиллар, булар: совук қотиш, тамаки чекиш, спиртли ичимликларни истеъмол қилиш.

Ўпка абцесси ва гангрена

Ўпка абсцесси деб ўпка тўқимасининг чегараланган йирингли яллиғланишига айтилади. Ўпка гангренаши эса ўпка тўқимасининг чегарасиз яллиғланиб иришидир.

Этиология ва патогенези. Ўпка абсцессини йиринг хосил қилувчи микроорганизмлар, ўпка гангренасини эса чиритувчи микроблар вужудга келтиради.

Белгилари. Ўпка абсцессининг клиник кўриниши икки даврга бўлинади: биринчи даврда ўпка тўқимаси ириб бронхга очилади ва касалликнинг кечиши давом этади. Биринчи давр қисқа бўлиши ёки ўн кунгача чўзилиши мумкин. Бу даврнинг доимий белгиларидан бири гавда харорати кўтарилиб кўп терлашдир. Бемор йўталади, бикини оғрийди, умумий ахволи оғирлашади. Кони текширилганда нейтрофил лейкоцитоз қайд қилинади. Бемор объектив текширилганда кўкрак қафасининг зарарланган томони нафас олганда орқага кетиши кузатилади. Аускултация ва перкуссия қилинганда айтарли ўзгариш кузатилмайди. Фақат ўпканинг зарарланган қисмида ўтмас товуш эшитилади, шунингдек баъзан қуруқ хириллаш эшитилади. Балғам эса йирингли шилимшиқ бўлиб, қўланса хидли бўлмайди. Микдори ҳам кам бўлади. Иккинчи даврда кучли йўтал пайдо бўлиб, бемор кўп балғам ташлайди (суткада 50-100 мл, хатто 1-2 л.га етади) Балғам массаси қуюқ, йирингли, баъзан хира-яшил ёки қон аралаш бўлади. Баъзи ҳолларда бадбуй бўлиб, бу ҳол абсцесснинг гангренага айланишидан дарак беради. Балғам туриб қолса, икки қатламга ажралади. Пастки қатлам бир хил гомоген йирингли жигар ранг ёки кўк рангда бўлади. Юқори қатлами эса суюқ бўлиб, шилимшиқ кўпик массада иборат.

Ўпка гангренаши. Ўпка абсцессдаги каби, харорат юқори бўлишидан ташқари, жарён плеврага ҳам ўтиб ёнбошда оғриқ пайдо бўлади ва ўзоқ вақт бирдай тураверади. Айниқса йўталганда оғиздан келадиган қўланса хид гангренаининг доимий ва дастлабки белгисидир. Йўтал азобли бўлиб, кўп микдорда ажралган балғам кулранг, баъзан шоколад рангини эслатади. Юқори қатлами-суюқ, кўпирувчан, ўрта қатлами-лойқа, кўнғир тусли, пасткиси эса увоксимон массали бўлади. Балғам айниқса эрталаб кўп ажралади (500 - 800 мл)

Оқибати ва асорати. Ўпка абсцесси аксарият ҳолларда терапевтик даволашга мойил бўлиб, 4-5 ҳафта давомида бемор соғайиб кетади. Баъзан ўпкадан қон кетиши мумкин. Ўпка гангренасини эса даволаш қийин. Касалликдан йирингли плеврит асорати келади. Жиддий асоратлардан бири пиопнев-моторакс (йирингни плевра бўшлиғига ёриб ўтиши) бўлиб бунда беморнинг бикинида тўсатдан оғриқ пайдо бўлади. Баъзан коллапс руй беради. Хатто бемор ўлиб қолиши ҳам мумкин.

Даволаш ва парвариш қилиш. Бемор дарҳол касалхонага ётказилади. Асосан антибиотиклар: пенициллин, тетрациклин, терромицин, стрептомицин, канамицин, мономицинларнинг бири билан даволанади. Бунда микробларнинг антибиотикларга нисбатан сезувчанлигини аниқлаш катта аҳамиятга эга. Сульфаниламид препаратлари (сульфадимезин, норсульфазол) ҳам юборилади. Баъзан беморда кўнгил айнаши, тошма тошиши, кўпинча қичима каби кўшимча таъсирот кўрсатиши мумкин. Бу ҳолда сульфаниламид препаратларнинг дозаси камайтирилади, баъзан берилмайди. Ётоқ яра хосил бўлмаслигининг олдини олиш, балғам кўчишига қулай ҳолатда ётқизиш, яъни вақти-вақти билан қроватнинг оёқ ёки бошини (20-30 см) кўтариб қўйиш лозим, бемор таоми каллорияли айниқса оқсилга бой бўлиши керак.

Ўткир йирингли инфекцияларни даволаш асосан яллиғланиш ўчоғини чегаралашга қаратилади. Бунинг учун яллиғланиш ўчоғи атрофига новокаин ва антибиотиклар юбориш, вена ёки мушаклар орасига антибиотиклар юбориш, физиотерапевтик муолажалар тавсия этиш ва бошқа тадбирлар бажарилади. Бундан ташқари йиринглаган тўқимани йирингдан тозалаш, антисептик дорилар билан ювиш, гипертоник эритма билан тампон қўйиш ва бошқа тадбирлар бажарилади. Организмнинг иммун тизимини яхшилаш мақсадида витаминлар, аутогемотерапия, калорияли ва сифатли овқатланиш тавсия этилади. Ярани некроз массаларидан тезроқ тозаланиши учун протеолитик ферментлардан (химотрипсин, террилитин) фойдаланилади. Айрим ҳолларда иммуномодулятор препаратлари (тимолин, тимоглобулин в.б.) берилади. Антибиотиклар билан даволаш, фаол ва пассив эмлаш усулларидан фойдаланилади.

Пневмококкли пневмония (булакли пневмония) билан касалланган беморни рентгенограммаси

Булакли инфильтрация куриниб яккол намоен булган.



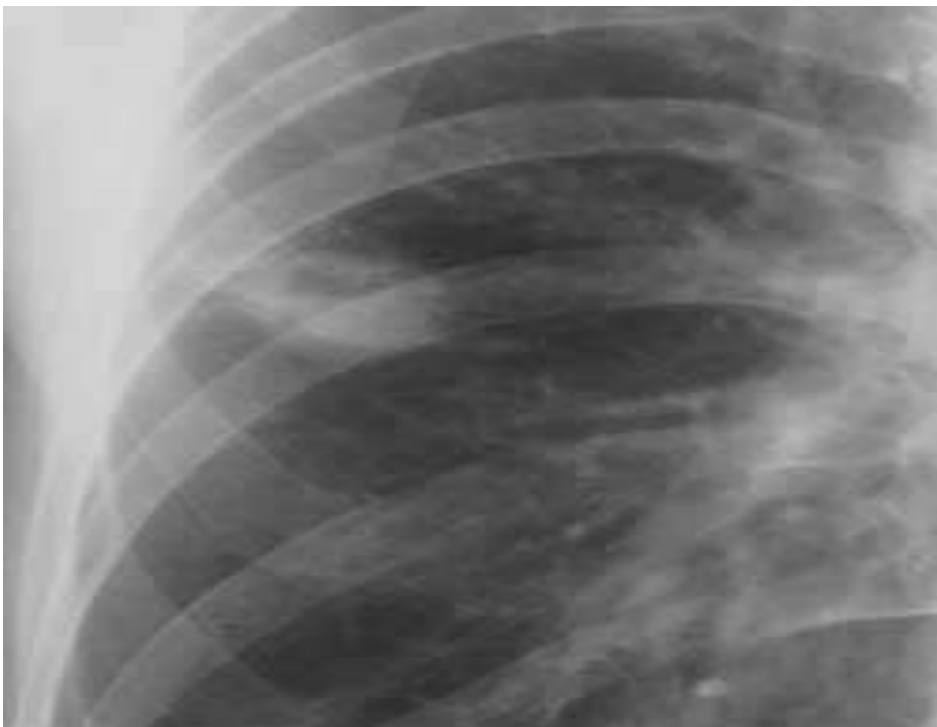
Чап ўпканинг юқори бўлаги инфильтратив сили (инфильтративный туберкулез)



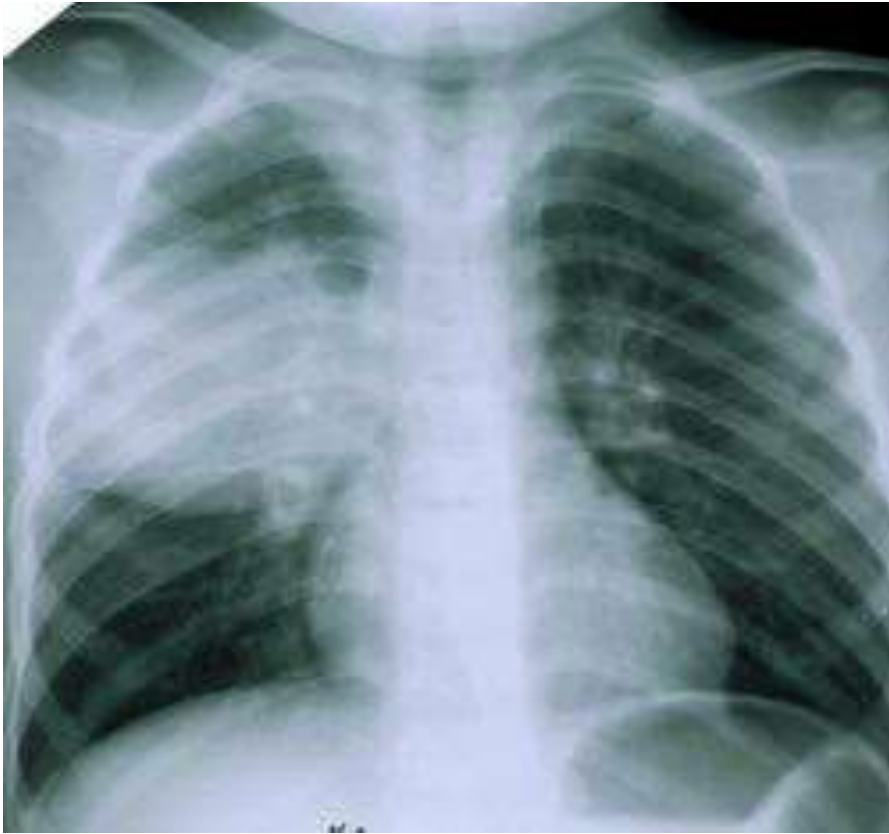
Ўнг ўпканинг пастки бўлаги (ўпка абсцесси рентгенограммаси)



Ўпканинг периферик раки рентгенограммаси



Ўпка эхинококки рентгенограммаси



Ўпканинг йирингли касалликларида УАВ тактикаси. Амбулатор даво. Госпитализацияга кўрсатма.

Даволаш.

- вена ичига суюқликлар юбориш (натрий хлорнинг изотоник эритмаси). Зарур бўлса бир неча литрча. Агар кон босими кутарилмаса инфузия тезлигини ошириш керак, қушимча допамин ёки плазма юборилади.
- Агар клиник куриниш менингококкли сепсисни эслатса ёки беморни умумий ҳолати оғир бўлса қуйидагиларни қилиш лозим:
 - касалхонага маълум қилиш ва бактериологик текширишга қон олиш (антибактериал даводан олдиқ)
 - антибактериал даво утқазиш (масалан бензилпенициллин (0,5-1 млн ЕД/г), цефуроксим, цефотоксим), узок инфузия характерида
 - дексаметазон 0,15 мг/кг (5-10мг вена ичига)
 - цитостатиклар, цефалоспоринларнинг III авлоди.
 - Врач беморни касалхонага кузатиши керак.

Комплекс даво воситалари:

- Жисмоний зуриқишни чегаралаш;
- Чеқишни ташлаш;
- Пархез;
- Дори воситалари

Дори воситалари билан даволаш

1.Бронх-упка касалликлари кузиш босқичида:

- Антибиотиклар;
- Балгам кучирувчилар;
- Тозаловчи бронхоскопия.

2.Систем васкулитларда:

- Глюкокортикоидлар;
- Ностероид яллигланишга карши воситалар;
- Цитостатиклар;
- Плазмофарез.

3. Бронхлар утказувчанлигини яхшиловчи препаратлар: - бронхолитиклар

- Антихолинергик препаратлар – атровент, беродуал;
- Селектив бетта-2 агонистлар-беротек, сальбутамол, узок таъсир этувчилардан-сальмотерол;
- Метилксантлар-эуфиллин вена ичига ёки шамча шаклида, узок таъсир этувчи теофиллин гурухидан-телонг, теопак, суткасига 2-марта;
- Корватон (мольсидимин)-стабил упка гипертензиясининг 2-3 даражаларида кулланилади;
- Периферик вазодилататорлар-нитратлар: узок таъсир этувчилардан нитронг, сустак, нитросорбит-20 мг.дан кунига 4 марта 1-1,5 ой давомида;
- АПФ ингибиторлари: каптоприл, капотен, тензиомен-суткалик дозаси 25, 75, 100 мг.дан, рамиприл 2,5-5 мг.дан;
- Сийдик хайдовчи воситалар: фурасемид, лазекс, калий сакловчилардан-верошпирон, тримтерен, триампур, спиронолактон.

4. Оксигенотерапия:

- Узок таъсир этувчи оксигенотерапия (ДОТ);
- Тунги узок таъсир этувчи оксигенотерапия

5. Упка артериясидаги босимга таъсир этувчи препаратлар:

- Нифидипин 40-80 мг.сут;
- Дилтиазем (дильзем)-75 мг;
- Верапамил-80,120, 140 мг.

Даво курси 3-4 хафтадан бошлаб, то 3-12 ойгача.

• Гемериологик бузилишларни коррекцияловчи препаратлар: гепарин 10000-15000 ТБ т/о га 2-3 марта суткасига, 10-14 кун давомида, Реополиглюкин 200-400 мл в/и хафтада 2 марта.

• Дезагрегантлар: курантил-0,025 мг.дан 4 марта ичишга, трентал 100-200 мг.дан 3-4 марта ичишга, ацетилсалицил кислотаси кичик дозада.

• Гемосорбция муоложалари;

• Эритроцитофорез касалларда кон куюклашганда кулланилади.

6. Профилактикаси

- ❖ Уни келтириб чиқарувчи касалликларга уз вақтида ташхис куйиш;
- ❖ Ортикча семириб кетишдан сакланиш;
- ❖ Оёк веналари яллигланишини (тромбофлебит)кунт билан даволаш;
- ❖ Бу касалларни уз вақтида диспансер назоратига олиб; кузатув олиб бориш.

Касалликни табиат неъматини билан даволаш усуллари. Нафас қисишида фойдали тадбирлардан бири, кўкракни ва бичинларни қўл ёки дағал сочиқ билан ишқалашдир. Айниқса бунда тик туриб нафас олиш фойдалидир, ишқалашни мўътадил ва ёғсиз курук қилиш керак, агар чарчаш пайдо бўлса, ёғ билан ишқалаш фойда беради. Нафас қисишда ич юришиб туриши лозим.

Бу касалликда суст бадантарбиядан, аста-секин тез бадантарбияга ўтиш ҳам қўлланиладиган тадбирлардан биридир. Аста-секин ўтилмасдан шошилса, бу нарса моддани қўпол равишда кўзгатиб бўғилиш пайдо қилади.

Нафас йўллари яллиғланганда бир пиёла суг ва бир ош қошиқ майдаланган маврак ўти (шалфей) бирга қайнатилиб, совутилади кейин яна қайнатилади, ва бу қайнатмани жуда иссиқ ҳолида кечкурун уйқудан олдин ичиш тавсия қилинади.

Нафас қисишида шунингдек бир литр сув қайнатилиб ва қайнаб турган сувга 400 г кепак солинади, уни тиндириб докадан ўтказилгач новвот қўшиб кун давомида ичилади. Ҳар куни ярим пиёла янга соғилган сут ичилса, оғир нафас олишда яхши фойда беради.

Сутли бўтқа ҳам ана шундай шифобахш хусусиятга эга.

Агар нафас нотекис бўлиб, кўкракдан хириллаш эшитилса, қора қўй думбаси ва пиёздан шўрва қилиб, 3 кун ичиш лозим.

Кўкрак оғриганда, нафас йўллари шамоллаганда, нафас қисишида, 100 г арокқа 40 г саримсоқ тозаланган пиёзбошисини бўтқа ҳолига келтириб солинади, унга ялпиз шарбати қўшиб бир ҳафта қўйиб қўйилади, сўнгра кунига 4 маҳал 15 томчидан овқатланишдан олдин ичиб турилади.

Тибетликларнинг айтишича сут ва сутли бўтқа танаввул қилиш билан кунни бошлаган экансиз, кечкурун ҳам шундай таом танаввул қилинг.

Халқ табобатида бу касални узил-кесил даволаш усуллари ва сон-саноқсиз дори - дармонлар бор. Биз улардан энг муҳимларини изоҳлаймиз. Ўйлаймизки, бизнинг усулимиз ва дори-дармонларимиз маъқул бўлади.

1. Иссиқлик овқатлар йўтални кучайтиради. Шу туфайли, қовурилган, ёғли овқатлар, қази, кабоб, сут, шўр, аччиқ мумкин эмас.

2. Дўкон ширинликлари, қандолатчилик маҳсулотлари, кофе, какао, музқаймоқ мумкин эмас.

3. Асал мумкин.

4. Ҳамма мевалар (ёнғоқдан бошқа) мумкин.

5. Ҳамма сабзавотлар мумкин.

6. Мош мумкин эмас.

7. Асосан суяқ овқатлар, айниқса, суяқ хамир овқатлар ичиш яхши.

8. Фақат суви қочган нон, қаттиқ нон, талқон мумкин.

9. Кун-ора ловия, нўхат истеъмол қилиш фойдали.

10. Ёз фасли бўлса, баданни яланғочлаб, офтобга чиқиб ётиш зарур.

Жавзо ойида кунига тўрт марта, ҳар чиқганда бир соат ётиш. Чиқишдан олдин қатик ичиб олиш, дам олганда қайнатилган ўрик сувидан иссиқ-иссиқ тўйгунча ичиш. Ётганда тўшаксиз тахтада, фанерда ётиш керак. Биринчи чиқишда осмонга қараб ётсангиз, иккинчи чиқганингизда ерга қараб ётинг. Саратон — сумбула ойларида офтобга чиқиш 4 марта, лекин, ярим соатдан. Мезон - куз ойида офтобга чиқиш бир кунда 10-12 соат.

Шамоллаш оқибатида инсон организмнинг нафас йўллари яллиғланади. Бундай ҳолда ҳарорат кўтарилиши, кучли йўтал хуруж қилиши мумкин. Қуйида биз кучли йўталга чалинганда фойдаланиладиган ўсимликлар хусусида сўз юритамиз.

Бир чой қошиқ тоза асал ва икки ош қошиқ арпабодиён ўсимлигини чойнакка солиб, устига сув қуйиб қайнатилади ва сўнгра докада сузилади. Ушбу қайнатмадан ҳар 1-2 соатда тез-тез ичиб туриш тавсия этилади.

Арпа, жавдар васулидан тенг миқдорда олинади ва унга бир дона аччиқ бодом мағзини солиб, ҳовончада талқон қилинади. Ушбу талқон сутга қўшиб ичилса, дардга даво бўлади.

Кашнич ўсимлиги уруғи ва илдизидан тенг бўлақларда олиниб, 0,5л. сувда 10 минут қайнатилади, сўнгра докадан сузилиб, иссиқроқ пайтида 4-5 маҳал. 2 ош қошиқдан ичилади.

Қасконда дамлаб пиширилган беҳи ва шолғом ҳам кўкракни юмшатади. Йўтални пишириш ва кўкракни юмшатиш мақсадида беҳи уруғини дамлаб ичиш ҳам тавсия этилади.

Агар йўтал қуруқ келса ёки намли бўлса, унда турпни майдалаб сабзи каби тўғралади ва уни қозонга солиб, устига шакар сепилади. 1-2 соат секин қиздирилгач, у ўзидан шарбат ажратади, ушбу шарбатни сузиб олиб кунига 3 маҳал овқатдан олдин 2 ош қошиқдан ичилади.

Тоғрайхон ўсимлиги таркибида эфир мойи, танид, каротин, С витамини ва бошқа турли моддалар бор. Тоғрайхоннинг бир чимдимини чойнакка солиб, устига қайнаб турган сув қуйилади ва сўнгра биров дамлайди. Кейин уни докадан ўтказиб, қунига 3-4 маҳал ярим пиёладан ичиш тавсия этилади. У нафас қисишига қарши ижобий таъсир кўрсатади. Нўхатни тез-тез истеъмол қилиш ҳам йўталга даво бўлиши мумкин. Бундан ташқари, отнинг сути ҳам йўтални даволаш хусусиятига эга.

Хулоса: Ўтилган мавзунини қайтадан ўзлаштириш, кундаликни ва мустақил ишларни дафтари тўлдириш, ҳамда кейинги мавзунини Плевритларда қиёсий ташхис. Қуруқ ва экссудатив плевритлар (геморрагик, йирингли, хилез). Пневмоторакс: бирламчи (спонтан) ва иккиламчи. Қиёсий даволаш. УАВ тактикаси ўқиб келиш.

6– мавзу: Плевритларда қиёсий ташхис. Қуруқ ва экссудатив плевритлар (геморрагик, йирингли, хилез). Пневмоторакс: бирламчи (спонтан) ва иккиламчи. Қиёсий даволаш. УАВ тактикаси.

6.1. Таълим бериш технологиясининг модели

Машғулот вақти – 7 соат	Талабалар сони : 9 – 10 гача
Машғулот шакли	Кириш-ахборотли машғулот.
Машғулот режаси	Плевритлар тугрисида маълумот бера туриб, унинг эрта диагностикаси, қиёсий ташхисини, рентгенологик, лаборатор узгаришлар ва даволаш тугрисида маълумотлар бериш, пневмоторакс турлари, дифференциал даволаш усуллари буйича билимларни мумтахкамлаш.
Ўқув машғутнинг мақсади:	Плевритлар, клиникаси, диагностикаси, қиёсий ташхис, даволаш, пневмотораксининг келиб чиқиш сабаблари, механизмлари, асоратлари, клиникаси, диагностикаси, қиёсий ташхис, даволаш ҳақида тулик маълумотларга эга бўлса, рентген диагностика, тахлили, лаборатор тахлиллар интерпретацияси
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.

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	Талабалар
1. Ўқув машғулотида 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.	Қатнашдилар: 7-курс даволаш ва тиббий педагогика факультети талабалари
2 – Асосий босқич. 245-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 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.	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Томоша қиладилар Қатнашдилар Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар
3. Яқуний босқич (45 дақиқа)	1. Яқунловчи хулоса қилади 2. Мустақил иш беради 3. Уйга вазифа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади
Жами: 315 дақиқа 7 соат		

Мавзуга оид саволлар:

1. Плевритларнинг келиб чиқиш сабаблари
2. Плевритларда қиёсий ташхис.
3. Плевритларнинг турлари
4. Курук плеврит, этиологияси, клиникаси, даволаш
5. Эксуддатов плеврит (геморрагик, йирингли, хилез), этиологияси, клиник куруниш, даволаш жараёни
6. Пневмоторакс: бирламчи (спонтан) ва иккиламчи.
7. Қиёсий даволаш. УАВ тактикаси

Мавзунинг баёни

Плеврит

Плеврит - плевра пардаларининг фибрин ёки плевра бўшлиғида яллиғланиш суякклиги - экссудат тўпланиши билан кечадиган касалликдир. Баъзан плевра бўшлиғида яллиғланиш билан боғлиқ бўлмаган равишда ҳар хил касалликлар сабабли патологик суяклик - трассудат тўпланиши билан кечадиган ҳолатлар ҳам шу ном билан аталади. Иккала ўпка ташқи томонидан висцерал плевра, улар жойлашган кўкрак қафасининг ички юзаси париетал плевра билан қопланган бўлиб, иккала плевра пардалари орасининг маълум ерларида плевра бўшлиғи мавжуд бўлади. Касаллик вужудга келганда шу ерларда суяклик тўпланиши мумкин.

Плеврит кўпинча мустақил касаллик эмас, 50 тадан зиёд касалликларда учрайди. У ўпка ёки камроқ ҳолларда плевра пардаларига кўшни аъзолар (кўкрак қафаси, кўкс оралиғи, диафрагма ости бўшлиғи) касалликлари асорати сифатида ривожланади. Баъзи ҳолларда плеврит тизимли касалликларнинг бир кўриниши - белгиси ҳисобланади. Плеврит касаллиги ривожланиш сабабларига кўра икки хил бўлади: инфекцион ва инфекция билан боғлиқ бўлмаган (асептик) плеврит.

Инфекцион плеврит сабаблари пневмококк, стафилакокк, сил таёкчалари, микоплазма, замбуруғ, протозой ва бошқалар бўлиши мумкин. Инфекция билан боғлиқ бўлмаган асептик плеврит сабаблари ўсмалар, лимфогранулематоз, бириктирувчи тўқиманинг тизимли касалликлари, жароҳатланиш (травма), ўпка инфаркти, ўткир лейкоз, геморрагик, диатез, инфарктдан кейинги Дресслер синдроми бўлиши кузатилади.

Плевритлар икки хил бўлади: қуруқ плеврит ва экссудатли плеврит. Қуруқ плевритда плевра пардаларининг яллиғланиши унинг юзасида биров фибрин тўпланиши билан кечади. Бунда висцерал ва париетал плевра пардалари яллиғланиши сабабли қизариб, шишиб қалинлашади. Қуруқ плеврит юқорида келтирилган сабаблар билан боғлиқ равишда ривожланиши мумкин. Сил касаллиги билан боғлиқ бўлган қуруқ плеврит плевра остида сил ўчоғи жойлашганда ёки у плевра бўшлиғига ёрилиб, тарқалиб кетганида, шунингдек, қон орқали тарқалганда юзага келиши мумкин. Баъзи ҳолларда қуруқ плеврит сил касаллиги бошланишининг биринчи белгиси сифатида касаллик юққанидан бир неча ой кейин ривожланиши мумкин.

Плеврит касаллигининг ривожланишида асосий сабабдан ташқари яна плевранинг гиперергик реакцияси билан кечадиган тана сезувчанлигининг ўзгариши аҳамиятга эга. Кўпинча қуруқ плеврит экссудатли плеврит ривожланишидан олдин пайдо бўлади.

Касаллик бирдан қаттиқ оғриқ билан бошланиши мумкин. Оғриқ париетал плевранинг қовурға соҳаси шикастланганда кўкрак қафасининг яллиғланиш ривожланган жойида пайдо бўлади. Плевранинг бошқа қисмлари яллиғланганда оғриқ елка мушакларида, ўнг қовурға остида, тўш суягининг орқасида ва қўлда бўлади. Оғриқ нафас олиш чўққисида, йўталганда, сўзлашганда, қарама-қарши томонга эгилганда кучаяди, касал томонини босиб ётганда эса камаяди. Энг кучли оғриқ касалликнинг бошланишида бўлади. Висцерал плевра яллиғланса оғриқ кучли бўлмайди. Экссудат пайдо бўлганда оғриқ камайиши ва йўқолиши мумкин. Қуруқ йўтал бўлиб, тана ҳарорати кўтарилмаслиги, гоҳида субфебрил бўлиши кузатилади. Нафас олганда кўкрак қафасининг яллиғланган томонидаги ҳаракат соғ томонига нисбатан сустроқ бўлади. Кўкрак қафасининг яллиғланиш жойлашган ери қўл билан енгил босилса оғрийди, мушаклар қаттиқлашгани аниқланади. Кафт орқали плевранинг ишқаланиш шовқини сезилади. Шунингдек, касаллик 1-3 ҳафта давом этиб тузалиши ёки экссудатли плеврит ривожланиши мумкин. Узоқ давом этадиган қуруқ плеврит ўпка ёки лимфа тугунчаларида фаол сил касаллиги мавжудлигидан далолат беради. Қуруқ плевритни даволаш чоралари асосий касалликларни (сил, зотилжам ва бошқалар) даволашдан иборат бўлади. Анальгетиклар, йўталга қарши дорилар берилади.

Экссудатли плеврит плевра пардаларининг плевра бўшлиғида яллиғланиш суякклиги - экссудат пайдо бўлиш билан кечадиган касалликдир. Экссудат сифатига кўра сероз,

фибриноз, гемorragик, йирингли, хилёз ва аралаш бўлади. Плевра пардалари яллигланиб, улардаги томирлар деворининг ўтказувчанлиги ошиб, плевра бўшлиғининг пастки ёнбошларида манфий босим таъсирида экссудат тўпланади. Экссудат кўпая борган сари ўпкадаги ҳавони сиқиб чиқариб, уни зичлайди, кўкс оралиғидаги аъзоларни соғ томонга суради. Натижада ўпка ва юрак иши ёмонлашади. Касаллик баъзи ҳолларда аста-секин, базида бирдан бошланади. Тана ҳарорати 39-40°C гача кўтарилиши, кўкрак қафасида санчиқли оғриқ бўлиши, қийнайдиган йўтал безовта қила бошлайди. Бемор мажбурий ҳолатда ўтириши (экссудат кўп бўлганда), баъзан касалланган ёнбошида ётганлиги кўрилади. Ҳансираш, кўкариш, терлаш, эт жунжикиши, беҳоллик, иштаҳасизлик, заҳарланиш белгилари кузатилади. Кўкрак қафасининг касалланган томони нафас олишда суст қатнашади ёки иштирок этмайди. Плеврада суюклик тупланиши ҳамма вақт ҳам плевра яллигланиши билдирмайди.

Плеврада суюклик тўпланиши кўринишлари

- *Экссудат*
- Транссудат (гидроторакс)
- Эмпиема (Пиоторакс)
- Гемоторакс
- Хилоторакс

Экссудат

- лойкаланади
- вақт утганда ивийди
- нисбий зичлиги 1018
- оксил 30-50г\л

Транссудат

- тиник
- ивимаиди
- нисбий зичлиги 1015 дан паст
- оксил 5-15 г\л

Транссудатлар сабаблари

- юрак етишмовчилиги
- нефротик синдром
- жигар циррози
- констриктив перикардит
- микседема
- УАТЭ
- перитонеал диализ

Экссудатлар. Сабаблари

Инфекциялар:

бактериал пневмония

туберкулез

вирусли инфекциялар

замбуругли инфекциялар

паразитлар

риккетсиялар

ёмон сифатли усмалар

бириктирувчи тукумалар диффуз касалликлари

Бошқа касалликлар:

УАТЭ

панкреатит

диафрагма ости абсцесси

травма/операция

дори воситалари (бромкриптин)

Клиникаси

Курук плеврит

зарарланган томонда кукрак кафасидаги огриклар
елкага, буйинга, коринга огрикнинг таркалиши
курук йутал
йуталганда, сог томонга эгилганда огрикнинг кучайиши

Хул плеврит

купинча симптомсиз кечади
кукрак кафасидаги огриклар нафас акти, йутал, аксириш ва ҳаракат билан боглик.
суюклик куп йигилганда хансираш
йутал □ курук ёки □ продуктив
тана харорати кутарилиши
чарчаш/холсизлик
асосий касаллик клиникаси

Белгилари

зарарланган томон нафас актидан қолади □
тахипноэ
перкутор - упка товушининг пасайиши
аускультация - нафас сустлиги
курук плевритда плевра ишқаланиш шовкини

Диагностик плевроцентез

Эксудат ёки трансудат?
Характер - йиринг, кон, суюклик тиниклиги
усма хужайралари
сил касаллиги кузгатувчиси

УАВ тактикаси

асосий касаллик аниқлаиб даволанади

□ суюклик куп тупланганда ва симптомлар кучайганда терапевтик торакоцентез
силга, усмага ёки кукрак кафаси жароҳатида мутахассис маслаҳати
Гемоторакс ва хилотораксда - албатта мутахассис куриги ва иккинчи звенода текшириш.
Плевритларда калит холатлар
Ёши - ёшлар - туберкулез
Карилар - рак, юрак етишмовчилиги
Эркаклар - упка раки, аёлларда - тухумдонлар, бачадон, кукрак беzi раки метастазлари.

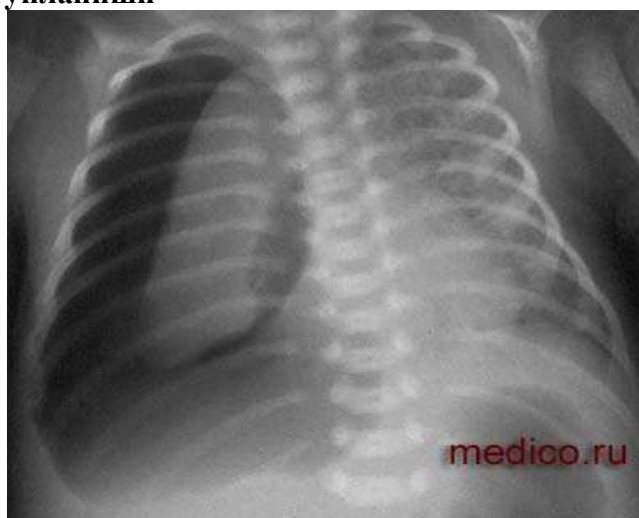
Пневмоторакс

Кўкрак бўшлиғи очилганда, масалан, жароҳатланишда ёки кўкрак ичи операция қилинганда плевра бўшлиғидаги босим атмосфера босимига тенг бўлиб қолади, ўпка бужмаяди ва кўкрак қафаси нафас ҳаракатларига эргашмайди, очиқ пневмоторакс вужудга келади. Ўпкага трахея орқали сунъий йўл билан ритмик равишда ҳаво юбориб турилмаса, икки томонлама очиқ пневмоторакс ўлимга олиб боради. Одамнинг кўкрак деворини шприц игнасида тешиб, плевра бўшлиғига озгина ҳаво юбориш йўли билан сунъий ёпиқ пневмоторакс вужудга келтирилса, ўпка қисман бужмаяди. Қисман бужмайган бундай ўпка Дондерс моделидаги ўпка сингари нафасда қатнашаверади; нафас олиш пайтида кенгаяди ва нафас чиқариш пайтида пучаяди. Бироқ ўпканинг эластик чўзилиш кучи камаяди, бу эса сил касаллиги билан оғриган беморларда ўпка тўқимасининг парчаланишидан ҳосил бўлган патологик бўшлиқлар (каверналар) нинг беркилишига ва яллиғланиш процессларининг битишига ёрдам беради. Бироз вақт ўтгач плевра бўшлиғидаги ҳаво сўрилиб кетади ва ўпка яна ёзилади. Пневмотораксни саклаб туриш учун плевра бўшлиғига қайтадан ҳаво юбориш зарурати шундан келиб чиқади.

Меъёрий упка



Плеврада суюклик тупланиши



Пневмоторакс рентген куриниши



**“Ручка – стол марказида” иш ўйинини ўтказиш усули
Иш ўйини саволлари:**

- 1-гурух:** Плевритларнинг этиопатогенези.
- 2-гурух:** Плевритларнинг таснифи, клиник кўринишлари
- 3-гурух:** Плевритларнинг лаборатор-инструментал диагностикаси.
- 4-гурух:** Плевритларни қиёсий таққослаш
- 5-гурух:** Плевритларни даволаш.

Хулоса: Уйга вазифа-ўтилган мавзуни тўлиқ ўзлаштириш ва эртанги мавзуга: Ўпка интерстициал касалликлари қиёсий ташхиси. Фиброзли альвеолит (Хаммен-Рич синдроми), сурункали ва тез авж олувчи кечиши. Аллергик альвеолит. Саркоидоз. Клиникаси. Ташхиси. Ренгенологик боскичлари. Муковисцидоз иавзуларини ўқиб келиш.

7 – мавзу: Ўпка интерстициал касалликлари қиёсий ташхиси. Фиброзли альвеолит (Хаммен-Рич синдроми), сурункали ва тез авж олувчи кечиши. Аллергик альвеолит. Саркоидоз. Клиникаси. Ташхиси. Ренгенологик боскичлари. Муковисцидоз. Наслий мойиллик ахамияти. Клиника, диагностикаси ва кечишининг хусусиятлари. Касаллик турига қараб УАВ тактикаси. Мутахассислар маслаҳатига кўрсатма. Диспансер назорати. Амбулатор даволаш. Профилактика.

7.1. Таълим бериш технологиясининг модели

Машғулот вақти – 7 соат	Талабалар сони : 9 – 10 гача
Машғулот шакли	Кириш-ахборотли машғулот.
Машғулот режаси	- Ўпканинг интерстициал касалликларини турларини тушунтириш; - Ўпканинг интерстициал касалликларининг келиб чиқиш сабаблари, патогенези, таснифи, клиник кўринишлари ва даволаш принципларини тушунтириш.
Ўқув машғулотнинг мақсади:	Талабаларга ўпканинг интерстициал касалликларининг келиб чиқиш сабаблари, клиникаси, турлари, қандай ҳолатларда кузатилади ва диагностикаси тўғрисида маълумотлар бериш.
Таълим бериш усуллари	Кўргазмалар, 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 15 дақиқа	1. Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2. Кириш маърузаси учун такдимот слайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	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.	Қатнашдилар: 7-курс даволаш ва тиббий педагогика факультети талабалари
2 – Асосий босқич. 245-дақиқа	1. Талабаларни кичик гуруҳларга бўлиб, мавзу бўйича саволларни беради. “Қор парчаси” усули: Гуруҳ иккига бўлинади.. Ҳар иккала кичик гуруҳга биртадан муаммоли савол ёки вазиятли масала берилади ва қайси гуруҳ кўп тўғри жавоблар бериши ҳисоблаб борилади. Ҳар бир тўғри жавоб “Қор парчаси” билан рағбатлантирилади. Кўп “Қор парчаси” тўплаган гуруҳга аъло баҳо қўйилади. 2. Кўргазмалар плакатлардан фойдаланади 3. Слайдлар, мультимедиялардан 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 Қатнашдилар Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар
3. Яқуний босқич (45 дақиқа)	1. Яқунловчи хулоса қилади 2. Мустақил иш беради 3. Уйга вазифа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади
Жами: 315 дақиқа 7 соат		

Мавзуга оид саволлар:

1. Ўпка интерстициал касалликлари деганда нима тушунилади-таъриф беринг?
2. Фиброзли альвеолит (Хаммен-Рич синдроми) этиологияси.
3. Фиброзли альвеолит (Хаммен-Рич синдроми) патогенези
4. Фиброзли альвеолит (Хаммен-Рич синдроми) клиникаси
5. Фиброзли альвеолит (Хаммен-Рич синдроми) диагностикаси
6. Фиброзли альвеолит (Хаммен-Рич синдроми) лаборатор ва инструментал текшириш усуллари

7. Фиброзли альвеолит (Хаммен-Рич синдроми) УАВ тактикаси, диспансер назорати, амбулатор даволаш, профилактика, мутахассислар маслаҳати.
8. Аллергик альвеолит этиологияси
9. Аллергик альвеолит патогенези
10. Аллергик альвеолит клиникаси
11. Аллергик альвеолит диагностикаси
12. Аллергик альвеолит лаборатор ва инструментал текширишлардан рентгенологик босқичлари
13. Аллергик альвеолитда УАВ тактикаси, диспансер назорати, амбулатор даволаш, профилактика, мутахассислар маслаҳати.
14. Муковисцидоз. Наслий мойиллик ахамияти, клиник кўринишлари.
15. Муковисцидоз касалигининг кечишининг хусусиятлари. Касаллик турига қараб УАВ тактикаси. Мутахассислар маслаҳатига кўрсатма.
16. Муковисцидозни профилактикаси. Диспансер назорати.
17. Саркоидоз этиологияси.
18. Саркоидоз касаллигини келиб чиқиш механизми
19. Саркоидоз касаллигини клиникаси
20. Саркоидоз диагностикаси
21. Саркоидоз касаллигини лаборатор ва инструментал текширишлардан рентгенологик босқичлари
22. Саркоидоз касаллигини УАВ тактикаси, диспансер назорати, амбулатор даволаш, профилактика, мутахассислар маслаҳати.

Мавзунинг баёни

Кириш.

Муковисцидоз (ошқозон ости беги кистофибрози) - генетик детерминацияланган ирсий эндокринопатиядир. Ёш болаларда куп учрайдиган ирсий касаллик хисобланади. Турли муаллифларнинг курсатишича бу касаллик янги тугилган чакалоқлар орасида 1:200 нисбатида учрайди. Хозирги вақтда муковисцидознинг 3 та асосий шакллари ажратилади:

1. Аралаш шакли - 80%
2. Респиратор шакли - 15%
3. Ичак шакли - 5%

Бронх ва упкадаги узгаришлар бошқа белгиларга қараганда устун турали ва 90% дан ортиқ беморларда муковисцидознинг прогнозини белгилайди. Доимий йутал, бронхорей, хансираш, характерли фихикал узгаришлар бронхларнинг антинатал зарарланиш белгилари булмай, энг аввало бу белгилар шиллик каватдаги яллигланиш натижасидаги узгаришларни ифодалайди.

Балгамнинг жуда куюк булиши унинг эвакуациясини кийинлаштиради ва бронхиал дарахтнинг бактериал зарарланишига олиб келади. Натижада бронх деворлари яллигланиб, шишади ва инфильтрация пайдо булиб, мукоцелиар клиренс бузилади. Бундай узгаришлар асосида кучли, кинайдиган йутал пайдо булади, купинча хуружли, кукйуталга ухшаш, доимий булади. Клиник-рентгенологик узгаришларни кискача куйидагича ифодалаш мумкин.

Латент ёки нолинчи босқичдан кейин касалликнинг 1-босқичи – рецидивланувчи бронхит бошланади, унда доимий булмаган. хатто 10 йилгача давом этадиган йункционал узгаришлар кузатилади. Касалликнинг 2-босқичида сурункали бронхит клиникаси намоён булиб, унинг ривожланиши асосида упка-бронх системасидаги узгаришлар ётади. Бемор вақти-вақти билан сурункали йуталади. Айниқса, бундай хуружлар эрталаб ва жисмоний зуриқишда кучаяди, нам хириллашлар билан бирга кузатилади. Бу босқич 1 йилдан 15 йилгача давом этиши мумкин.

3-боскич – диффуз пневмосклероз боскичи булиб, бу боскичда чегараланган пневмосклероз зоналари, бронхоэктазлар, кисталар, кучли ифодаланган юрак етишмовчилиги белгилари унги коринча типиди булади. Бу боскич 3-5 йил давом этади.

4-боскичда юкорида курсатилган узгаришлар фониди респиратор ва кардиал етишмовчилик ривожланади. Натижада улим хам кузатилиши мумкин.

Ичакли формасида ёгли, ёмон хидли, шакланмаган нажас кузатилади, метиоризм хам булади. Нажаснинг бундай узгариши ёг, оксил ва углеводлар алмашинувининг бузилиши, сурилишининг бузилишидан келиб чиқади. Овкат хазм килишининг бузилиши натижасида гипотрофия ривожланади, лекин купчилик беморларда иштаха яхши булади. Бундай касалликларда упка рентгенограммаси полиморф булади. Доимо эмфизема кузатилади. Тушнинг кишайиши натижасида ретростернал бушлик бироз очилади, кобургалараро ёриклар хам кенгайди, умуртка поганасининг кукрак кисмида кифоз булади, кардиоторакал нисбат камаяди. Упка суратининг рентгенограммасида кучайганлиги ва деформацияланганлиги куринади. Бронх девори зичлангани хисобига думалок ёки чизиксимон соялар, тугунли кистали узгаришлар, 0,5 см гача булган юмалок соялар ва ёриклар куринади. Муковисцедоз билан касалланган беморларнинг ташки нафас фаолияти текширилганда, уларда обструктив ва рестриктив бузилишларнинг комбинацияси аникланади. Беморларнинг гуморал, хужайравий иммунитетларини текширилганда, уларда бирламчи дефект аникланмайди. Муковисцедозни ташхислашда юкорида курсатилган респиратор ва ичак синдромларининг рентгенологик курсаткичлари хамда тер электролитларининг 2-5 марта ортиши ёрдам беради. Тер электролитларини дифференциал текшириш - тери синамаларининг ишончли ва хакикийлигини курсатади. Терида хлоридлар концентрацияси 60 ммоль/л га тенг булиши ёки ундан юкори булиши клиник ташхис - муковисцедозни тасдиклашга ёрдам беради. Тери синамаларининг юкори чегарали курсаткичларида ошкозон ости беши ферментларини дуоденал шира, кон ва сийдикда аниклаш керак булади. Муковисцедоз билан огриган болаларни даволаш кийин ва хануз ечилмаган масала хисобланади. Бронхиал секретнинг эвакуациясини яхшилаш учун муколитик воситалар билан ингаляциялар килинади. Шу билан бирга ЛФК, позицион дренаж, кукрак кафасининг вибрацион массажи, умумий массаж килинади. Юкорида курсатилган муолажалардан наф булмаганда даволовчи бронхоскопия килинади. Ацетилцистеин билан бронхиал дарахтни ювилади (бронхиал лаваж).

Упка-бронх системасида кузатиладиган патологик жараёнда, ОРВИда антибактериал даво утказилади. Бундан мақсад, бактериал флоранинг активлаштирмаслик.

Ошкозон ости беши функцияси бузилганда панкреатин ёки панкреатин ёки панзинорм, ичак ферментларини, липотроп моддаларни сакловчи комбинирланган дори воситалари билан коррекция килинади.

Иммунтанкислик холатлар

Бирламчи (тугма) ва иккиламчи (орттирилган) булади. Сурункали нафас йуллари касалликлари билан огрийдиган болаларда гуморал иммунитетдаги узгаришлар, яъни иммуноглобулинларнинг асосий синфи нисбатларининг камайиши 30% холатларда учрайди. Купчилик беморларда бу узгаришлар транзитор булиб, уларнинг давомийлиги упка-бронх патологиясининг шакли, огирлик даражаси, касаллик боскичи билан корреляцияланади. Шунинг учун бу касалликларни орттирилган, иккиламчи дисгаммаглобулинемиялар каторига киритилади. Энг ката диагностик ахамиятга бирламчи генетик тасдикланган иммунтанкислик холатлари кузатиладиган болаларда хаётининг биринчи ойларида тез-тез респиратор ва инфекцион касалликлар билан огриш кузатилади. Натижада уларда икки томонлама отитлар, пиодермия, фурункулёз, диарея асорат сифатида ривожланади. Иммунтанкислик холатини хар кандай типиди беморларда прогрессирланувчи, таркалишига мойил, септик асоратлар билан ифодаланадиган, тез ривожланувчи чегараланган пневмосклерозга олиб келувчи

пневмония кузатилади. Жуда огир пневмониялар эрта болалик даврида, асосан хаётнинг биринчи ойларида кузатилади. Бу пневмония тугма комбинирланган иммунопатия билан ёки гуморал звенодагина узгаришлари булган (гипогаммаглобулинемия), кам узгаришлари бор ёки нормал хужайравий иммунитетга эга беморларда кузатилади. Бундай беморларда касаллик уткир, тана хароратининг кутарилиши (38,5-39,5°C) билан бошланади. Уларда нафас етишмовчилик белгилари, токсикоз, йутал, кукракда огрик кузатилади. Физикал узгаришлар таркалган, айникса, инфильтрат бор сохада куп таркалган булади. Патологик жараён таркалган, полисегментар, бир ёки иккитомонлама булади. Купчилик беморларда касаллик тез-тез кайталанувчи типда кечади ва огир йирингли касалликлар курунишида асоратланади. Купчилик беморларда коннинг морфологик узагаришлари лейкоцитоз, нейтрофилез, лейкоцитар формуланинг чапга силжиши, тезланган ЭЧТ (20-40 мм/с), иккиламчи гипохром камконлик билан ифодаланади. Хужайравий иммунитет пасайган холатларда лейкопения ёки лейкоцитларнинг нормал миқдори фонида лимфопения кузатилади. Шу билан бирга катталашган лимфа тугунларининг сони ва улчамлари камаяди, бодомча безлари хам кичиклашади. Даволаш чоралари бошка респиратор касалликларидаги каби - антибактериал даводан иборат. Даво кури бошка респиратор касалликларга караганда давомли булиб, баъзи холатларда бир неча ойгача давом этиши мумкин, бунда антибактериал препаратларни узгартириб туриш керак беллади.

Кортикостероид дори воситалари иммунодепрессив таъсирга эга булганлиги учун уларни беморларга тайинламаймиз. Даволашда уринбсар ва стимулловчи терапия (натив хардоб, γ -глобулин юбориш) алохида ахамиятга эга. Специфик даво чоралари хозиргача аникланмаган, лекин бу масала устида олимлар изланишлар олиб бормокдалар (лейкоцитар масса, трансфер омиллар, суяк кумиги трасплантацияси). Гемосидеринни тупланиши билан ифодаланадиган холат булиб, альвеолаларга диффуз кон куйилганда бу холат кузатилади. Бу холат упка капиллярларида сурункали юкори босим булганда, эритроцитлар экстравазацияси булганда (митрал стеноз ёки чап коринчанинг бошка етишмовчилигида), таркалган васкулитларда ривожланиши мумкин. Бир неча омиллар - упка эластик тукумасидаги тугма нуксонлар, бошка омиллар – интерстициядаги сурункали яллигланиш учоклари борлигини сабаб деб биладилар. Бу касалликда альвеолаларда кон куйилишлар булади, кейинчалик темир тузлари кон томир ва бронхларга иммиграцияланади, фиброз ривожланади ва альвеолалар орасидаги тусиклар калинлашади. Альвеолаларда ва лимфа тугунлари синусларида гемоглобиндан куп миқдорда гемосидерин хосил булади. Касалликнинг биринчи симптомлари булиб хансираш, баъзида обструктив типда, пневмонияли статус, кам холларда кон туфлаш ёки йуталганда занг рангидаги балгам ажралиши хисобланади. Беморларда камконлик белгилари кузатилади. Рентгенологик узгаришлар: куп сонли майда ва йирик учокли соялар, баъзи жойларда улар бирлашиб кетган булади. Куп холатларда лимфа безлари катталашган булади. Иккала упка пахта билан копланганга ухшайди. Типик клиник манзараси (кон туфлаш, камконлик, упкалардаги узгаришлар) ва балгамда гемосидерофагларни аникланиши асосида ташхис куйиш кийин эмас. Идиопатик гемосидероз билан касалланган беморларни даволашни кортикостероид даво воситалари куллашдан (преднизолон 1,5-3 мг/кг/с) бошлаш керак, кортикостероидлар билан бирга иммунодепрессантлар – изатиоприн 3 мг/сут., циклофосфамид 2 мг/кг/сут. сериш керак. Бу дори воситаларини касалликни уткир аврида ва ушлаб турувчи даво сифатида хам ишлатиш мумкин.

Хаммен-Рич касаллиги (идиопатик фиброзланнадиган альвеолит)

Бу упканинг интерстициал тукумасидаги номаълум этиологияли патологик жараён булиб, бунда прогрессирланувчи пневмофиброз окибатида нафас етишмовчилиги кучайиб боради. Касалликнинг клиник суратини ифодаловчи асосий патологик субстрати булиб, альвеолалараро тусикларнинг калинлашуви ва зичлашуви хисобланади. Шу билан бирга альвеолалар ва капиллярлар фиброз тукума билан облитерацияланиши хам кузатилади.

Альвеолалар аро тусикнинг зиланиши ва калинланиши даражасига караб, упканинг диффуз кобилияти даражаси, артериал гипоксемиянинг ифодаланиши, нафас етишмовчилиги даражаси ифодаланади. Рентгенологик белгиларнинг пайдо булиши, одатда, асосий клиник белги – хансирашнинг пайдо булишига тугри келади. Касалликнинг турли боскичларида рентгенологик белгилар турли ифодаланган булади. Касалликнинг бошлангич боскичи (интенсив шиш ва интерстициал «яллигланиш» боскичи) да рентгенограммада кушимча элементлар пайдо булиб, упканинг сурати аник курунмайди, илдиз структураси йуколади, субплеврал реакцияси, суратнинг турсимон деформацияси билан ифодаланади. Касалликнинг прогрессирувланиши билан упка суратидаги фиброзли узгаришлар кучайиб боради, патологик узгаришлар таркалган булади, майда пуфакчалар хосил булади ва рентгенограммада «уяли» упка сурати курунади.

Бу касаллик 3 та асосий кетма-кет келадиган боскичлардан иборат. Бу боскичларда узига хос белгилар, иммунологик статусда узгаришлар булади.

I. - экссудация боскичи (альвеолалараро тусикларга сероз суюклик киради, Ig A ва Ig E гиперсинтези кузатилади)

II. - альвеолит боскичи (хужайра элементларининг альвеолаларга инфльтрацияси)

III. - интенсив фиброз боскичи.

Даволаш: Хар бир боскичда шундай дори воситаларини куллаш керакки, бу препаратлар патологик учокларга таъсир килиши ва коррекциялаши керак. Шу сабабли касалликнинг I боскичида юкори антиэкссудатив хусусиятга ва кам антипролифератив, имносупрессив хусусиятларга эга булган дори воситаларини ишлатиш керак. Юкоридаги хусусиятларга эга булган препаратларнинг ичида энг самаралиси - кортикостероидлардир.

Альвеолит боскичида - коллаген етилишини ва гиперфункциясини тормозлайдиган дори воситалари ишлатилади. Иммунологик статусда кучли узгаришлар булганда, имносупрессантлардан азатиоприн, кам холларда циклофосфан ишлатилади. Интерстициал фиброз боскичида купренил яхши самара беради, ўпка тукумасининг фаоллик хусусиятларини узгартиради. Бириктирувчи тукуманнинг диффуз касалликлари каторига бир нечта касалликлар кириб, уларни коллагенозлар дейилади. Уларнинг купида упка тукумасида ёки плевра бушлигида узгаришлар кузатилади. Системали кизил югурикда гистологик суратда кон томирларининг зарарланиши кузатилади ва бу жараён капиллярларнинг базал мембранасини калинлашуви билан ифодаланади. Капиллярит, альвеолит, альвеолаларда гиалин мембраналарининг ривожланиши, львеолалар аро тусикларда фиброзли некроз ривожланади.

Тугунчали периартереит учун упка ва бронх артериялари шохларининг васкулити хос булади. Периартериитлар шишга, тромбоз ва кон куйилишларга олиб келади, натижада бушликлар шаклланиши мумкин. Системали склеродермияда альвеолалар аро тусикларнинг прогрессирувланувчи фибрози кузатилади. Бу кон томирларда маълум узгаришлар натижасида, шунингдек, альвеоляр-капилляр блок, шиш фибробластларнинг пролиферацияси натижасида келиб чиккан патология хисобланади. Диффуз фиброзли кисталар хосил булиши билан кузатилиши мумкин. Дерматомиозит упка паренхимасида фиброз узгаришларнинг ривожланишига олиб келиши мумкин. Шу билан бирга нафас мушакларининг зарарланиши натижасида келиб чикадиган респиратор бузилишлар хам катта ахамиятга эга, чунки дисфония келиб чикади ва аспирацион жараён ривожланиши мумкин. Юкорида курсатилган узгаришлар клиникада васкулит ёки фиброз, ёки уларнинг бирлашмаси курунишида намоён булиши мумкин. Васкулит купинча касалликнинг уткир кечишида намоён булиб, аник симптомларга эга булади. У бронхиал астма, ларинготрахеитга ухшаш клиник белгиларга эга булиши мумкин. Жараён авж олган вақтда хансираш, цианоз кучли ифодаланади. Хикилдок ва бронхлар зарарлангани учун кучли кийнайдиган йутал безовта килади, инфаркт ривожланганлиги учун кон туфлаш кузатилади. Аосан турли калибрдаги нам хириллашлар эшитилади, купинча

крепитацияланади. Рентгенологик узгаришларлардан куйидагилар кузатилади - упка тиниклиги камаяди, пастки медиал булимларда кучлироқ ифодаланган булади. Катта булмаган учокли, аниқ чегарага эга булмаган соялар купрок учрайди. Миграцияланган инфильтратлар ҳам булиши мумкин. Фиброз узгаришлар фиброзланувчи альвеолитни ёки интерстициал пневмонияни эслатади. Альвеоляр - капилляр блок билан гипоксия асосий симптомларни курсатади: хансираш, вентиляциянинг рестриктив узгаришлари. Курук ва нам хириллашлар касалликнинг шу шаклининг симптомларидир. Фибрознинг рентгенологик белгилари бронх-кон томир суратининг деформацияси ва диффуз кучайиши билан ифодаланади. Бириктирувчи тукиманинг диффуз касалликларида упкадаги узгаришларнинг диагностикаси касалликнинг клиник белгиларини ҳисобга олган ҳолда килинади. Коллагенозларнинг маълум шаклларида томирлардаги узгаришларнинг ифодаланишига қараб жараённинг активлиги ва кечиши хақида фикр юритиш мумкин. Даволаш: кортикостероидларни вақтида куллаш коллагенозларда кузатиладиган упкадаги узгаришларни тулик даволашга имконият беради. Иккиламчи инфекцияга гумон булганда кенг спекторли антибиотиклар буюрилади.

Интерфаол усул:

“Қор парчаси” усули:

1. Гуруҳ иккига бўлинади.
2. Ҳар иккала кичик гуруҳга биртадан муаммоли савол ёки вазиятли масала берилади ва қайси гуруҳ кўп тўғри жавоблар бериши ҳисоблаб борилади.
3. Ҳар бир тўғри жавоб “Қор парчаси” билан рағбатлантирилади.
4. Кўп “Қор парчаси” тўплаган гуруҳга аъло баҳо қўйилади.

«КИМ КЎПРОК? КИМ ТЕЗРОК?» ЎЙИНИ

23. Ўпка интерстициал касалликлари деганда нима тушунилади-таъриф беринг?
24. Фиброзли альвеолит (Хаммен-Рич синдроми) этиологияси.
25. Фиброзли альвеолит (Хаммен-Рич синдроми) патогенези
26. Фиброзли альвеолит (Хаммен-Рич синдроми) клиникаси
27. Фиброзли альвеолит (Хаммен-Рич синдроми) диагностикаси
28. Фиброзли альвеолит (Хаммен-Рич синдроми) лаборатор ва инструментал текшириш усуллари
29. Фиброзли альвеолит (Хаммен-Рич синдроми) УАВ тактикаси, диспансер назорати, амбулатор даволаш, профилактика, мутахассислар маслаҳати.
30. Аллергик альвеолит этиологияси
31. Аллергик альвеолит патогенези
32. Аллергик альвеолит клиникаси
33. Аллергик альвеолит диагностикаси
34. Аллергик альвеолит лаборатор ва инструментал текширишлардан рентгенологик босқичлари
35. Аллергик альвеолитда УАВ тактикаси, диспансер назорати, амбулатор даволаш, профилактика, мутахассислар маслаҳати.
36. Муковисцидоз. Наслий мойиллик ахамияти, клиник кўринишлари.
37. Муковисцидоз касалигининг кечишининг хусусиятлари. Касаллик турига қараб УАВ тактикаси. Мутахассислар маслаҳатига кўрсатма.
38. Муковисцидозни профилактикаси. Диспансер назорати.
39. Саркоидоз этиологияси.
40. Саркоидоз касаллигини келиб чиқиш механизми
41. Саркоидоз касаллигини клиникаси
42. Саркоидоз диагностикаси

43. Саркоидоз касаллигини лаборатор ва инструментал текширишлардан рентгенологик босқичлари
44. Саркоидоз касаллигини УАВ тактикаси, диспансер назорати, амбулатор даволаш, профилактика, мутахассислар маслаҳати.

Хулоса.Талабаларга уйга вазифа эртанги кун мавзусини ўқиб, ўзлаштириб келиш.

8–мавзу: Иситмалаш. Иситмалаш синдроми билан кечувчи корин бушлиги ва корин парда бушлиги органлари касалликларини қиёсий ташхиси (корин бушлиги йирингли инфекциялари, чанок бушлиги органлари яллигланиш касалликлари, остеомиелит, кон томир ичи инфекцияси, бактериал эндокардит, томир ичи инфекциялари: бактериал эндокардит, томир ичига қуйилган катетерлар натижасида юзага келган инфекцион асоратлар).

8.1. Таълим бериш технологиясининг модели

Машғулот вақти – 5 соат	Талабалар сони : 9 – 10 гача
Машғулот шакли	Кириш-ахборотли машғулот.
Машғулот режаси	1. Иситмалаш синдроми билан кечувчи корин бушлиги ва корин парда бушлиги органлари касалликлари мурожаат килувчи беморларни олиб бориш тактикаси 2. Иситмалаш синдроми билан кечувчи корин бушлиги ва корин

	<p>парда бушлиги органлари касалликларининг клиник кечиш хусусиятлари.</p> <p>3. Уларнинг ташхиси ва киёсий ташхиси</p> <p>4. Қорин бушлиги ва қорин парда бушлиги органлари касалликлари натижасида келиб чиққан иситмаларда УАВ тактикасини аниклаш</p>
Ўқув машғулунинг мақсади:	Иситмалаш синдроми билан кечувчи қорин бушлиги ва қорин парда бушлиги органлари касалликлари билан касалланган беморларни олиб бориш тактикасини талабаларга ургатиш. Қорин бушлиги ва қорин парда бушлиги органлари касалликлари натижасида келиб чиққан иситмаларда УАВ тактикасини аниклаши.
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.

8.2. Амалий машғулунинг технологик картаси.

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёрлов босқичи 15 дақиқа	<ol style="list-style-type: none"> 1. Аудитория тозалигини назорат қилади 2. Талабаларни машғулотга тайёргарлигини текширади 3. Давоматни назорат қилади 	Талабалар
1. Ўқув машғулотида кириш босқичи (15 дақиқа)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2. Кириш маърузаси учун тақдимот слайдларини тайёрлаш. 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш. 	Қатнашдилар: 7-курс даволаш ва тиббий педагогика факультети талабалари
2 – Асосий босқич. 150-дақиқа	<ol style="list-style-type: none"> 1. Талабаларни кичик гуруҳларга бўлиб, мавзу бўйича саволларни беради. “Асалари уяси” иш ўйини: Ушбу усул муаммони бутун гуруҳ билан ёки 2 гуруҳга бўлиниб ҳал этиши учун мўлжалланган. Топшириқ ҳар хил бўлиши ёки бирта топшириқ бутун гуруҳга берилиши мумкин, 10-15 минутда гуруҳ муаммони ечиш йўлини таҳлил қилиб ҳамкасбларига доклад қилади ва энг яхши вариант танланади. 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 	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Томоша қиладилар Қатнашдилар Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар
3. Яқуний босқич (45 дақиқа)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Яқунловчи хулоса қилади 2. Мустақил иш беради 3. Уйга вазифа беради 	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади
Жами: 225-дақиқа 5 соат		

Мавзуга оид саволлар:

1. Иситмалаш. Хароратнинг турлари, хароратни улчаш жойлари
2. Иситмалаш синдроми билан кечувчи корин бушлиги (корин бушлиги йирингли инфекциялари, чанок бушлиги органлари яллигланиш касалликлари)
3. Иситмалаш синдроми билан кечувчи корин парда бушлиги органлари касалликларини киёсий ташхиси (остеомиелит, кон томир ичи инфекцияси, бактериал эндокардит, томир ичи инфекциялари: бактериал эндокардит, томир ичига куйилган катетерлар натижасида юзага келган инфекцион асоратлар).
4. Иситмалаш синдроми билан кечувчи касалликларнинг асоратлари
5. Иситмалаш синдромида УАВ тактикаси

Мавзу баёни

Иситма билан кечувчи касалликлар амалиёт врачлари фаолиятида муҳим аҳамият касб этади. Уларни вақтли ва киёсий ташхислаб, даволаш врач уларга катта кийинчиликлар тугдирмоқда. Иситма на фақат юқумли касалликларда балки соматик касалликларда ҳам учрайди. Юқумли касалликлар тахлилидан шу нарса маълум бўлдики, йуланмадаги ташхислар билан клиник ташхислар орасида фарқлари жуда юқори. Масалан охириги 6 йил ичида қайд қилинган Крим-Конго геморрагик иситмасининг 37,2 % и уткир респиратор вирусли инфекция, 12 % и тиф-паратиф касалликлари, 9% и кора оксок ташхиси билан касалхонага ётқизилган. Бизнинг маълумотларга қура вилоятда қайд қилинган тиф-паратиф касалликларининг аксарияти уткир респиратор вирусли инфекция ва уткир гастрит ташхислари билан касалхонага ётқизилган. Юқоридагиларни инобатга олган ҳолда иситма билан кечувчи касалликларни вақтли аниқлаш ва киёслаш амалиёт врачлари учун долзарб муаммо бўлиб ҳисобланади.

Юқумли касалликлар таъбиатнинг долзарб муаммоларидан бири бўлиб келмоқда. Уларни вақтли ва киёсий ташхислаб, даволаш ва олдини олиш амалиёт врачларига катта кийинчиликлар тугдирмоқда.

Иситмалаш

Иситма-Купгина касалликлар симптоми бўлиб, организмнинг зарарли, аксари инфекцион агент таъсирига жавобан курсатадиган умумий мосланиш реакцияси бўлиб ҳисобланади ва иссиқликни идора этиш маркази иши издан чиқиб иссиқлик ажралишига нисбатан уни ишлаб чиқарилиши кучаяди.

Иситма бактериялар ва токсинлар (инфекция иситмаси), оксилнинг парчаланиш маҳсулотлари (гемоллиз пайтида, туқималар некрозга учраган, суяклар синган маҳалларда, йирингли учоқлар булган ва бошқалар), гормон ва захарларнинг таъсири натижаси бўлиши, шунингдек бош мия шикастланган ва лат еган кезларда ийисиклик маркази таъсириланиши туфайли бошланиши мумкин.

Инфекция қузғатувчиси лейкоцитларни активлайди, улар эса уз навбатида интерлейкинлар ишлаб чиқаради. Гипоталамусда иссиқлик ишлаб чиқарилиши кучаяди, иссиқлик ажралиши камаяди. Юқори хароратга жавобан макрофагларнинг фагоцитар активлиги ошади. Интерферон ва антителаларнинг ишлаб чиқарилиши кучаяди ва вируслар репликацияси пасаяди.

Перитонит

Перитонит- корин парданинг уткир яллигланиши бўлиб, маҳаллий ва умумий симптомлар билан кечади.

Перитонит купгина ҳолларда иккиламчи бўлиб, асорат сифатида ривожланади. 1% ҳолларда бирламчи перитонит учрайди.

Таснифи: Сабабларига қура: 1. Бирламчи. а) гематоген
в) лимфоген

с)per continuitem (бачадон найлари оркали)

2.Иккиламчи.а)инфекцион-яллигланишли

В)перфоратив

с)травматик.

д)операциядан кейинги.

Клиникасига кўра: Ўткир

Сурункали.

Эксудат характериға кура: Серозли, фиброзли, йирингли, геморрагик, аралаш.

Яллигланиш жараёнининг таркалиши буйича: Чегараланган (абсцесс ёки инфилтрат). Аппендикулляр

Диафрагма ости.

Жигарости

Чанок ичи

Ичаклараро.

Диффуз перитонит. Махаллий

Таркалган

Тотал.

Кечиш фазалари буйича: Реактив фаза (биринчи 24 соат)

Токсик фаза (24- 72 соат)

Терминал фаза (72 соатдан кейин).

Этиологияси: Специфик ва носпецифик бактериялар: Escherichia coli, Pseudomonas aeruginosa, Proteus, Klebsiella, Staphylococcus, Streptococcus ва бошқалар. Асептик перитонит сабаблари ут суюклиги, ошқозон шираси, кон, панкреатик шира, сийдик булиши мумкин.

Патогенези: Интоискация, гипоксия, ошқозон ичак тракти моторикасининг бузилиши, гемодинамиканинг бузилиши, иммун химоянинг бузилиши ва полиорган етишмовчилик.

Клиникаси: Огрик. Огрик уткир ханжарсимон булиб, корин буйлаб таркалади. Огриклар аввалига кучли кейинчалик интенсивлиги пасаяди. Касалликнинг токсик фазасида объектив курганда беомр мажбурий холатда, тери копланлари рангпар, совук тер билан копланган, Тана хароратининг юкори курсаткичларга (38-39) кутарилиши кузатилади. Пульс тезлашган, тахикардия, Корин мускуллари таранглиги ошади «тахтасимон корин». Щёткин-Блумберг, Мендел, Воскресенский симптомлари мусбат булади. Беморда умумий интоксикация белгилари ривожланади. Эрта боскичларида ичаклар перистальтикаси эшитилади кейинчалик ичаклар парези хисобига хеч нарса эшитилмайди (гробовая тишина).

Диагностика: Кин ват угри ичак бармок билан текширилганда огрикли (симптом Куленкампффа). Лаборатор текширувлар: лейкоцитоз, СОЭ ошган, лейкоцитар формула чапга силжиган, конда колдик заот микдори ошган. Рентгенологик: диафрагма остида эркин газнинг тупланиши, Клойбер косаларини куришимиз мумкин.

Даволаш: Хирургик.

Аппендицит

Аппендицит – чувалчангсимон усимтанинг яллигланиши.

Клиникаси: Огрик. Огриклар 85% холларда эпигастрал сохадан уткир бошланиб, унг ёнбош сохасига таркалади. Объектив курганда бемор мажбурий холатни эгаллаган, тери копланлари окарган, лаблари курук, тили курук. Тана хароратининг кутарилиш (субфебрил). Умумий интоксикация белгилари ривожланади. 100% холларда беморда иштаха йуколади. Пальпацияда унг ёнбош сохаси корин мускуллар таранглигини куришимиз мумкин. Щёткин-Блюберг, Ситковский, Раздольский, Воскресенский, Ровзинг, Образцов симптомлари мусбат булади.

Лаборатор текширув: нейтрофилли лейкоцитоз, сийдикда жуда кам микдорда эритроцитлар топилади.

Ректал текширганда ёки кин оркали текширганда тугри ичак девори огриклигини кураамиз.

Тактика: Хирургик даволаш учун стационарга юбориш.

Жигар абсцесси

Иккиламчи ривожланади. Аппендицит, ярали энтероколитлар, уткир панкреатит, флегманоз холециститлар сабаб булиши мумкин.

Клиника: Бемор ахволи огир, пульс тезлашган, тана харорати доимий типда 38-39. Унг ковурга ости сохасида огрик. Иштаханинг пасайиши, тери рангининг саргайиши кузатилади. Огриклар унг курак ости сохасига таркалади. Рентгенологик: Диафрагманинг унг томонлама юкорига кутарилиш, Суюклик сатхи куринади. Лейкоцитоз 20000 – 40000 гача.

Аник маълумот УЗИ, КТ, МРТ беради.

Даволаш: Хирургик.

Эндометрит

Эндометрит-бачадон шиллик каватининг яллигланиши.

Специфик ва носпецифик турларга ажратилади.

Клиника: Касаллик уткир бошланади. Тана харорати кутарилади, калтираш, корин пастида огрик, киндан ажралмаларнинг ажралиши кузатилади.

РВ-Цервикал канал бирмунча очик бачадон бироз катталашган, юмшок консистенцияли, палпацияда огрикли.

Лаборатор текширув: Лейкоцитоз, СОЭ ошган. УЗИ.

Параметрит

Бачадон атрофии тукумасининг яллигланиши.

Касаллик кузгатувчиси стафилококklar, стрептококklar, ичак таёкчалари, анаэроб инфекциялар.

Кечишида учта боскичи бор: инфильтрация, экссудация ва экссудациянинг калинлашуви

Клиникаси: Корин пасти сохасида доимий тумток огриклар, огриклар белга таркалади. Тана харорати кутарилади 38- 39 гача, тахикадия, бош огриги, чанкаш, уйкунинг бузилиши, иштаханинг пасайиши. Корин пастки сохаси пальпациясида огрикли лекин корин мускуллар таранглиги йук.

Замонавий антибактериал терпия олиб борилмаса бемор ахволи огирлашади, харорат гектик кутарилади, калтираш, алахсираш кузатилади.

Лейкоцитоз, СОЭ ошган, лейко формула чапга силжиган.

Пельвиоперитонит.

Пельвиоперитонит-кичик чанок бушлиги корин пардасининг яллигланиши.

Этиологияси: Патоген ва шартли патоген микроблар ассоциацияси, аэроб, анаэроб микрофлоралар, гонококklar, протей, микоплазмалар, стафилококк, стрептококк бактериялар ва бошкалар.

Клиникаси: Касаллик уткир тана хароратининг кутарилиши билан бошланади 39. беморда калтираш, пульс тезлашган, корин пастки сохасида кучли огрик, умумий интоксикация белгилари кузатилади. Щёткин – Блюмберг исмптоми мусбат, ичаклар перистальтикаси сусайган булади.

РВ-орка свод огрикли, кичик чанокда бачадон оркасида инфильтрат аникланади.

Конда лейкоцитоз, СОЭ ошган, лейкоформула чапга силжиган.

Саольпингоофорит

Ссальпингоофорит – бачадон ортикларининг яллигланиши булиб, инфекция купинча кутарилувчи йулар оркали таркалади. Кинга тушган инфекция юкорига кутарилиб бачадонга кейин унинг ортиклирига боради. Яллигланиш жараёни биринчи бачадон найлари шиллик каватларига кейин чукур каватларига таркалади. Найдаги экссудат биринчи унинг ампула кисмини сунг эса тулик найни эгаллайди.

Клиникаси: Уткир, Уткир ости, Сурункали кечади.

Касаллик жуда уткир бошланиб, беморни корин пастида, белда кучли огрик, тана хароратининг кутарилиши 38-39 гача, умумий холсихлик, бош огриклари. Бемор мажбурий холатда, тери копламлари окарган, тер босган. Пальпацияда корин пастки сохасида огрик, дизурик ва диспептик узгаришлар беморни безовта килади.

Лаборатор текширув: СОЭ ошган, лейкоцитоз, лейкоформуланинг чапга силжиши, альбумин ва глобулин коэффиценти пасайган.

PW-Цервекал канал бироз очик, юачадон катталашган, юмшок консистенцияли, огрикли.

Эндокардит

Эндокардит – эндокардитнинг инфекцион микроорганизлар (бактериялар, замбуруглар, риккетсиялар) натижасида яллигланиши.

Уткир ва уткир ости кечади. 120 дан ортик кузгатувчилари аникланган.

Клиникаси: Тана хароратининг кутарилиши, озноб, куп терлаш, мускуллар кучсизлиги, улардаги огриклар, бармок учларининг совук котиши, анорексия, тана массасининг камайиши, бош огриги, курак кафасида огрик, йутал.

Объектив: тери копламлари сутли кофе рангида, конъюнктивга кон куйилган, геморрагик тошмалар, Рота тошмалари, Ослер тугунчалари, Джэйнуэя симптоми (кафт ва товонда кизил доғлар).

Аускультация: Систолик шовкин, аритмиялар, перикарднинг ишкालаниш шовкини эшитилади.

Лаборатор текширув: СОЭ ошган,нейтрофилли лейкоцитоз, лейкопения, анемия, тромбоцитопения, СРБ ва серомукоиднинг ошиши.

ЭКГ-ритм бузилиши, тахикардия ёки брадикардия, экстрасистолиялар, ИМ белгилари, субэндокардиал ишемия ва кардиосклероз белгиларини куриш мумкин.

ЭХОЭКГ- юрак бушлиқлари кенгайган, ФВ пасайган, клапанлар шикастланиши.

Рентгенологик: Экссудатив перикардитларда информатив маълумот беради.

Остеомиелит

Остеомиелит – суяк илигининг уткир ва сурункали яллигланиши. Жараён суякнинг говак тукумаси, суяк, суяк усти пардасига таркалади.

Клиника: Тана хароратининг 39 – 40 гача кутарилиши, мучаларда огрик,мускулларда огриклар, бош огриклари, калтираш, Умумий холсизлик, уша сохада харакатнинг чегараланиши, кизариш, шиш, махаллий хароратнинг ошиши, интоксикация белгилари кузатилади. Жараённинг сурункали кечишида окма яралар пайдо булади. Рентгенологик текширувда: суяк усти пардасининг катламланиши, диафизнинг бирмунча кўполлашганлиги, контурларининг нотекислиги кузатилади.

Лейкоцитоз, нейтрофилёз, эозинофил ва моноцитлар микдорининг камайиши, анемия каби кондаги узгаришларни кўришимиз мумкин.

Асалари уяси” иш ўйини:

1 – гуруҳ: Иситмалаш синдроми билан кечувчи корин бўшлиғи ва қорин парда бўшлиғи органлари касалликлари мурожаат қилувчи беморларни олиб бориш тактикаси

2 - гуруҳ Иситмалаш синдроми билан кечувчи қорин бўшлиғи ва қорин парда бўшлиғи органлари касалликларининг клиник кечиш хусусиятлари.

3 - гуруҳ. Уларнинг ташхиси ва қиёсий ташхиси

4 - гуруҳ. Қорин бўшлиғи ва қорин парда бўшлиғи органлари касалликлари натижасида келиб чиққан иситмаларда УАВ тактикаси

Хулоса: Кейинги машғулотни тайёрлаб келиш. Кундалик ва мустақил ишларни ёзиш.

9 – мавзу: Иситма синдроми билан кечувчи кўкрак қафаси аъзолари касалликлари қиёсий ташхиси. Иситма турларига таъриф бериш. Ноаниқ генезли иситманинг мезонлари. Иситма билан кечувчи касалликлар таснифи. Узоқ вақт иситма билан кечувчи ўткир инфекцион касалликларнинг ташхиси ва қиёсий ташхиси: Гранулематоз инфекциялар, сил, чуқур микозлар, атипик микобактериялар. Касаллик турига қараб УАВ тактикаси. Мутахассислар маслаҳати ва шифохонага ётқизиш учун кўрсатмалар. Меҳнат қобилиятини аниқлаш.

9.1. Таълим бериш технологиясининг модели

Машғулот вақти – 7 соат	Талабалар сони : 9 – 10 гача
Машғулот шакли	Кириш-ахборотли машғулот.
Машғулот режаси	1.Иситманинг этиологияси, патогенези, клиникаси 2.Иситманинг клиник кечиш хусусиятлари.

	3. Диагностика ва дифференциал диагностика 4. Даволашнинг замонавий усуллари долзарблигини хозирги замон талаби микёсида асослаб бериш.
Ўқув машғулнинг мақсади:	Иситма билан кечувчи касалликларнинг эрта ва киёсий 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.

9.2. Амалий машғулнинг 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	Талабалар
1. Ўқув машғулотиға 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.	Қатнашдилар: 7-курс даволаш ва тиббий педагогика факультети талабалари
2 – Асосий босқич. 245-дақиқа	1. Талабаларни кичик гуруҳларга бўлиб, мавзу бўйича саволларни беради. “ЎРГИМЧАК ТҶРИ” иш ўйини: Бу усулда ҳар бир талабага алоҳида иккитадан мавзуга оид саволлар берилди ва уларни саволлари алмаштирилиб туради, бу усл орқали шу кундаги мавзу бўйича талабаларни тўлиқ 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.	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Томоша қиладилар Қатнашдилар 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		

Мавзуга оид саволлар:

1. Иситма синдроми билан кечувчи кўкрак қафаси аъзолари касалликлари киёсий ташхиси.
2. Иситма турларига таъриф бериш.
3. Ноаниқ генезли иситманинг мезонлари.

4. Иситма билан кечувчи касалликлар таснифи.
5. Узок вақт иситма билан кечувчи ўткир инфекцион касалликларнинг ташхиси ва қиёсий ташхиси: Гранулематоз инфекциялар, сил, чуқур микозлар, атипик микобактериялар.
6. Касаллик турига караб УАВ тактикаси.
7. Мутахассислар маслаҳати ва шифохонага ётқизиш учун кўрсатмалар.
8. Меҳнат қобилиятини аниқлаш

Машғулот баёни

Иситма билан кечувчи касалликлар амалиёт врачлари фаолиятида муҳим аҳамият касб этади Уларни вақтли ва қиёсий ташхислаб, даволаш врач уларга катта қийинчиликлар тугдирмоқда. Иситма нафакат юкумли касалликларда балки соматик касалликларда ҳам учрайди. Юкумли касалликлар тахлилидан шу нарса маълум булдики, йуланмадаги ташхислар билан клиник ташхислар орасида фарқлари жуда юкори. Масалан охириги 6 йил ичида қайд қилинган Крим-Конго геморрагик иситмасининг 37,2 % и ўткир респиратор вирусли инфекция, 12 % и тиф-паратиф касалликлари, 9% и кора оксок ташхиси билан касалхонага ётқизилган. Бизнинг маълумотларга кура вилоятда қайд қилинган тиф-паратиф касалликларининг аксарияти ўткир респиратор вирусли инфекция ва ўткир гастрит ташхислари билан касалхонага ётқизилган. Юкоридагиларни инобатга олган холда иситма билан кечувчи касалликларни вақтли аниқлаш ва қиёслаш амалиёт врачлари учун долзарб муаммо булиб ҳисобланади.

Амалиёт врачлари қупчилик холатларда беморда харората ошишини кузатсалар, албатта юкумли касаллик тугрисида фикр юритишади. Шунга карамай юкумли касалликларнинг аксарият қисмида тана хароратиринг ошиши кузатилгани учун уларнинг қиёслаш мураккабдир. Яна шунга тухталиш лозимки, жуда қуп юкумли касалликларда тана хароратини ошиши бошқа асосий белгилардан вақтлрок жойда булиб, вақтли ташхисот учун муҳим аҳамият касб этади.

Амалиёт врачлари ва талабалар эътиборига шуни хавола қилиш керакки, юкумли касалликлар учун хос булган иситма деб барча холатлардаги тана харорати ошиши тушинилмайди. Иситма бу организмнинг касалликка қарши ташқилий ва мақсадли жавоб реакцияси натижасида тана хароратини терморегулятор ошиши тушунилади.

Тана харорати нафакат регулятор механизмлар натижасида, балки иссиқлик ҳосил булиши ва узатилиши уртасидаги мувозанатнинг бузилиши натижасида юзага келади ва бунга гипертермия деб аталади. Гипертермия иссиқлик уриши, гипертиреоз, атропиндан захарланиш натижасида юзага келади. Тана хароратини ошиши физиологик жараёнларга боглик кузатилиши мумкин. Тана хароратини қисман ошиши суткалик тебраниш (циркад ритм) ларга боглик. Соғлом одамнинг тана харорати соат 19.00 ларда максимал ва соат 3.00 ларда минимал даражада булади. Тана хароратинининг бир оз қутарилиши қупрок овқат истеъмоли ёки огир ва узок жисмоний зуриқишлардан сунг юзага келиши мумкин.

Юкорида таъқидлаганимиздек, юкумли касалликлар учун иситма ҳосдир, аммо баъзи касалликлар (ўткир гемолиз, ракнинг емирилиш даври, бириктирувчи туқима касалликлари ва х.к) да ҳам кузатилиши мумкин. Баъзи юкумли касалликлар (вабо, ботулизм) иситмасиз кечиши мумкин.

Иситма кенг тарқалганлиги сабабли, у билан кечадиган касалликларни қиёслаш мураккабдир. Бу холатда нафакат иситма бор йуқлигига, балки унинг бошқа хусусиятларига (бошланиши, қутарилиш даражаси, температура эгри қизиклари, ички аъзоларнинг зарарланиш даври ва х.к.) инобатга олиш зарурдир. Касалликнинг бошланиш даврида хали иситманинг барча хусусиятлари намоён булмасдан қиёслаш мураккабдир. Баъзи касалликларда (орнитоз, лептоспироз, менингококкли инфекция) иситма ўткир юзага келади. Баъзи касалликларда (ичтерлама, паратифлар) эса, иситма аста секин намоён булади.

Ноаник иситма асосида одатий касалликларнинг ноодатий кечиши этади. Ноаник иситма мезонлари: Беморлар хароратини 38 ва ундан юкори булиши.

Иситма 3 хафта ва ундан узок давом этиши ва шу давр оралигида кутарилиб туриши. Текширувдан сунг хам ташхис ноаник булади.

Хароратни кутарилиши эндоген пирогенни терморегуляция марказига яни гипоталамусни олди кисмига таъсир килишига боглик.

Эндоген пирогенни интерлейкинларга кириб макрофаглар томонидан моноцитлар нейтрофиллар томонидан ишлаб чикарилади, хар хил микроб ва номикроб антигенга, иммун комплекс, сенсбиллашган Т- лимфоцитлар, хар хил этиологияли эндотоксинлар, хужайралар парчаланиш махсулотидир.

Эндоген пирогенни хар хил патологик жараенларда экзоген пирогенлар стимуляция килади. Уларга куйидагилар киради: бактериялар, эндотоксинлар, токсинлар, вируслар, патоген замбуруглар, антигенлар, Т-лимфоцитлар, иммун комплекс ва дори моддалари.

Сабаблари. Генерализациялашган еки махаллий инфекцион яллигланиш жараенлари -30-50% ташкил килади. Усма касалликлари 20-30%. Систем зарарланиши бириктирувчи тукимани (систем васкулитлар) -10-20% .

Этиологияси, патогенези, ташхис усуллари, даволаши ва прогнозлари хар хил булган бошка касалликлар 10-20%.

Тахминан 10% беморларда ноаник генезли иситма сабаби аникланмайди.

Иситмани характерига кура, юкорилигига, харорат эгрилигига, узоклигига кура бахоланади.

Эфемер- бир неча соатдан 2-суткагача

Уткир - 15 кунгача

Уткирости 16 дан 45 кунгача

Сурункали 45 кундан ортик

Хароратни кутарилиш даражасига караб:

Субфебрил- 37-37,9° С

Бироз- 38-38,9 °С

Юкори 39-40° С

Гиперпирексия - 41° С ва юкори

Харорат эгрилиги даражасига кура

1. Доимий (f.continue) - тифо-паратифоз касалликларида, крупоз пневмония, сарамас яллигланишлар

2. Холдан тойдирувчи (f.remittens) - сутка давомида харорат 1°С - узгариб туради. Учокли зотилжам, вирусли инфекция, ревматизм

3. Интермиттерлашган (f.intermittens) - нормал еки субнормал харорат 1-2 кунда алмашилиб туради - малярияда, пиелонефритда, сепсисда.

4. Гектик (f.hectica) - суткалик харорат 4-5°С - узгариб туради туберкулезда, сепсис, йирингли жараенлар.

5. Кайталанувчи (f.recidivens) - юкори харорат нормал харорат билан алмашилиб туради бир неча кунгача, бирдан кутарилиб бирдан тушади-кайталанувчи тиф

6. Тулкинсимон иситма (f.undulans) аста-секин харорат кутарилади юкори даражагача ва аста - секин тушади

Ноаник генезли иситма Виноградов буйича:

I. Сунъий иситма

II. Конституцион иситма

III. Умумий инфекция: сепсис, диафрагма ости абцесси, туберкулез, корин тифи, бруцеллез, менингококкли сепсис, малярия

IV. Учокли инфекция: апикал гранулема, диафрагма ости абцесси, жигар ости абцесси, холангит ва жигар абцесси, пиелонефрит, йирингли бронхоэктаз

V. Бириктирувчи тукима диффуз касалликлари

VI. Усмалар

VII. Бошка касалликлар

Харорат эгри чизиклар тавсифи.

❖ **Доимий иситма.** Тана харорати бир неча кун баланд булади. Эрталабки иситма кечкисидан пастрок булади, лекин уларнинг фарки бир градусдан ошмайди. Бундай иситма ич терлама ва тошмали тиф учун хос.

❖ **Ремиггирловчи** (дармонни куриладиган) иситма.

❖ Унда тана харорати бир неча кун баланд булади. Эрталабки ва кечки иситмалар фарки 1°C дан ортик булади. Аммо эрталаб пасайган холида хам тана харорати 37°C дан юкорилигича қолади. Сепсисда, сил касаллигида кузатилади.

❖ **Интермитгирловчи** (алмашиб турадиган) иситма. Тана харорати тусатдан $39-40^{\circ}\text{C}$ гача кутарилиб, кун давомида нормагача тушади. Хароратнинг кутарилган ва тушган вақтдаги фарки $3-4^{\circ}\text{C}$ гача булади. Бир хил вақт оралигидан сунг харорат шундай кутарилиб, яна тушиши бир неча марта такрорланади. Бундай иситма безгак касаллигига хосдир.

❖ **Кайталама** иситма. Тана харорати киска муддатда юкори кутарилиб, 5-6 куп доимий иситмадагидек сакланиб туради. Кейин тусатдан нормагача пасайиб 5-6 кун 37°C дан ошмай туради. Сунгра яна шиддат билан кутарилиб, аввалгисига ухшаш холат такрорланади. Шундай ахвол 3-4 марта кайталаниши мумкин. Кайталама тифларда учрайди.

❖ **Тулкинсимон** иситма. У асосан бруцеллез касаллигига характерли. Тана харорати аста-секин, кунига $0,5-1^{\circ}\text{C}$ дан кутарилиб, бир неча кундан сунг, пасая бошлайди сунг яна аста кутарилиб, кейин пасаяди.

Иситма пайтида аъзо ва тизимларида узгаришлар кузатилади.

Юрак кон - томир тизими тана харорати 1°C га ошганда пульс минутига 8-10 тача купаиб, зарб ва минутлик хажми ошади. Иситманинг боскичида кон томирлари терида тораяди, ички аъзоларда кенгаяди, артериал босими ошади.

Иккинчи боскичда эса артериал босим тушади, баъзан коллапс кузатилади. Баъзи юкумли касалликлар, жумладан ич терламада нисбий брадикардия кайд килинади.

Нафас олиш тизими

Иситмада дастлаб нафас олиш секинлашади, кейинчалик харорат максимал кутарилганда нафас олиш 2-3 марта тезлашади. Бунда нафас олиш чуқурлиги камаяди, упка вентиляцияси узгаришсиз қолади.

Овкат хазм килиш тизими.

Иситмада сулак безлари секрецияси камаяди. Ошкозон секрецияси ва кислоталиги камаяди. Иштаха йуқолади.

Марказий нерв тизими. Уйқусизлик толикиш инжиклик бош огриги кузатилади иситма билан кечадиган барча инфекцион ва инфекцион булмаган касалликларни ич терлама билан киесий тасхишлаш зарур. Бу касалликлар асосан хақимлар йуланмасидаги ташхисий хатоликлар асосида саналади. Яъни ич-терлама ташхиси билан юборилган касалликлардан бошка касаллик ёки бошка ташхис билан юборилган касаллардан ич терлама касаллиги чикканлиги асос килиб олинган булади. Уларнинг сони 40 тадан ортикдир. Г.И.Феокистова (1975й) фикрича ичтерламани ташхислашда 35.9% хатоликка йул куйилган, Н.Б. Пимаченко (1981 й) билдиришича, бу хатолик 1953-57 йилларда 41.2% ни, 1973-77-йилларда 62.1% ни, 1978-81 йилларда 70.3% ни ташкил килади. Мана шундай хатоликларга йул куйилгани беморларнинг уз вақтида касалхонага ёткизилмаганликларига сабаб буляпти. В.А.Постовит (1988й) кузатувлари шуни курсатадики, 217 та ич терлама билан огриган беморлардан 19 таси касалликнинг 3-

кунида, 102 таси 7-кунгача, 2 хафтасида 69 таси ва колганлари касалликнинг 3 хафтасида ва ундан кечроқ касалхонага етказилган.

Ич терлама касаллигининг асосий ва доимий белгиларидан бири иситмадир. Ич терламада бир неча хил харорат эгри чизиклари кайд килинган.

Кильдюшевский ич терламада харорат купинча 5-6 кун ичида юкори даражагача кутарилади деб таъкидлайди. Унинг фикрича кейин харорат аста секин зинапоясимон пасая боради. Бундай харорат чизиги Кильдюшевский номи билан аталади. Ич терлама энг характерли харорат чизиги Вундерлих номи билан аталади. Бу харорат чизиги 3 боскичдан иборат булиб трапецияни эслатади 1 St. Inkrementi боскич бир хафта давомида тана харорати аста секин кутарилиб, 39 С ва ундан юкори булади 2 боскич St fastigi тана харорати 2 хафта мобайнида юкори даражада ушланиб туради 3 боскич St. Dekrementi касалликнинг 4 хафтасида бошланиб тана харорати аста секин туша боради. Ич терлама касаллиги тана хароратини кутарилиши билан умумий захарланиш белгилари кучая боради. Аникроги захарланиш кучайиши тана харорати кутарилишига сабаб булади. Беморни кучли бош огриш, иштаха бутунлай йуколиши уйкунинг бузилиши, алахсираш безовта килади. Бундай пайтда бемор саволларга истар истамас жавоб беради. Юзи окимтир ва баъзан озгина синиккан, бадани иссик ва баъзан курук булади, териси окимтир булиб, касалликнинг 8-12 кунларида разеолезли тошмалар тошади. Тошмаларнинг хаммаси бир хил булиб, кориннинг юкори курак кафасининг пастки кисмида учраб, бармок билан босганда йуколиб бир оздан сунг яна пайдо булади. Тошмалар 3-4 кундан сунг изсиз йуколади, беморларнинг кул кафти ва оек товони саргайиши (Филиппович белгиси) кузатилади. Пульси текширилганда нисбий брадикардия, дикротия, артериал босимнинг пасайиши кузатилади. Упкада таркок курук хириллаш эшитилади Тил калинлашиб, ён томонларида тиш излари тушиб колади, урта ва орка кисми ок кулранг караш билан копланади, учи ва енлари карашдан холи булиб, кизгиш булади. Беморларнинг корни капчийди, илиоцекал сохада перкуссия овози бугик булади. Падалка симптоми, Образцов Гаусман симптоми мусбат булади. Коринни пайпаслаганда ичак кулдираши аникланади, жигар ва талоги катталашади. Сийдикка купинча протеинурия, микрогематурия, цилиндрурия кузатилади. Конда лейкопения, лимфоцитоз, анэозинофилия, ЭЧТтезлашгани кузатилади.

Ич терлама таъхисот мезонлари.

❖ Касалланишга мавсумийлик (Ёз-куз) хослиги, асосан алиментар, сув ва маиший мулокот йули билан юкиши;

❖ Касалликнинг аста-секин тана харорати ошиши, бир хафта давомида 40-41°C гача кутарилиши, кучли бош огриги;

❖ Терининг рангпар булиши, касалликнинг 7-8-кунларида кориннинг юкори ва куракнинг пастки кисмида оч пушти рангли розеолаларнинг пайдо булиши, босганда еки тери таранглигида вактинчалик тошмалар йуколиши;

❖ Кул кафти ва оек товони сариклиги (Филиппович белгиси);

❖ Нисбий брадикардия, пульс дикротияси;

❖ Тифсимон тил: тил курук, улчамида катталашган, ифлос карашли, тил учи ва атрофи карашдан холи булиб кизарган булиб, тиш излари мавжуд;

❖ Корни капчиган булиб, кулдираш эшитилади;

❖ Падалка, Образцов - Гаусман белгиси мусбат;

❖ Инфекцион-токсик буйрак аломатлари: протенурия, цилиндрурия,

❖ Микрогематурияни кайд килиниши;

❖ Касаллик бошланишида гемокультура, 2чи хафтасидан Видал

❖ реакцияси, РПГА мусбат булиши.

Купинча ич терлама касаллигини тиф паратиф касалликлар жумласига кирувчи **паратиф А ва В** касалликлари билан киёслаш керак. Паратиф А ва В касаллиги уткир калтираш иситма терлаш, юзининг кизариши, тумов белгилари билан бошланади. Бу касалликларда розеолезли тошма вактли пайдо булиб, куплаб булади, баъзан меъда ичак фаолятининг бузилиш белгилари пайдо булади. Айрим холларда ич терлама А ва В

паратифлар шундай ухшаш буладик, уларни факат бактериологик ва серологик текшириш усуллари билан ажратиш мумкин. Салмонеллезнинг тифсимон шакли ҳам купинча ич терлама клиникасини намоён килади. Салмонеллезнинг тифсимон шакли худди уткир гастроэнтеритдек бошланади, иситма нотугри характерли булиб, туманли холат кузатилмайди, жигар ва талок улчамлари кам холларда қисман катталашган булади, клиник ташхисини купинча лабораториявий текшириш усуллари тасдиқлаб беради.

Агар ич терлама касаллиги ва тошмали терлама касаллиги типик кечаетган бўлса, уларни қиесий такқослаш қийинчилик тугдирмайди. Чунки тошмали терламага хос бўлган нотинч уйқу, куп гапириш, юз ва кузнинг кизариши, тахикардия, Киари-Авцин, Розенберг, Говоров-Годелье симптомлари, резинка боғлагич феномени, баданда розеолали ва петехияли тошмалар тошиши қаби белгилар ташхисни асослаб беради. Тошмали тифни бит орқали юқиши у купинча очарчилик йилларида, турмуш шароити ночор бўлган маҳалларида тарқалиши қиесий ташхисот учун катта роль уйнайди.

Иситма бруцеллезнинг энг муҳим симптомларидан биридир. Корин тифининг баъзи симптомлари (3-4 ҳафта давом этадиган иситма, жигар ва талокнинг катталашishi, айниқса, касаллик рецидиви руй берганда иситманинг тулкинсимон қуринишида булиши) бруцеллезнинг уткир септик шаклига ухшаш булади. Терлаш ва калтираш, бемор ахволининг оғир бўлмаслиги, бруцеллезда иситманинг циклик давом этиши (хароратнинг аста секин қутарилиб, 1-2 ҳафта юқори даражада тургач, аста секин пасайиши, бемор психикасининг узгариши (st/typhosis), тилнинг типик қараш боғлаши, пульснинг хароратга нисбатан кейинда қолиши, кориннинг қапчиши ва ниҳоят купинча касалликнинг 8-12 қуни коринда типик розеолез тошма пайдо булиши корин тифига характерли экани назарда тутилса, бруцеллезни корин тифидан бемалол ажратиш мумкин. Шуни айтиш керакки, баъзан бруцеллезда ҳам тошма тошади, бироқ корин тифидаги розеолага ҳеч ухшамайди. У факат корин терисига эмас, балки бошқа жойларда ҳам қуриниши мумкин, шунингдек, бруцеллездаги тошма тошишда аниқ муддат бўлмайди.

Дифференциал диагностикага корин тифида қулланиладиган эгри гемагглютинация реакцияси, бруцеллезда қулланиладиган Райт, Хеддельсон, Бюрне ва қомплементни бириктириш реакцияларидан ташқари бемор қонидан корин тифи микробининг қультурасининг (гемокультура) олиш усули катта ердам беради.

Қора оксокнинг ташхисот мезонлари.

- ❖ Анамнезда уй ҳайвонлари билан мулоқот бўлганлиги, пиширилмаган сўт ва гушт маҳсулотларининг истеъмоли;
- ❖ Иситманинг токсик ва аллергияк тавсифли булиши, купинча калтираш билан қузатилиши;
- ❖ Тери намлиги, сийлаганда совуқлиги, терлашнинг турли даражаси: қунда бир неча бор қийим алмаштириши;
- ❖ Маҳаллий лимфа тугунлари: буйин қултик ости, чов соҳаси лимфа тугунларининг катталашуви оғриксиз, ҳаракатчан булиши;
- ❖ Бугимларда учувчан оғрик (артралгия), нерв толалари йуналиши буйича оғрик (невралгия) қузатилиши;
- ❖ Жигар ва талок ҳажмининг қенгайиши;
- ❖ Қон серологиясида Райт, Хеддельсон реакциялари ва РПГА мусбат булиши.

С.М Қулагин (1965) Қу-иситма ташхисий ҳатоликларини таҳлил қилиб, шуни қурсатадики поликлиника врачлари грипп 35.9% ва ич терлама (32.8%) ташхислари билан қасалқхонага йуқланма беришган, қасалқхоналарда эса куп холларда керакли лабораториявий тасдиқсиз ич терлама ташхиси қуйилган. Бу тасодиқий холат бўлмасдан, қасалликнинг ухшашликлари тажрибали клиницистларни уйлантириб қуйган. Қу иситмасининг аста секин бошланиши, узок давом этиши, узига хос харорат қизиги куп учратиладиган адинамия ва беморларнинг тормозланиши, қам қайд қилинадиган туманли холат, томир уриши брадикардияси, дикротияси, гипотоник типдаги узгаришлар,

метеоризм, ичак кулдираши, жигар ва талок улчамларининг кенгайиши, кондаги узгаришлар тиф паратиф касалликларини эслатади .

Шундай булсада, Ку иситмаси ич терлама касаллигидан токсикознинг камрок куриниши, тошмалар тошмаслиги, Падалка белгисининг манфийлиги, мушак ва бугимларда давомли огриклар каби белгилар билан фаркланади.

Ку иситма таиҳисот мезонлари:

- ❖ Табiiй учокларда куп учрайди;
- ❖ Барча ешдагилар касалланадилар;
- ❖ Анамнезида фермада ишловчи еки тери кайта ишловчи кишиларда куп учрайди;
- ❖ Тусатдан 39-40°C температура ва интоксикация синдроми билан бошланади;
- ❖ Температура кутарилиши 3-9 кундан 21 кунгача давом этади, тушиши тезлашган лизис куринишида температура пасайгач субфебрилитет кузатилади, лекин 7-8 кундан сунг яна кутарилиб тулкинсимон кечади;
- ❖ Касаллик 3-16-кунларида юшюк танглайда розеолез характердаги энантемалар тошади;
- ❖ Нафас системаси органлари жарохатланади: бронхит, трахеит, пневмония-аспирация асорати сифатида;
- ❖ Конда лейкопения, нейтро ва эозинопения, нисбий лимфоцитоз;
- ❖ Лаборатор РСК ва микроаглютинация реакциялари мусбат 1:8, 1:16 мусбат титрлари 10-12 кунда булади, 3-4-хафтада максимал даражага этади;
- ❖ Кон, балгам, орка мия суюклиги, сийдикдан кузгатувчилар Сохелла Бирнетти топилади.

Ич терлама аксари **гриппга** ухшаб кетади, маълумки гриппда тургунлик давр бир неча соатдан уч кунгача чузилади. Ич терлама эса бу давр 7-кундан 24-кунгача давом этади. Гриппда касаллик тусатдан бошланиб, бемор эти увишиб калтирайди ва харорати 38-40 даражагача кутарилади. Беморнинг дармони куриб, боши асосан, пешонаси ва кошковогининг тепаси каттик огрийди. Ич терлама касаллиги купинча аста-секин бошланади. Харорат хам аста-секин кутарилади, интоксикация хам погонама-погона кучайиб боради. Гриппда бир неча соатдан сунг бемор томоги огриб, бурни битиб колади, йуталади, аксиради, юзи ва буйни кизаради, куз кон томирлари кенгайди. Ич терламада эса тана харорати юкори булсада, териси окимтир булиб, тумов аломатлари кузатилмайди. Гриппда беморнинг тили курук караш билан копланган, халкум бодомча безлари кизарган булиб, тарикдек-тарикдек келадиган майда нукталар куринади. Жигар ва талогии катталашмаган булади. Ич терламада беморнинг томоги кизармайди, касалликнинг 8-12 кунларида бемор баданида розеолезли тошма тошади. Беморнинг жигари ва талогии катталашади. Беморни бактериологик ва серологик усуллар билан текширилганда масала хал булади.

Ич терламани лептоспирознинг сариксиз шакли (сув иситмаси) билан киесий ташишмаси мақсадга мувофиқдир. Маълумки, ич терлама касаллиги аста-секин бошланади. Лептоспироз эса тусатдан бошланади. Ич терламада харорат хам 4- 5 кун давомида аста секин кутарилади. Лептоспирозда эса тусатдан беморнинг эти увишиб калтирайди, харорати 39-40 даражагача кутарилади, бош мускуллари, айникса, болдир мускуллари, бели каттик огрийди, бушашади. Ич терламада мушаклар каттик огримайди. Лептоспирозда тошма куп булади ва 3-4 кунлар пайдо булади. Ич терламада кайд этиладиган белгилар (Падалка, Образцов-Гаусман белгилари, метеоризм, кулдирашлар) лептоспирозда учрамайди. Ич терламада лейкопения, нисбий лимфоцитоз, анэозинофилия кузатилади. Лептоспирозда эса лейкоцитоз булади. Бактериологик васерологик усуллар билан текшириш масалани узил-кесил хал килади.

Ич терлама касаллиги айрим холатларда аденовирусли касалликларга ухшаб кечади. Бу касаллик тана хароратининг тезда кутарилиши, юкори нафас йулларида катарал яллигланиш белгилари, кузнинг пардасимон конъюнктивит белгиси, полиаденит умумий

захарланиш белгилари, баъзан гепатолиенал синдроми билан характерланади. Ич терламадан фаркли аденовирусли инфекцияда тифсимон холат, розеолезли тошмалар тошиши кузатилмайди, иситма унчалик намоён булмасдан кискарок булади. Ич терламанинг огир шаклини миллиар сил билан киёсий таъхислаш керак. Миллиар си л касаллигида иситма нотугри типли булиб эрталаб ва кечкурунги харорат сезиларли даражада фаркланади. Беморларда терлаш, цианоз, нафас етишмовчилиги, нейтрофилли лейкопения ва эозинофилия кузатилади. Упка рентгенограммасида 1-2 ммли симметрик жойлашган куплаб учоклар куринади.

Ич терлама касаллигининг лимфогранулематоз билан киёсий таъхислашда шунга эътибор бериш керакки, бу касаллик учун ремиссиялар билан кечувчи нотугри типдаги иситма, лимфа тугунларининг катталашуви, куп терлаш, эозинофилияли лимфопения характерли булиб, тифсимон холат ва меъда ичак сохаси яллигланиши белгилари хамда экзантема кузатилмайди. Лимфогранулематознинг абдоминал шакли билан ич терламани киёсий таъхислаш катта таъхисий кийинчиликларга олиб келади. Шунинг эса тутиш керакки, нохос Видаль агглютинация реакцияси баъзан кичик титрларда мусбат реакция беради.

Сепсис касаллигининг юкори ва давомли иситма ва умумий захарланиш белгилари (умумий лохаслик, тез чарчаш, бош огриги, терининг окимтир тусга кириши) билан кечиши ич терлама билан киёсий таъхислашга асос булади. Ич терламадан фаркли стафилококкли сепсисда сутка давомида хароратнинг тез-тез узгариши (2-3 градусгача) характерлидир. Тана харорати кутарилиши, тахикардия, тахипноэ, кучли калтираш, кусиш билан бирга кузатилади. Тана хароратининг тушиши кучли терлаш ва умумий лохасликка олиб келади. Сепсис учун тери ва куринарли шиллик каватларнинг окимтир тусга кириши, баъзан тери ва куз склерасининг саргайиши, хамда талок улчамларининг катталашуви хос. Беморларда анемия куруниб, лейкоцитоз кузатилади.

Узининг айрим клиник белгилари билан сохта силнинг абдоминал ва таркок шакли ичак иерсинозининг гастроэнтероколитик ва септик шакли ич терламага ухшаб кетади. Юкори ва узок иситма умумий лохаслик, бехолик, бош огриги, уйкунинг бузилиши, иштаха йуколиши, жигар ва талок улчамларининг катталашуви юкоридаги касалликлари учун умумий белгилар хисобланадилар.

Ич терламадан фаркли иерсинозлар уткир гастроэнтеритик белгилар (кунгил айнаш, кусиш, суюк нажас, коринда огрик) билан бошланади. Касаллик авж олганда артралгия, миалгия, полиартритлар, конда лейкоцитоз $10,0-30,0 \times 10^9$ л, нейтрофилёз, эозинофилия, ЭЧТ 20-55 мм/соатгача усиши кузатилади.

Сохта силнинг бошлангич даврида (1-5 кун) ич терламадан фаркли белгилари юз ва буйин, куз конъюнктиваси кизариши ва шишиши кайд килинади. Жуда мухим фаркли белгиларидан скарлатинасимон тошмадир. Тошма асосан касалликнинг 1-6 кунда тананинг ён томонларида, култик остида, кул ва оёкларда симметрик равишда тошади. Сохта силда жигар яллигланиши жигар улчамларининг катталашуви сариклик, гипербилирубинемия билан характерланади. Лабораториявий таъхисотда асосий ролни серологик текширувлар хал килади. Ичак иерсинозида тошма уртикар, макулапапулёзли хусусиятга эга булиб, асосан катта бугимлар атрофида тошади. Таъхислашда масалани серологик ва бактериологик текширувлар узил-кесил хал килади.

Орнитоз касаллиги спорадик холатларда учраса ич терлама касаллиги билан киёсланади. Орнитознинг юкори иситма, бош огриги, тормозланиш, уйкунинг бузилиши, брадикардия, иштаха пасайиши ёки йуколиши, ич кетиш ёки кабзият, тифсимон тил, кондаги лейкопения ёки лейкоцитлар сонининг меъёридалиги, анэозинофилия каби белгилари ич терлама учун хосдир. Шундай булсада орнитоз касаллигини уткир калтираш билан бошланиши, куп терлаш, артралгия, миалгия, зотилжамнинг тез ривожланиши ич терламадан уни фарклаганга ёрдам беради. Касаллик ухшаш кечганда серологик реакциялар масалани хал килади.

Безгак касаллиги эмланмаган шахсларда касалликнинг биринчи хафтасида нотугри типли иситма билан кечади. Тропик безгакнинг бошлангич даврида боскичлар

унчалик кузга намоён булмайди. Мана шунинг учун ич терлама билан безгакни таккослаш лозим. Таккослашда эпидемиологик анамнезга (касаллик бошланишидан 2 йил давомида эпидемик учокда булганлиги), безгакда айрим холларда лаб ва бурун канотларида герпетик тошма, тери ва куз оклик пардасида сариклик пайдо булиши, жигар ва талок улчамлари тезда катталашуви, гемолитик анемия тезда юзага чиқиши хосдир. Ташхис калин томчи ва кон суртмасида плазмодийларни аниклаш билан тасдикланади

Безгакнинг таъхисот мезонлари:

- ❖ Анамнезда кейинги икки йилда эндемик учокда булганлиги;
- ❖ Касалликнинг тусатдан бошланиши, тана хароратини бирдан 41°Сгача кутарилиши;
- ❖ Иситманинг хуружсимон булиб, калтираш ва кули терлаш кузатилиши;
- ❖ Кузнинг оклик пардаси ва терининг саргимтир тус олиши;
- ❖ Лабда ва бурун канотларида герпетик тошма тошиши;
- ❖ Талок ва жигар улчамларининг тезда катталашуви;
- ❖ Периферик конда эритроцитлар сонининг кескин камайиши, сийдикда гемоглобинурия кайд килиниши;
- ❖ Конни калин томчига текширилганда плазмидийларни аникланиши.

Ўткир аппендицитнинг клиникаси ич терлама таёкчалари чакирувчи аппендицит белгиси билан кечадиган ич терламага ухшаб кетади. Уларни таккослаганда ич терламадаги унг корин сохасидаги огрикдан бир неча кун илгари умумий захарланиш белгилари бошланганлигини хисобга олиш керак. Кунгил айниш, кусиш, корин мушакларининг таранглашуви, лейкоцитоз ($10,0-13,0 \times 10^9$ л) каби белгилар уткир аппендицитга хосдир. Баъзан шундай холат кузатиладики, лапаротомия ташхис куйишда мухим рол уйнайди. Ич терламада аппендэктомия ёмон асорат бермайди. Уткир аппендицитда ич терлама гипердиагностикаси перитонит, корин ичи абсцессларига олиб келади.

**Мавзуга оид интерфаол усул
“ЎРГИМЧАК ТЎРИ” иш ўйини:**

- 1-қатнашчи:** 1. Ноаниқ генезли иситмага таъриф беринг
2. Иситма синдроми билан кечувчи кўкрак қафаси аъзолари касалликларини санаб ўтинг .
- 2-қатнашчи:** 1. Иситма турларига таъриф беринг.
2. Ноаниқ генезли иситманинг мезонларини айтинг
- 3-қатнашчи:** 1. Гранулематоз касалликларидаги истма тўғрисида тўхталиб ўтинг
2. Сил касаллигидаги истма ташхисини сўзланг
- 4-қатнашчи:** 1. Чукур микозларни сабаби ва клиникаси
2. Атипик микобактериялар клиник симптомларини айтинг
- 5-қатнашчи:** 1. Ноаниқ генезли истма билан келган беморга УАВ тактикаси
2. Иситма синдроми бўлган беморларга мутахассисларни маслаҳати.
- 6-қатнашчи:** 1. Касаллик турига қараб УАВ тактикасини гапиринг

2. Иситмаси бўлган беморларни даволашни сўзланг.

7-қатнашчи: 1.Иситма синдроми бўлган беморларни меҳнат қобилиятини аниқланг
2. Иситма синдроми билан кечувчи кўкрак қафаси аъзоларини касалликларини санаб ўтинг.

8-қатнашчи: 1.Узоқ вақт давом этувчи ўткир инфекцион касалликларни ташхислашда ўхзига хос усулларни айтинг
2. Иситма синдроми билан келган беморларни текшириш усулларига нималар киради.

Хулоса: эртанги кун мавзусини тўлиқ ўзлаштириб келиш ва кундалик, ҳамда мустақил ишни ёзиш.

10–мавзу: Амбулатор шароитда иситма синдроми билан кечувчи касаллик билан касалланган беморларни олиб бориш тактикаси. Шифохонага ётқизиш учун кўрсатма. Диспансер кузатув ва амбулатор даволаш. Узоқ вақт сақловчи иситмаларда УАВ тактикаси. Профилактика. Меҳнат қобилиятини аниқлаш.

10.1. Таълим бериш технологиясининг модели

Машғулот вақти – 7 соат	Талабалар сони : 9 – 10 гача
Машғулот шакли	Кириш-ахборотли машғулот.
Машғулот режаси	1.Амбулатор шароитда иситма синдроми билан мурожаат килувчи беморларни олиб бориш тактикаси 2.Амбулатор шароитда иситма синдроми билан кечувчи касалликларнинг клиник кечиш хусусиятлари. 3.Уларнинг ташхиси ва киёсий ташхиси 4.Амбулатор шароитда иситма синдроми билан кечувчи касалликларда ва узоқ сақловчи иситмаларда УАВ тактикаси.
Ўқув машғулотнинг мақсади:	Амбулатор шароитда иситма синдроми билан кечувчи касаллик билан касалланган беморларни олиб бориш тактикасини талабаларга ургатиш. Узоқ вақт сақловчи иситмаларда УАВ тактикасини аниқлаш.

Таълим бериш усуллари	Кўрғазмали, 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 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 такдимот слайдларини тайёрлаш. 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш.	Қатнашдилар: 7-курс даволаш ва тиббий педагогика факультети талабалари
2–Асосий босқич. 245-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. Кўрғазмали плакатлардан фойдаланади 3. Слайдлар, мультимедиялардан 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 Қатнашдилар Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар
3.Яқуний босқич (45 дақиқа)	1. Яқунловчи хулоса қилади 2. Мустақил иш беради 3. Уйга вазифа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади
Жами: 315- дақиқа 7 соат		

Мавзуга оид саволлар:

1. Амбулатор шароитда иситма синдроми билан кечувчи касаллик билан касалланган беморларни олиб бориш тактикаси.
2. Шифохонага ётқизиш учун кўрсатма.
3. Диспансер кузатув ва амбулатор даволаш.
4. Узоқ вақт сақланувчи иситмаларда УАВ тактикаси.
5. Профилактика. Мехнат қобилиятини аниқлаш

Машғулот баёни

Иситма билан кечувчи касалликлар амалиёт врачлари фаолиятида муҳим аҳамият касб этади. Уларни вақтли ва қиёсий ташхислаб, даволаш врач уларга катта қийинчиликлар тугдирмоқда. Иситма нафакат юкумли касалликларда балки соматик касалликларда ҳам учрайди. Юкумли касалликлар тахлилидан шу нарса маълум бўлдики, йулланмадаги ташхислар билан клиник ташхислар орасида фарқлари жуда юқори. Масалан охириги 6 йил ичида қайд қилинган Крим-Конго геморрагик иситмасининг 37,2 % и уткир респиратор вирусли инфекция, 12 % и тиф-паратиф касалликлари, 9% и кора оксок ташхиси билан касалхонага ётқизилган. Бизнинг маълумотларга қура вилоятда қайд қилинган тиф-паратиф касалликларининг аксарияти уткир респиратор вирусли инфекция ва уткир гастрит ташхислари билан касалхонага ётқизилган. Юқоридагиларни инобатга олган ҳолда иситма билан кечувчи касалликларни вақтли аниқлаш ва қиёслаш амалиёт врачлари учун долзарб муаммо бўлиб ҳисобланади.

Амалиёт врачлари қупчилик ҳолатларда беморда харората ошишини кузатсалар, албатта юкумли касаллик тугрисида фикр юритишади. Шунга қарамай юкумли касалликларнинг аксарият қисмида тана хароратиринг ошиши кузатилгани учун уларнинг қиёслаш мураккабдир. Яна шунга тухталиш лозимки, жуда қуп юкумли касалликларда тана хароратини ошиши бошқа асосий белгилардан вақтлрок жойда бўлиб, вақтли ташхисот учун муҳим аҳамият касб этади.

Амалиёт врачлари ва талабалар эътиборига шуни ҳавола қилиш керакки, юкумли касалликлар учун хос бўлган иситма деб барча ҳолатлардаги тана харорати ошиши тушинилмайди. Иситма бу организмнинг касалликка қарши ташқилий ва мақсадли жавоб реакцияси натижасида тана хароратини терморегулятор ошиши тушунилади.

Тана харорати нафакат регулятор механизмлар натижасида, балки иссиқлик ҳосил бўлиши ва узатилиши уртасидаги мувозанатнинг бузилиши натижасида юзага келади ва бунга гипертермия деб аталади. Гипертермия иссиқлик уриши, гипертиреоз, атропиндан захарланиш натижасида юзага келади. Тана хароратини ошиши физиологик жараёнларга боглик кузатилиши мумкин. Тана хароратини қисман ошиши суткалик тебраниш (циркад ритм) ларга боглик. Соғлом одамнинг тана харорати соат 19.00 ларда максимал ва соат 3.00 ларда минимал даражада бўлади. Тана хароратининг бир оз қутарилиши қупрок овқат истеъмоли ёки оғир ва узок жисмоний зуриқишлардан сунг юзага келиши мумкин.

Юқорида таъқидлаганимиздек, юкумли касалликлар учун иситма ҳосил, аммо баъзи касалликлар (уткир гемолиз, рақнинг емирилиш даври, бириктирувчи туқима касалликлари ва х.к) да ҳам кузатилиши мумкин. Баъзи юкумли касалликлар (вабо, ботулизм) иситмасиз кечиши мумкин.

Иситма кенг тарқалганлиги сабабли, у билан кечадиган касалликларни қиёслаш мураккабдир. Бу ҳолатда нафакат иситма бор йуқлигига, балки унинг бошқа хусусиятларига (бошланиши, қутарилиш даражаси, температура эгри қизиклари, ички аъзоларнинг зарарланиш даври ва х.к.) инобатга олиш зарурдир. Касалликнинг бошланиш даврида ҳали иситманинг барча хусусиятлари намоён бўлмасдан қиёслаш мураккабдир. Баъзи касалликларда (орнитоз, лептоспироз, менингококкли инфекция) иситма уткир юзага келади. Баъзи касалликларда (ичтерлама, паратифлар) эса, иситма аста секин намоён бўлади.

Ноаниқ иситма асосида одатий касалликларнинг ноодатий кечиши этади. Ноаниқ иситма мезонлари: Беморлар хароратини 38 ва ундан юқори бўлиши.

Иситма 3 ҳафта ва ундан узок давом этиши ва шу давр оралигида қутарилиб туриши. Текширувдан сунг ҳам ташхис ноаниқ бўлади.

Хароратни қутарилиши эндоген пирогенни терморегуляция марказига яни гипоталамусни олди қисмига таъсир қилишига боглик.

Эндоген пирогенни интерлейкинларга қириб макрофаглар томонидан моноцитлар нейтрофиллар томонидан ишлаб чиқарилади, хар хил микроб ва номикроб антигенга,

иммун комплекс, сенсбилашган Т- лимфоцитлар, хар хил этиологияли эндотоксинлар, хужайралар парчаланиш махсулотидир.

Эндоген пирогенни хар хил патологик жараенларда экзоген пирогенлар стимуляция килади. Уларга куйидагилар киради: бактериялар, эндотоксинлар, токсинлар, вируслар, патоген замбуруглар, антигенлар, Т-лимфоцитлар, иммун комплекс ва дори моддалари.

Сабаблари. Генерализациялашган еки махаллий инфекцион яллигланиш жараенлари -30-50% ташкил килади. Усма касалликлари 20-30%. Систем зарарланиши бириктирувчи тукумани (систем васкулитлар) -10-20% .

Этиологияси, патогенези, ташхис усуллари, даволаши ва прогнозлари хар хил булган бошка касалликлар 10-20%.

Тахминан 10% беморларда ноаник генезли иситма сабаби аниқланмайди.

Иситма билан келган беморларни умумий ахволини баҳолаш керак ва албатта сабаби7ни аниқлаш лозим. Бунда анамнез йиғишда ўзига хос бўлган саволлар тўпламини қўллаш лозим ва буларга: касби, бошидан кечирган касалликлари, бирор бир жойга бориб келганлиги, жинсий ҳаёти, наркотикларни қабул қилиш-қилмаслигини аниқлаш, теридаги тошмалар, иситмани характери баҳолаш лозим. Беморларни текширганда албатта териси, офтальмоскопия, юз соҳасидаги бўшлиқларни текшириш, оғиз бўшлиғи, тишларни ҳолати, ҳамма тизим ва органларни тўлақонли текшириб кўриш лозим. Агарда иситма болаларда кузатилса ва даражаси 38 градусгача кўтарилган бўлса даволаш керак эмас, агарда юқори ҳарорат бўлса унда асосий касалликни даволаш лозим. Кўпроқ суюқликлар, парацетамол, 20мг/кг ичишга бирмарта берилади. Катталарда иситма бўлса ва унинг сабаби аниқланса, этиологик даво воситалари буюрилади.

«Ручка-стол марказида» иш уйинини ўтказиш усули

Иш учун зарур

1. Алохида варагларда босилган саволлар.
2. Тоза коғоз вараглари, ручкалар.
3. Иш дафтари.

Ишининг бориши

1. Жами талабалар куръа буйича 3та кичик гуруҳга 4 тадан булиб булинадилар.
2. Барча кичик гуруҳ вакиллари алохида столга утириб, тоза вараг ва ручка тайёрлайдилар.
3. Коғоз варагида сана, гуруҳ раками, факультет, талабаларнинг Ф.И.О. (иш уйининг номи) ёзилади.
4. Хар бир гуруҳга аниқ бир саволга жавоб бериш шарти куйилади.
5. Хар бир талаба варагда уз фамилияси ва 1та тугри жавоб варианты езиб кушнисига узатади, уз ручкасини эса стол марказига суриб қуяди.
6. Педагог кичик гуруҳ ишини ва талабалар қандай катнашаётганликларини назорат килади.
7. Тугри жавоб вариантини берган талабалар огзани қисм учун мах. рейтинг баллининг 100 % - 0,8 олади,
2-уринни эгаллаган талабалар 85,9%,
3-уринни эгаллаганлар 70,9% балл оладилар.
8. Жавоб ёзилган варагга домла балл ва имзо қуяди.
9. Талабалар олган баллар жорий баҳода назарда тугилади.
10. Жариданинг пастки қисмида иш уйни утказилгани белгиланиб, гуруҳ сардори уз имзосини қуяди.
11. Ишлар домлада сакланади.

**Иш уйинини утказиш учун кулланилиши
мумкин булган саволлар:**

1. Амбулатор шароитда иситма синдроми билан кечувчи касаллик билан касалланган беморларни олиб бориш тактикаси
2. Шифохонага ётқизиш учун кўрсатма.
3. Диспансер кузатув ва амбулатор даволаш.
4. Узоқ вақт сақланувчи иситмаларда УАВ тактикаси
5. Профилактика
6. Бундай беморларни меҳнат қобилиятини аниқлаш..

Хулоса: Уйга вазифа эртанги мавзуга тайёрланиш.

11-маву: Ўсмаларда иситмалаш. Бир бўшлиқли ўсмалар, метастатик, ретикулоэндотелиал тизими ўсмалари, системали васкулитлар ва бириктирувчи тўқима диффуз касалликларидаги иситмалаш.

11.1. Таълим бериш технологиясининг модели

Машғулот вақти – 7 соат	Талабалар сони : 9 – 10 гача
Машғулот шакли	Кириш-ахборотли машғулот.
Машғулот режаси	<ol style="list-style-type: none">1. Онкологик касалликларда иситма юзага келиш сабабларини урганиш2. Ўсма касалликларида иситманинг характери кечиш хусусиятлари тугрисида тушунчага эга булиш3. Ўсма касалликларининг иситма синдромининг узига хослиги ва дифференциал диагностикаси тугрисида тушунчага эга булиш4. Онкологик касалликларда симптоматик терапия. Иситмани туширувчи дори воситалари ҳақида тушунчага эга бўлиш
Ўқув машғулотнинг мақсади:	Талабаларда амбулатор шароитда онкологик касалликларда иситма характери, сабаблари, белгилари, диагностикаси ва даволашга доир билим ва қуникмаларини 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.

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	Талабалар
1.Ўқув машғулотида 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.	Қатнашдилар: 7-курс даволаш ва тиббий педагогика факультети талабалари
2–Асосий босқич. 245-дақиқа	1. Талабаларни кичик гуруҳларга бўлиб, мавзу бўйича саволларни беради. “Дискуссия” усули. 1. Дискуссия-конфликтни эмас, муаммони ечишга йунатилган. 2. Узок гапирма, регламентга риоя қил. 3. Факат мавзу бўйича гапириш керак. 4. Оппонент позициясини тугри тушун, уни бузиб курсатма. 5. Оппонентни охиригача диққат билан эшит. 6. Дискуссиядаги ракиб хаётдаги ракиб эмас. Ўз хатоинга икром булишига тайер булишинг керак. 7. Агар оппонент билан рози бўлмасанг факат уни позициясига (мавкесига) критик баҳо бермасдан бошка ечимни хам таклиф эт. 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	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. 7соат		

Мавзуга оид саволлар:

1. Ўсмаларда иситмалаш.
2. Бир бўшлиқли ўсмалар,

3. Метастатик, ретикулоэндотелиал тизими ўсмалари.
4. Системали васкулитлар ва бириктирувчи тўқима диффуз касалликларидаги иситмалаш.
5. Усмалардаги истмалашда УАВ тактикаси.
6. Янги даволаш усуллари

Машғулот баёни

Иситма (лат. *febris*, қон. *pyrexia*) — типик патологик жараён бўлиб, терморегуляциянинг қайта қурилиши ва ҳароратнинг кўтарилиши билан тавсифланади. П. Н. Веселкин иситмани иссиққонли ҳайвонларда эволюция давомида пироген моддалар таъсирида юзага келган носпециффик типли реакция сифатида таърифлайди; унинг моҳияти иссиқлик алмашинувининг вақтинчалик янги, юқорироқ даражада қайта қурилишидан иборат. Иситманинг этиологияси — пироген, яъни иссиқлик кўтарувчи (*pyros* — иссиқлик, *geno* — чақираман) моддалар ҳисобланади. Иситма реакциясини чақирувчи пироген агентларга яъни омилларга микроб ва вируслар, уларнинг парчаланиш маҳсулотлари ва организмда фагоцитоз ёки пиноцитоз объекти бўлиб қолган моддалар ҳамда тўқима шикастланиши ва яллиғланишини чақирувчи ҳар қандай моддалар киради. Пироген моддалар — бу терморегуляция тузилмаларини специфик қўзғатувчи юқори молекулали (липополисахаридлар ва оксиллар) бирикмалардир. Пирогенлар гуруҳдари: экзоген ёки бирламчи (таъсир қилиш механизми бўйича) ва эндоген ёки иккиламчи бўлади. Экзопирогенларга микроорганизмлар ҳаёт-фаолияти маҳсулотлари, уларнинг экзо — ва эндотоксинлари киради. Грамманфий бактерия эндотоксини таркибида уч таркибий қисм борлиги кўрсатилган; микроб хужайра юзаси билан боғлиқ О фракция, хужайра ядроси билан боғлиқ К фракция ва липоид А деб номланувчи фракция (термостабил, оксилдан тозаланган фракция). Фақат липоид А пироген хусусиятли модда ташувчи эканлиги тасдиқланган (Зайко Н.Н., 1990).

Ҳозирги замон тушунчасига биноан экзопирогенлар ўз таъсирини организмга эндопирогенлар ҳосил бўлиши орқали амалга оширади (Овсянников В. Г., 1987). Эндопирогенлар оксил табиатли модда бўлиб, улар ҳосил бўлишининг асосий манбаи қон лейкоцитлари ҳисобланади. Лейкоцитларда пирогенлар тайёр ҳолда бўлмайди, улар лейкоцитларнинг ҳаёт фаолияти жараёнида ишлаб чиқарилади. Экзопирогенлар таъсирида олдин лейкоцитлар метаболизми ўзгаради, уларда анаэроб гликолиз кучаяди, натижада пироген фаолликка эга бўлган янги оксиллар синтезланади. Бу давр 1—2 соатдавом қилади. Кейин пироген ажралиши бошланади (фанулоцитлардан 16 — 18 соатдан кейин, моноцитлардан - 35 соатдан кейин). Бузилган, парчаланган лейкоцитлар эшюген пироген ажратиш хусусиятини йўқотади.

Иситма патогенези. Адабиётларда келтирилган маълумотларга кўра (Лоури М. И., 1985), гипоталамуснинг олд қисми — преоптик зона-сида жойлашган терморегуляция маркази икки бўлимдан: *термосезгир соҳа* («термостат») ва *термоўрнатувчи соҳа* («ўрнатувчи нуқта») лардан иборат. Биринчисининг медиатори норадреналин ва серотонин, иккинчисиники — ацетилхолин ҳисобланади. «Термостат» нинг термосезгир нейронлари қон ҳароратининг ҳар қандай ўзгаришини шу пайтнинг ўзида қабул қилади ва «ўрнатувчи нуқта» нейронларига бу тўғрида сигнал етказиши, «термостат» эса иссиқлик ишлаб чиқариш ва унинг ташқарига берилишини ўзгартириш орқали тана ҳароратининг керакли даражага етказилишини таъминлайди. Қондан эндоген пирогенлар терморегуляция марказига тушади, термоўрнатувчи соҳада простагландин Е, ва Е2 синтезловчи простагландинсинтеза ферментини фаоллаштиради (Овсянников В. Г.3 1987). Улар таъсирида нормал тана ҳарорати худди пасайгандек қабул қилинади, натижада тана ҳароратини кўтаришга қаратилган ҳамма терморегуляция механизмлари ишгатушади, ҳарорат гомеостазини ўрнатувчи нуқта янги, юқорироқдаражага силжийди.

Тана ҳароратининг кўтарилишига олиб келувчи терморегуляция маркази функционал фаоллигининг ўзгариши вегетатив, соматик асаб ўтказувчилар ва ички секреция безларининг ишга тушиши ор-қали амалга оширилади. Адренергик механизмларининг

асосан ис-сиқпик ҳосил бўлиши ўзгаришларига жавоб бериши кўрсатилган. Бунда норадреналиннинг тўғридан-тўғри мета-болик эффекти оксидланишни фосфорланишдан ажратишдан иборат. Шу билан бир қаторда катехо-ламинлар периферик томирларнинг спазмини чақириб иссиқликни ташқарига берилишини чеклайди. Парасимпатик таъсир иссиқликни ташқарига берилиш жараёнининг фаоллашишини таъминлайди, Ички секреция безлари фаолиятининг ўзгариши аввало тироксин ишлаб чиқарилиши кучайиши билан намоён бўлади, бу иссиқлик ҳосил бўлишининг ошишига олиб келади. П. Н. Веселкин (1972), Г. И. Мед-ведева (1978) маълумотларига кўра, қалқонсимон без функционал фаоллигидаги ўзгаришлар иссиқликни регуляция қилувчи марказ сезгирлигини пироген таъсиротларга нисбатан ўзгартиради.

Иситма босқичлари: *stadium incrementi* — ҳароратнинг кўтарилиши, *stadium fastigii* — ҳароратнинг юқори даражада туриши, *stadium dectementi* — ҳароратнинг пасайиши.

Биринчи босқичда иссиқлик ишлаб чиқарилиши уни ташқарига берилишидан устиворлик қилади. Иссиқликнинг ташқарига берилиши кескин чекланади. Бошқа вариантлари ҳам бўлиши мумкин. Иссиқликни ташқарига берилишининг чекланишида симпатик асаб тизими кўзгалувчанлиги муҳим аҳамиятга эга. Тери томирларининг спазми ва қон билан таъминланишининг чекланиши совуқлик терморепторларининг таъсирланишга олиб келади. Қалтираш юзага келади. Қалтираш оқибатида рўй берадиган мушаклар титраши иссиқлик ҳосил бўлишининг кучайишига олиб келади.

Иситманинг иккинчи босқичида иссиқлик ҳосил бўлиши ва унинг ташқарига берилиши юқори даражада бараварлашади. Периферик томирлар кенгайди, гиперемия ҳосил бўлади, тери ушлаб кўрилганда у иссиқ, иситма сезгиси пайдо бўлади.

Иситманинг учинчи босқичида яъни пирогенлар таъсири тугагандан сўнг иссиқликнинг ташқарига берилиши унинг ҳосил бўлишидан устиворлик қилади. Иссиқлик организмдан тернинг интенсив ажралиши, тери томирларининг кенгайиши, тез-тез нафас олиш ҳисобига чиқарилади. Иситманинг учинчи даврида ҳароратнинг пасайиши аста-секин ёки литик (бир неча кун давомида) ёки тез (критик) бўлиши мумкин. Ҳароратнинг критик пасайиши хавфли: арте-риал қон босими жиддий пасайиб, коллапс ривожланиши мумкин.

Ҳарорат кўтарилиш даражаси бўйича иситманинг куйидаги тур-лари фарқ қилинади: субфебрил (38° С гача), ўртача - $38 - 39^{\circ}$ С, юқори — $39 - 41^{\circ}$ С, гипертермик - 41° С дан юқори.

Ўсма касалликларида кўпинча турли босқичларида иситма кузатилади. Буни кўпинча сабаби бирор бир инфекцияни кўшилиши оқибатида юзага келади. Бунга мисол бўлиши мумкин бронхоген ўпка раки, яъни пневмония бўлиши сабабли вентиляция бузилади. Ўсма касалликларида иситма доимий ёки бўшаштирувчи, ҳолдан тойдирувчи хиллари кузатилиши мумкин. Буйрак ракиннинг 11-12% ҳолларида беморлар врачга исима сабабли мурожаат қиладилар. Бу беморларда иситма ягона симптом бўлиб келиши мумкин, албатта интоксикацияни белгилари билан кўшилиб келади. Гипернефромани 3та асосий белгиларига гематурия, оғриқ ва пайпасланадиган ҳосилалар киради. Беморларда ҳарорат қанчалик юқори бўлишига қарамасдан уларни қон босими балан бўлади. Жигар ўсмаларида иситма узок давом этади, бу ҳам инфекция кўшилиши билан ёки ўсманинг ўзини ўсиши билан боғлиқ бўлиши мумкин. Жишгар касалликларидан кейин пайдо бўлган ўсмаларни ташхислаш унчалик қийинчилик туғдирмайди. Ҳозирги замонавий текшириш усулларида бўлган жигарни сканирлаш инсон организми учун хавфли эмас ва тезда беморга ташхис қуйиш мумкин. Узок даом этган иситманинг сабаби ўт йўлларидаги кичик ўсмалар натижасида юзага келиши мумкин.

Лимфогрануломатоз ва лимфосаркомалар кўпинча иситма билан бошланади ва узок вақт номаълум сабабли бўлиб қолади. Тўлқинсимон иситма узок вақт давом этган лимфогрануломатозга хосдир.

Иситмада ҳарорат эгри чизиғи типлари:

- *febris continua* - доимий ҳарорат, эрталабки ва кечқурунги ҳарорат фарқи 1° С дан кўп эмас, зотилжам, тошмали тифда кузатилади;

- febris remittens - бўшаштирувчи ҳарорат, унинг кундалик ўзга-риб туриши - 1,5 - 2° С атрофида. Ич терлама, сил, бруцеллез касал-ликлари, экссудатив плевритда кузатилади;

- febris intermittens - қур - қур тутадиган (ора-сира бўлиб, такрорланиб турадиган) иситма — эрталабки ва кечқурунги ҳарорат орасида фарқ катта, эрталаб ҳарорат нормагача пасаяди, бир ёки икки кундан кейин ҳарорат мунтазам кўтарилади. Безгакда кузатилади (ҳар уч ва тўрт кунда тутадиган);

- febris hectica - ҳолдан тойдирувчи иситма, ҳароратнинг бир кеча-кундуздаги фарқи 3 -5° С. Сепсисда, сил касаллигининг оғир шаклларида кузатилади;

- febris recurrens - қайталанувчи ҳарорат, унга ҳароратли ва ҳароратсиз даврларнинг навбатланиши хос, бунақа ҳолат бир неча кун давом қилиши мумкин (пирексия апирексия билан алмашади). қай? таланувчи тифда кузатилади;

- febris athypica - ҳароратнинг қонуниятсиз ўзгариб туриши хос. Сепсисда кузатилади.

Иситмада модда алмашинувининг ўзгариши:

- асосий алмашинув ошган (нормада 1600 - 1700 ккал), тироксин ва адреналин ишлаб чиқарилишининг кўпайиши билан боғлиқ;

- оқсил алмашинуви: манфий азот баланси, оқсил парчаланишининг кучайиши (инфекцион касалликларда), ҳарорат билан боғлиқ альбуминурия, креатинурия;

- карбонсувлар алмашинуви: гипергликемия, жигарда симпатико

- адренал тизим фаоллашув билан боғлиқ гликогеннинг камайиши;

- ёғ алмашинуви: деподан ёғ мобилизациясининг кучайиши,

кетонемия ва кетонурия;

- сув-туз алмашинуви: организмда сув ушланиши. Иситманинг биринчи даврида диурез кучайган (ички аъзоларга кўп қон оқиб келиши); иккинчи босқичидадиурез камайган (альдостерон кўп иишаб чиқарилиши натижасида тўқималарда натрий ва сув ушланади); учинчи даврда - диурез ошган (кўп микдорда натрий хлорид йўқотилади).

Иситмада айрим физиологик функцияларнинг бузилиши:

- марказий асаб тизими: бош мия реффлектор фаолиятининг пасайиши, клиник белгилари — бош оғриши, ҳорғинлик, ҳуш бузилиши, талвасаланиш, галлюцинациялар бўлиши мумкин;

- эндокрин тизим: симпатико - адренал тизим, қалқонсимон без функцияси фаоллашиши, организм носпецифик реактивлигининг ошиши;

- юрак-томир тизими: юрак қисқариш ритмининг тезлашиши (ҳарорат 1°С га кўтарилганда пульсининг 1 дақиқада 8-10 га орти-ши), ҳарорат кўтарилиш даврида артериал қон босимининг ошиши, ҳарорат камайганда томир тонусининг пасайиши;

- нафас: ҳарорат кўтарилаётганда нафас сони камаяди, кейин тезлашади (ҳарорат 1 ° С га кўтарилганда нафас 1 дақиқада 3 га ошади), инфекцион иситмада интоксикация туфайли нафас сони 2 —3 марта ошиши мумкин;

- ҳазм қилиш: ҳазм қилиш безларининг секретор функцияси ва ичакнинг мотор функцияси ҳамда иштаҳа камаяди, қабзият учрайди;

- буйрақлар: диурез ўзгаради (юкорига қаралсин).

Иситманинг ортиқча қизишдан (гипертермия) фарқи:

- иситмада терморегуляция сақланади, унинг қайта қурилиши юқори даражада амалга оширилади. Гипертермияда терморегуляция бузилади.

- иситманинг сабаби пироген моддалар ҳисобланади, ортиқча қизиш эса исикликнинг ташқарига берилишини қийинлаштирувчи (экзоген ортиқча қизиш) ёки организм хужайраларида оксидланишни фосфорланишдан ажратувчи (эндоген ортиқча қизиш) омилларга боғлиқ;

- иситмада тана ҳарорати атроф-муҳит ҳароратига боғлиқ эмас. Ортиқча қизиш эса асосан муҳит ҳароратининг кўтарилиши билан боғлиқ;

- иситма организмнинг ҳимоя - мослашиш реакцияси ҳисобланади. Ортиқча қизиш организм учун хавфли.

Мавзуга оид интерфаол усул: Дискуссияда айрим коидаларга рию килиш керак

8. Дискуссия-конфликтни эмас, муаммони ечишга йунатилган.
9. Узок гапирма, регламентга рию кил.
10. Факат мавзу буйича гапириш керак.
11. Оппонент позициясини тугри тушун, уни бузиб курсатма.
12. Оппонентни охиригача диккат билан эшит.
13. Дискуссиядаги ракиб хаётдаги ракиб эмас.
Ўз хатоинга икрор булишига тайер булишинг керак.
14. Агар оппонент билан рози бўлмасанг факат уни позициясига (мавкесига) критик бахо бермасдан бошка ечимни хам таклиф эт.

Дискуссия ўтказиш этаплари

1. Мухокаманинг бошланиши – мухокама мавзусини танлаш, зарур булган саволни курсатиш.
2. Мавзуни тушунтириш, муаммонинг энг мухим саволларини курсатиш.
3. Аниқ масалаларни куйиш, мавзу буйича бировни фикрини баен килиш, илгариги уринишларни ечилишини таърифлаш.
4. Музокара олиб бориш мақсадга олиб борадиган асосий йуналишдан четга чикмокни талаб килади.
Дискуссия таклиф этади:
 - «Аъло» еки «ёмон» баҳолардан конкрет ҳақиқий масалаларга ўтиш.
 - Қатнашчилар конфронтациясига олиб борадиган ортикча хиссиет-ларни амалга оширилишининг олдини олиш
 - Қатнашчилардан биттасини мухокама – монополизациясини олдини олиш
 - Дискуссияни аниқ етакчисини эскперт қилиб тайинлаб нейтрализация қилиш керак
 - Яқунлаштиришни этап билан бериш керак, дискуссия боришини таҳлил қилиш керак (укитувчи)
 - Олинган информацияни кейинчалик ишлатиш учун ярокли шаклда езиб олиш керак (баеннома еки магнитофон езуви).
5. Мухокама ўтказиш яқунларига таклифлар.
 - Дискуссиянинг асосий боскичларини ва қилинган хулосаларни мухокама килиш.
 - Кейинги муаммоларни ечиш учун дискуссия ахамиятини мухокама қилиб, катнашчиларининг индивидуал таассуротларини яқунлаш.
 - Дискуссияда эшитилган янгиликларни (фактлар, улар изохини бериш, узаро алоқадорлиги в.х.к.) таъкидлаш.
 - Эришган муваффақиятларини белгилаб, гуруҳ аъзоларига катнашганликлари ва хамкорликлари учун миннатдорчилик билдириш керак.
 - Катнашган даражасига мувофик балл куйиш керак.
6. Мухокама натижаларини баҳолаш, ўқитувчи учун критик ўз-ўзини анализ қилишини кўрсатади:
 - Мухокама тўғри режалаштирилиб ва тўғри ўтказилдими?
 - Ҳамма кераклик нарса айтилдими?
 - Дискуссия натижасига қушимча маълумотлар қандай таъсир қилди?
 - Саволларни тушунтириш учун қим ердам берди?
 - Қим саволларни тушунмади?
 - Қим фойдали ғояларни таклиф этди?
 - Қимни мавқеъи маъқул?
 - Дискуссия катнашчилари муваффақиятли иш бажарганликлари натижасида интузиазм сездиларми?

Ўқитувчи ҳамма бу саволларни гуруҳ билан бирга муҳокама қилиши, этапма-этап, секин-секин дискуссия максадига етишиш даражасини ва унинг конкрет хулосаларини аниқлаши мумкин.

Асосийси, дискуссия натижасида унинг предмети булган муаммоли саволга тугри ва тула жавоб топишдир. Бу тугриликни дискуссиянинг ҳамма катнашчилари уларнинг бирламчи нуктаи-назарига қарамадан тушуниши керак.

Жаридада дискуссия ўтказилганлиги қайд қилинади.

Дискуссия ўтказишга методик кўрсатма.

1. Дискуссия ўтказиш қақида талабалар олдиндан огоҳлантирилади. Умумий тема айтилади.
2. Бир нечта маърузачилар белгиланади. Улар мавзунинг алоҳида фрагментларидан (15 дақиқадан) доклад қиладилар (3-4 фрагмент) кўп бўлмаган вақт давомида.
3. Шу мавзулардан параллел равишда уларни тўлдириш, критик баҳолаш учун тайёрланадиган оппонентлар танланади.
4. Ҳамма талабалар докладчилар ва оппонентлар учун саволлар, шу жумладан қалғитувчи тайёрлайдилар.
5. Дискуссия юқорида кўрсатилган қоидаларга кўра ўтказилади.

Хулоса: Талабаларга эртанги мавзуга тайёрланиш тақидланилади, мустақил ишлари ёзилиши кераклиги айтилади.

12- мавзу: Бўғилишда қиёсий ташхис. Бронхоспастик синдром ҳақида тушунча. Бронхиал астма, сурункали обструктив бронхит, муковисцидоз, ўпка раки қиёсий ташхиси. Бўғилиш билан кечувчи касалликларда тезкор ёрдам кўрсатиш ва қиёсий терапия. Бронхообструктив синдромда УАВ тактикаси.

12.1. Таълим бериш технологиясининг модели

Машғулот вақти – 5 соат	Талабалар сони : 9 – 10 гача
Машғулот шакли	Кириш-ахборотли машғулот.
Машғулот режаси	<ol style="list-style-type: none"> 1. Бронхообструктив синдром, унинг юзага келтирувчи патогенетик омиллар тугрисида тушунчаларга эга булиш 2. Бронхообструктив синдром клиник белгилари ва унинг огирлигини баҳолаш буйича қуникмаларга эга булиш 3. Амбулатор шароитда бронхообструктив синдромни ташхислаш, пикфлоуметрия методи, уни ўтказиш техникаси ва натижаларни интерпретация қилишга доир

	амалий куникмаларни шакллантириш 4. Обструкцияни аникловчи функционал синамалар, уларни утказиш техникаси, курсатма ва карши курсатмаларини ургатиш
Ўқув машғулнинг мақсади:	Талабаларга бронхоспастик синдром, бронхиал астма ва УСОК ташхиси ва киёсий ташхисотига доир билим ва куникмаларни 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.

12.2. Амалий машғулнинг 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 машғулотида 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.	Қатнашдилар: 7-курс даволаш ва тиббий педагогика факультети талабалари
2 – асосий босқич. 150-дақиқа	1. Талабаларни кичик гуруҳларга бўлиб, мавзу бўйича саволларни беради. АЙЛАНМА СТОЛ УСУЛИ. Бу усулда мавзуга оид ёзилган саволлар ёзма равишда тарқатилади, ҳар бир талаба ўз жавоб вариантини ёзиб, кейинги талабага узатади, шу усулда Ҳамма ўз жавобини ёзади, шундан сўнг жавоблар Ассистент томонидан текширилади, нотўғри жавоблар ўчирилади ва тўғри жавоблар ҳисобланилади, шундан сўнг талаба 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	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Томоша қиладилар Қатнашдилар 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 : 225-дақиқа 5 соат		

Мавзуга оид саволлар:

1. Бўғилишда қиёсий ташхис.
2. Бронхоспастик синдром ҳақида тушунча.
3. Бронхиал астма, сурункали обструктив бронхит, муковисцидоз, ўпка раки қиёсий ташхиси.
4. Бўғилиш билан кечувчи касалликларда тезкор ёрдам кўрсатиш ва қиёсий терапия.
5. Бронхообструктив синдромда УАВ тактикаси.

Машғулоти баёни

Бронхиал астмани долзарб масалалари ёки ечими яқин йилларгача мунозарали бўлиб келган анча-мунча муаммолари ҳам борки, улар тугрисида тухталиб утиш лозим.

1. Бронхиал астма таърифи ханузгача турли мактаб ва муаллифлар томонидан турлича талкин қилиб келинмоқда. Бронхиал астма-енгил ташхисланувчи, лекин таърифланиши қийин бўлган касалликдир. (Д. 1979: Н.Р.Палеев ва б.к. 1990).

2. Охирги йилларда асосий мунозаралар БА да буладиган яллигланиш ва уни персистенцияси ҳақида давом этмоқда. Бу борада куплаб мамлакатларда (АҚШ, Англия, Австрия, Япония, Россия ав б.к.) миллий консенсуслар қабул қилинди интернационал ва халқаро маърузалар пайдо бўлди (Бронхиал астмага қарши курашиш буйича глобал стратегия, ВОЗ, 1995).

3. Бронхиал астамада бронхообструкция ва нафас йуллари гиперреактивлиги феноменлари етарли даражада асосланмай қилинаётган эди. Бу масалада ҳам ягона концепция яратилди: хусусан, бронхиал обструкциянинг бир неча турлари ажратилди: амалиётга «упканинг сурункали обструктив касалликлари» бирикмаси билан бронхообструкция-нинг маълум шакллари бирлаштирилган ҳолда киритилди. Булар «мулжалли» даволаш дастурлари яратилишига асос бўлди.

4. Маълумки, эпидемиология БА га оид самарали даволаш ва профилактика стратегиясини ишлаб чиқиш имконини яратади. Яқин йилларгача бу борада деярли маълумотларга эга эмас эдик. Лекин охирги 10-15 йиллар ичида БА га бағишланган эпидемиологик тадқиқотлар купайиши ва янги-янги этиологик омиллар аниқланди, бронхиал астмага қарши курашиш замонавий миллий дастурлари яратилиши учун пойдевор қуйилди.

5. Бронхиал астма фариэкономикаси жадал ишлаб чиқила бошланди ва бу хасталикни даволаш ишларини такомиллаштирувчи замонавий йуналишлар белгиланди.

БА таърифи ва унинг моҳияти ҳақида юқорида курсатиб утилганидек муайян тасаввурни шакллантириш мураккаб вазифа. Шунинг учун куплаб минтакалар асосида мазкур мунозарали муаммога нукта қуйиб амалиёт учун қулай бўлган таърифни тавсия этамиз. Бу таъриф А.Г.Чугалин ва Г.Б.Федосеевлар томонидан (1987) берилган, деярли купчилик олимлар уни эътироф этганлар: «Бронхиал астма бу нафас йулларини асосан хасталик кечиш билан ифодаланувчи, бронхлар реактивлигини узгариши билан утувчи иммунологик ва ноиммунологик механизм таъсиротида ривожланадиган, асосий клиник аломати бўлиб бронхлар силлик мушаклари спазми ва уларнинг шиллик каватлари шиши ҳамда гиперсекреция оқибатида келиб чиқувчи бугилиш хуружи ёки астматик ҳолат хисобланадиган сурункали қайталаниб кечувчи касалликдир»

«Астма» сузи юнончадан олинган в з у тез тезлашган ва юзаки нафасни англатади. Эпидемиологик текширувлар далолат беришларича, БА болалар орасида 8 - 10% катталарда эса деярли 5% аҳолида учрайди. Охирги ун йил ичида бу касаллик 50 фоиздан купрокка усган. Африка китъасининг айрим мамлакатларида унинг тарқалиши 70 фоиз ва ундан купрокка ортган. Яна шуни таъкидлаб утиш керак-ки, БА нинг 20 фоизи ун энгил ва урта огир даражасига, 60 фоизи эса огир даражасига тугри келади. Молиявий ресурсларни сарфланиши ҳам шунга монанд бўлиб, 60 фоиздан зиёд маблаг огир БА га, 40 фоиз маблаг эса унинг уртача огир даражадаги турларини даволашга кетади. Шундай қилиб, энгил даражадаги БА профилактик дастурларга жалб қилинмай қолади.

БА 1 боскич бугилиш хуружи билан намоён була бошлайди ва давом этади. Хуружнинг жадаллиги ва давомийлигига енгил, уртача огир ва огир.

БА енгил кечишида (I И, - ва IA₁) хуруж киска давом этади, йилда 2-3 марта кузгалади, хуруж тезда бартараф этилади. Хуружлараро даврда тулик ремиссия кузатилади ва яъни бронхоспастик синдром аломатлари умуман аникланмайди. Уртача огир даражада ифодаланиб кечувчи БА да эса (I И₂ - ва IA₂) касаллик давомида 3-4 марта кайталанади, бугилиш хуружи огиррок утади ва факат Р моддалар инъекция килингандан кейингина тухтайди. Хуружлараро доир нотулик ремиссия билан ифодаланади яъни кучсиз ифодаланган бугилиш давом этиб туради.

Юкоридагилардан фаркли уларок огир кечувчи БА (I И₃ - ва IA₃) тез-тез бугилиш хуружи (йилига 5 ва ундан ортик) булиб туриши ва кузгалиш даври чузилиб давом этиши билан ифодаланади. Хуружи огир утиб баъзида астматик холатга айланади ва уни тухтатиш учун бир неча гурух препаратлар кайта-кайта кулланилади. Ремиссия деярли кузатилмайди.

БА нинг иккинчи боскичида асоратлар келиб чиккан булади, нафас тартиботи буйлаб чукур морфологик ва функционал узгаришлар кузатилади.

Р.С.Фюдосеев маълум булган БА нинг икки турига янги клинико-патогенетик вариантларни киритди, яъни таснифи бойитди ёки у умумлашган холда куйидаги-ча ифодаланди:

1. Атопик
2. Инфекцияга мойил (инфекцион-аллергик)
3. Аутоиммун
4. Дисгормонал
5. Асаб-рухий зурикишли
6. Адренергик дисбалансли
7. Бронхлар реактивлиги бирламчи узгариши билан ифодаланувчи (бу гурухга аспирилли астма ва зурикишдаги астма хам киради)
8. Холинергик (А.Г.Чучалин ва Г.Б.Федосеев 1986).

Хулоса килиш мумкин-ки, мантикан БА-этиологияси ва патогенези табиатан турли булган касалликлар йигмасидир, лекин амалиёт нуктаи назаридан уни бир бутун нозологик бирлик сифатида кабул килиш макбулдир. Хозирча хасталикни шу йуналишда талкин килишга тугри келади, аммо якин келажакда, эхтимол уни инсон иммун тартиботининг бузилиши билан боғлиқ касаллик деб атармиз... Хар калай бундай башорат килувчи олимларнинг тарафдорлари ортиб бормокда.

БА - полиэтиологик касаллик хисобланади ва унинг келиб чикишида мойиллик яратувчи хамда бевосита чакирувчи омиллар мухим урин тутуди. Булар тупламига куйидагилар киради: тугма ва орттирилган биологик нуксонлар (бир кисми генетик бузилишлар туфайли ривожланади, хомила ривожланиши жараёнида, чакалоклик ва ундан кейинги даврда), астма олди касалликлари, ирсий мойиллик, хомиладорлик патологиялари, профессионал омиллар, климатометеорологик ва экологик омиллар

Биологик нуксонлар жумласига - хужайралар бета-адренергик сезгирлигини сусайиши, циклик нуклеотидлар хосил булишида иштирок килувчи ферментлар тартиботининг узгариши, транзитор неонатал иммунодефицит, макрофаглар функционал фаоллигини камайиши, зардоб омилининг фаоллашуви - трипсин микдорининг камайиши, Т-супрессор фаоллигининг етишмовчилиги, бронх ва упкаларни сезувчанлиги ва реактивликларини биологик фаол моддаларга, аллергенларга, ирритантларга, турли химик ва физик омиллар таъсиротига сезувчанликларининг ортиши, респиратор тизим семиз хужайралари гиперреактивлиги кабилар киради. Булар БА ни келтириб чиқаришида ахамият касб этувчи ички омиллар хисобланадилар. Бундан ташқари уни келиб чикишида катор ташки омиллар устуворлик киладилар: инфекциял аллергенлар, ноинфекцион аллергенлар, механик ва химик таъсиротлар, метеорологик ва физика - химик омиллар, рухий-зарба хамда асабий таъсирланишлар кабилар.

Азалдан хайвонлар ва усимликлар билан алоқадор кишиларда астма келиб чиқиши маълум (тушук астмаси, ут-уланли астма): оилавий, асаб тизими ва модда алмашинуви бузилишлари натижасида астмага мойиллик туғилиши мумкин.

Аллергенларга мувофиқ холда нутритив астма, примулан буладиган астма, урсолдан буладиган астма, жун румолдан буладиган астма ва б.к.лар. ҳамда инфекцион астма ходисалари ҳам аён.

Невроген омил бевосита таъсирида ҳам астма ривожланади. Бундан ташқари «астма туғиб берувчи» махсус нукталар китикланиши натижасида ривожланувчи рефлектор астмалар ҳам булади. Хусусан, бурун касалликларида (полипплар, бурун тусиги кийшайиши) унинг шиллик кавати нукталарини китикланиши, упкани (перибронхитлар, пневмосклероз) ут йуллари жинсий аъзолар ва упкадан узокда жойлашган аъзоларни таъсирланиши туфайли ҳам рефлектор астма пайдо булади.

Астма касалига чалинган беморларнинг купчилигида совукни сезувчанлик ортган булади совукдан буладиган эшак емига ухшаб) ёки бундай ходиса озик-овкатларга (сут, тухум) нафас билан олинган хавога терига тегиб турувчи (сирпанувчи) анжомларга нисбатан ҳам кузатилиши мумкин.

Бош мия ярим шари пустлоги бузилишлари билан келиб чикувчи астма ҳам маълум. Масалан, «гулли» астма билан хасталанган беморнинг кузи сунъий гулга тушган захотиёк хуруж бошланиши кузатилган.

Айрим холларда у касб билан боглик холда, маълум таъсирлагичлар таъсирида ривожланади - дорихоначиларда (ипекакуона таъсири), жунчиларда (урсол таъсири), ёки аллергияларнинг такроран таъсири туфайли (гуллар) ҳам пайдо булади.

Бронхиал астма касаллигини таснифида 2002 иилда кабул қилинган GINA (Global initiative for asthma) кенг кулланилган Унга кура бронхиал астма 4 та поғонага булинади

1. Интермиттирловчи астма – кундузги хуружлар сони хафтасига 1-2 марта. Тунги хуружлар ойига 1 мартадан кам. ПСВ 80% дан юкори. Вариабеллиги 15-% дан кам.
2. Енгил персистирувчи астма – кундузги хуружлар сони хафтасига 1 мартадан куп, кунга 1 мартадан кам. Тунги хуружлар ойига 1 мартадан куп, хафтасига 1 мартадан кам. ПСВ 80-60%. Вариабеллиги 15-20%
3. Урта огир персистирувчи астма – кундузги хуружлар хар куни. Тунги хуружлар хафтасига 1 мартадан куп, кунига 1 мартадан кам. ПСВ 80-60%. Вариабеллиги 20-30%
4. Огир персистирувчи астма – кундузги хуружлар хар куни бир неча марта, Тунги хуружлар деярли хар куни. ПСВ 60% дан кам. Вариабеллиги 30% дан юкори

Диагностикасида энг мухим текшириш усулларида бири пикфлоуметрия хисобланади. Пикфлоуметр- нафас чиқаришнинг максимал тезлигини аниқлайдиган асбоб булиб, унинг курсаткичлари пациент буйига, ёшига ва жинсига боглик.

Мавзуга асосан интерфаол усул

«Айланма стол» уйинини ўтказиш

Иш учун зарур

1. Алоҳида варағларда босилган саволлар ва ситуацион масалалар туркуми.
2. Гуруҳдаги талабалар сонига қараб қуръа рақамлари.
3. Тоза қоғоз варағлари, ручкалар.

Ишнинг бориши

1. Гуруҳдаги барча талабалар қуръа буйича 3 тадан бўлиб 3та гуруҳгача бўлинадилар.

2. Ҳар бир кичик гуруҳ аъзолари алоҳида столга ўтириб тоза қоғоз варағи ва ручка тайерлайдилар.
3. Қоғоз варағида сана, гуруҳ рақами, талабаларнинг Ф.И.О. (иш ўйини номи) ёзилади.
4. Кичик гуруҳ талабаларидан бири конвертдан савол олади. Саволлар даражаси барча кичик гуруҳлар учун деярли бир хил.
5. Талабалар қоғозда ўз саволларини ёзадилар.
6. Айлана бўйича ушбу савол туширилади.
7. Ҳар бир талаба ўз жавоб вариантини ёзиб варағни қўшнисига узатади.
8. Ҳар бир талаба учун 3 дақиқа вақт белгиланади.
9. Вақт тугагач ишлар ўқитувчига топширилади.
10. Барча қатнашчи талабалар натижаларни муҳокама қиладилар ва энг тўғри жавобларни танлайдилар, қайсики бу жавобларга мах. балл қуйилади.
11. Муҳокама учун 15 дақиқа вақт белгиланади.
12. Талабалар рейтинг бўйича машғулотнинг оғзаки қисми учун баҳоланадилар.
13. Талабалар олган баллар жорий баҳода назарда тутилади.
14. Жариданинг пастки қисмида иш уйини ўтказилганлиги белгиланиб, гуруҳ сардори ўз имзосини қўяди.
15. Талабалар иши ўқитувчида сақланади.

Иш уйинини ўтказиш учун комплекс саволлар

1. Бронхообструктив синдром, унинг юзага келтирувчи патогенетик омиллар тугрисида тушунчалар.
2. Бронхообструктив синдром клиник белгилари ва унинг оғирлигини баҳолаш
3. Амбулатор шароитда бронхообструктив синдромни ташхислаш, пикфлоуметрия усули, уни ўтказиш техникаси ва натижаларни интерпретация қилиш.
4. Обструкцияни аниқловчи функционал синамалар, уларни ўтказиш техникаси, курсатма ва карши курсатмаларини ўргатиш
5. Обструктив бронхит ва бронхиал астманинг турли шакллари.
6. Обструктив бронхити бўлган беморларни меҳнатга лаёқатлигини аниқлаш.

Хулоса: Ўтилган мавзунини яқунлаш ва уйга вазифа бериш.

Мавзу №13. Обструктив бронхит ва бронхиал астманинг турли шакли ва патогенетик вариантлари авж олиш ва ремиссия давларида диспансер кузатув ва амбулатор даволаш. Шифохонага ётқизиш кўрсатма. Меҳнатга лаёқатини аниқлаш. Профилактика

13.1. Таълим бериш технологиясининг модели

Машғулот вақти – 6 соат	Талабалар сони : 9 – 10 гача
Машғулот шакли	Кириш-ахборотли машғулот.
Машғулот режаси	<ol style="list-style-type: none"> 1. Обструктив бронхит ва бронхиал астмага олиб келувчи касалликларни сабабларини ўрганиш 2. Обструктив бронхит ва бронхиал астманинг ривожланиш механизмлари ва белгилари ҳақида тушунчаларга эга бўлиш 3. Обструктив бронхит ва бронхиал астманинг клиник ва инструментал диагностикасини ўрганиш, ЭКГ ва рентген суратларини таҳлил қилиш кўникмаларига эга бўлиш 4. Обструктив бронхит ва бронхиал астмани касаллигини

	даволаш ва асоратларини олдини олиш принципларини ўрганиш
Ўқув машғулнинг мақсади:	Обструктив бронхит ва бронхиал астманинг турли шакли ва патогенетик вариантлари авж олиш ва ремиссия даврларида диспансер кузатув ва амбулатор даволаш. Шифохонага ётқизиш кўрсатма. Мехнатга лаекатини аниклаш. Профилактика
Таълим бериш усуллари	Кўргазмали, суҳбат
Таълим бериш шакллари	Оммавий, жамоавий
Таълим бериш воситалари	Ўқув кўлланма, дарслик, маъруза матни, проектор, компьютер
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория.
Мониторинг ва баҳолаш.	Оғзаки назорат: савол – жавоб.

13.2. Амалий машғулнинг 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 машғулотидаги 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.	Қатнашдилар: 7-курс даволаш ва тиббий педагогика факультети талабалари
2 – асосий босқич. (60 дақиқа) 15-дақиқа 45-дақиқа 45-дақиқа 30-дақиқа (195-дақиқа)	1. Талабаларни кичик гуруҳларга бўлиб, мавзу бўйича саволларни беради. «Заиф ҳалқа» усули Гуруҳдаги талабалар доира ҳосил қилиб ўтирадилар. Талабаларга навбат билан мавзу юзасидан тез ва қисқа жавоблар талаб қилинадиган саволлар берилади ва жавоб бера олмаган талаба ўйиндан чиқади. Энг охирида қолган талаба кўп саволларга тўғри жавоб берган бўлади. 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	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Томоша қиладилар Қатнашдилар Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар
3. Яқуний босқич (45 дақиқа)	1. Яқунловчи хулоса қилади 2. Мустақил иш беради 3. Уйга вазифа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади
Жами: 270-дақиқа 6 соат		

Мавзуга оид саволлар:

1. Обструктив бронхит ва бронхиал астма касаллигини келиб чиқиш сабабларини
2. Обструктив бронхит ва бронхиал астма касаллигининг таснифи

3. Обструктив бронхит ва бронхиал астма касаллигининг қиёсий ташхисини
4. Обструктив бронхит ва бронхиал астма касаллигининг келиб чиқиш механизмини
5. Ўткир астма ҳолатида шошилиш ёрдами
6. Обструктив бронхит ва бронхиал астма касаллигининг амбулатор давоси ва профилактикаси
7. Обструктив бронхит ва бронхиал астма меҳнатга лаёқатлилигини текшириш.

Машғулоти баёни

Ўпка обструктив касалликлари сурункали касаллик бўлиб, касаллик асосида нафас йулларининг кучайиб боровчи обструкцияси ва ўпка гипертензияси ривожланиши билан характерланади. Бу касалликлар жумласига (сурункали обструктив бронхит, бронхиал астма, эмфизема, бронхиолит, муковисцидоз, бронхоэктаз) касалликлари киради. Ўпканинг сурункали обструктив касалликлари узок кечиши, иккала ўпканинг диффуз ҳолатда зарарланиши ва бунинг оқибатида нафас жараёнларининг бузилиши оқибатида куп холларда юрак –томир касалликларига яъни юракнинг зарарланишига олиб келади. ЎСОК оқибатида ўнг қоринча гипертрофияси, катта кон айланиш доирасида димланиш ривожланади. Бу жараёнлар умумлаштирилиб, ўпка -юрак (cor-pulmonale) синдроми деб юритилади. Ўпка-юрак синдроми - ҳам нафас етишмовчилиги ҳам юрак етишмовчилиги билан характерланади.

Ўпканинг сурункали обструктив касалликлари охириги йилларда барча мамлакатларда ошиб бориши таъкидланапти. Бу бир томондан экологик муаммоларнинг ошиб бориши ва аҳоли орасида чекишнинг ортиб бориши билан тушунтирилса, иккинчи томондан касалликнинг диагностикаси яхши йулга куйилмаганлигидан деб тушунтирилмоқда. Юрак-томир тизими касалликлари ва онкологик касалликлардан кейин улим структураси орасида нафас аъзолари касалликлари (сил касаллиги билан бирга) учинчи уринда, баъзи мамлакатларда эса юрак-томир касалликларидан сунг иккинчи уринда туради. Шунини таъкидлаш жоизки, юрак –томир касалликларидан улим ҳолатлари йилдан-йилга камайётган бўлса, аксинча нафас аъзолари касалликлари натижасида улим ҳолатлари купайиб бормоқда. БЖССТ маълумотларига кўра ЎСОК ларидан хар йили 2,7 млн киши вафот этади. Ўлим кўрсаткичларининг бу қадар юқорилигига сабаб касалликларнинг кеч диагностика килиниши ва ноадекват даволанишидир. Ўзбекистон Республикасида 2001 йилда ўпканинг сурункали обструктив касалликлари 387,54 тани, Тошкентда 3052 тани ташкил этган. Бронхиал астма касаллиги билан улим ҳолати эса 100 000:5 нисбатда даволаш эффектсизлиги 35%, ингалятордан нотугри фойдаланиш 30%, тамаки чекувчиларда 80% касаллик учраши аниқланган. Касалликнинг мавсумийлиги характери куз-бахор ва киш ойларида куп кузатилмоқда. Касалликни бу ойларида куп учраши усимликлар гуллаган пайтда ва хуружлар купрок курук шамолли кунларда яъни хаводаги чанглари энг юқори микдорда бўлганда кузатилаяпти.

Сурункали ўпка-юрак синдромининг юзага келиши ўпканинг сурункали носпецифик касалликлари орасида 3%ни ташкил қилади. юрак етишмовчилигидан ўлим орасида 30%и ўпка юрак етишмовчилиги натижасидир. Марказий Осиё республикаларида нафас органлари касалликларидан улим ҳолати Европадан 1,5-2 марта юқори. Марказий Осиё республикаларида 1992 йилдан буён УСОК билан касалланиш 65% га усган. (Н. Бримкулов 1999) Нафас органлари касалликлари улим ҳолатлари 16,1%ни ташкил қилади. Касалланиш Қорақолпоғистон, Навоий, Тошкент вилояти ва Тошкент шаҳрида юқори.

Шифохоналарда пульмонологик ўринлар сони кардиологик ўринларга караганда анча кам, шу билан бирга пульмонолог врачларлар ҳам кардиологлардан 4 марта камрок. ЎСОК 10 ёшларда 3-6 %, 70 ёшда 24,1% гача учраши аниқланган. (А. М. Убайдуллаев, 2004) ЎСОК эркакларда аёлларга нисбатан 1,65 марта купрок учрайди. Сунгги 10 йил ичида аҳоли орасида улим 21% га камайган бўлсада, респиратор патологиядан улим ҳолатлари 70% га ўсган. Америкада бу кўрсаткич 100000 аҳолига 18.6ни ташкил қилади. Ўзбекистонда охириги ўн йилда ЎСОК билан касалланиш 2,5 мартага ошган. Нафас

касалликларидан ВМЯ ҳолатлари 12%га, ногиронлик 3% га ошган. (А. М. Убайдуллаев, 2004)

Сурункали ўпканинг обструктив касаллиги (СЎОК)-бу шундай ҳолатки сурункали нафас йўллариининг эмфиземаси ва бронхиал касаллик натижасида нафас йўллариининг ўтказувчанлигининг орқага қайтмас даражада бузилиши тушинилади.; клиник кўринишида беморни балғамли йўтал ва ҳансираш , ва ундан ортиқ давом этадиган касаллик. Бронхларнинг обструкцияси бронхиал астманинг гиперреактивлиги билан кузатилиб, қисман орқага қайтадиган жараёндир ЎСОК кўпинча ўпка гипертензияси ва сурункали ўпка юракни келтириб чиқаради

Асосий хавф омиллари

- Тамаки тутуни.
- Ҳавонинг ишлаб чиқариш чанглари ва автомобил газлари, ҳамда бошқа қуёвчи чиқиндилар.

Болалигидаги нафас йўллариининг инфекциялари.

Таснифи ва клиник мезонлари

ЎСОК кечиши бўйича қуйидаги босқичларга эга:

- **0 босқич: сурункали обструктив бўлмаган бронхит.**

Сурункали йўтал ва балғам, ўпканинг функцияси ўзгармаган.

- **I-босқич: ЎСОК енгил даражаси.**

Балғамли йўтал, ҳансираш йўқ ёки билинмас даражада. Жисмоний фаолияти бузилмаган. $ОФВ_1$ (ва ПСВ) $\geq 80\%$ олдинги кўрсаткичига нисбаттан, $НОХ_1/ФЖЕЛ < 70\%$.

- **II-босқич: СЎОК ўрта оғирлик.**

Жисмоний зўриқишдан сўнгра ҳансираш (ва/ёки хириллашлар) йўтал (балғамли ёки балғамсиз), аускультацияда қуруқ хириллашлар. $ОФВ_1$ (и МСВ) ≥ 30 , лекин 80% дан кам, $ОФВ_1/ФЖЕЛ < 70\%$.

- **III-босқич: ЎСОК оғир даражаси.**

Кам жисмоний ҳаракатдан кейинги ҳансираш, хириллашлар ва йўтал доим мавжуд. Беморларда нафас ёки ўнг қоринча етишмовчилиги кузатилади. $ОФВ_1$ и МСВ $< 30\%$ кам

Лаборатор-инструментал текширишлар:

Лаборатор-текшириш:

Шарт

- Биринчи марта келганда умумий балғамни текшириш ҳар гал касаллиги кўзиганда.

Кўрсатма бўйича:

- Умумий қон таҳлили (фаоллик даражасини аниқлаш ва эритроцитозни тасдиқлаш.).

Инструментал:

Шарт:

- Биринчи марта текширилганда кўкрак қафасини рентгенологик текшириш, кейинчалик 1 йилда бир марта.
- Брехолитик синама билан биргаликда ташқи нафас фаолиятини ($ОФВ_1$ ёки пикфлоуметрия) йилида 2-3 марта текшириш.

Кўрсатма бўйича:

- Электрокардиография (ўпка юракни ташхислаш учун ёки ритм бузилишлари ва ўтказувчанликни аниқлаш мақсадида).

СЎОК қўзиш давридаги даволаш.

1. **Бронхолитиклар:**
2. **Глюкокортикостероидлар:** агарда ОФВ 50% дан кам бўлса унда 30 мг преднизолон бериледи 7-8 кун давомида.
3. **Антибактериал препаратлар:** агарда беморнинг брохларида бактериал яллиғланиш жараёни кузатилса (йирингли балғам, хансираш, иситма, интоксикациянинг бошқа белгилари). Антибактериал даво 7-10 кун.

Биринчи қатордаги препаратлар:

- Амоксициллин 1г.дан кунига 4 марта
- Эритромицин 0,5г.дан суткасига 4 марта

Даво давомийлиги касаллик кўзиганда - 5-7-10 кун.

Давонинг самарадорлик белгилари:

- Касаллик белгилари йўқолади.
- Ҳолати яхшиланади.

СЎОК давоси бутун умрли жараёндир-базисли даво билан биргаликда. Даволаш ишлари амбулатордир .

Даволашнинг асосий компонентлари:

1. Беморни ўргатиш.
2. Хавф омилларини йўқолиши (чекишни ташлаши).
3. Дори воситалари
 - Бронхолитик препаратларни қадамли бериш (схеме асосида).
 - Муколитическ препаратлар.
 - Ингаляцион кортикостероидлар.
 - Антибактериал препаратлар (фақат кўзиш даврида).
4. Реабилитацион даво.
5. Узоқ вақтли оксигенотерапия

Беморни ўргатиш.

Касаллиги тўғрисида маълумот бериш, касаллик хавф омилларини билиши, чекишни ташлаши.

14– мавзу: Ўпка-юрак қиёсий ташхиси. Ўткир ва нимўткир ўпка-юракда шошилиш ёрдам. Сурункали ўпка юракли беморларни олиб бориш тактикаси. Шифохонага ётқизиш кўрсатма. Мехнатга лаёқатини аниқлаш. Профилактика.

14.1. Таълим бериш технологиясининг модели

Машғулот вақти – 5 соат	Талабалар сони : 9 – 10 гача
Машғулот шакли	Кириш-ахборотли машғулот.
Машғулот режаси: 1.Ўпка-юрак синдромига олиб келувчи касалликларни сабабларини урганиш 2.Ўпка-юрак синдромини ривожланиш механизмлари ва белгилари хақида тушунчаларга эга булиш 3.Ўпка- юрак синдромини клиник ва инструментал диагностикасини	Мавзунинг қисқача аннотацияси: Ўпка-юрак синдромига олиб келувчи касалликларни сабабларини урганиш Ўпка-юрак синдромини ривожланиш механизмлари ва белгилари хақида тушунчаларга эга булиш Ўпка- юрак синдромини клиник ва инструментал диагностикасини урганиш,

урганиш, ЭКГ ва рентген суратларини таҳлил қилиш кўникмаларига эга бўлиш 4. Ўпка-юрак синдромига олиб келувчи касалликларни даволаш ва асоратларини олдини олиш принципларини ўрганиш	ЭКГ ва рентген суратларини таҳлил қилиш кўникмаларига эга бўлиш Ўпка-юрак синдромига олиб келувчи касалликларни даволаш ва асоратларини олдини олиш принципларини ўрганиш
Ўқув машғулнинг мақсади:	Ўпка-юрак қиёсий ташхиси. Ўткир ва нимўткир ўпка-юракда шошилиш ёрдам. Сурункали ўпка юракли беморларни олиб бориш тактикаси. Шифохонага ётқишиш кўрсатма. Меҳнатга лаёқатини аниқлаш. Профилактика
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 машғулнинг 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 машғулотида 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.	Қатнашдилар: 7-курс даволаш ва тиббий педагогика факультети талабалари
2 – асосий босқич. 150	1. Талабаларни кичик гуруҳларга бўлиб, мавзу бўйича саволларни беради. Галерея бўйлаб тур усули Талабалар бир нечта кичик гуруҳларга бўлиниб, уларга бирта муаммо ёки вазиятли масала берилади. Ҳар бир гуруҳ ўзининг жавобини ёзиб бошқа гуруҳ жавоб варақалари билан алмашинади. Кейинги гуруҳ олдинги гуруҳнинг жавобини баҳолаб, агар жавоб тўлиқ бўлмаса унда ўзининг вариантини таклиф этади. Талабалар ўз жавобларини берганларидан сўнг ва ўз ўртоқлари жавобларига қўшимча киритганларидан сўнг улар биргаликда таҳлил қилиниб энг тўғри жавоблар танланиб баҳоланилади. 2. Кўргазмали плакатлардан фойдаланади 3. Слайдлар, мультимедиялардан фойдаланади	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Томоша қиладилар Қатнашдилар Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар

	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		

Мавзуга оид саволлар:

1. Ўпка-юрак касаллигининг келиб чиқиш сабабларини
2. Ўпка-юрак касаллигининг Таснифини
3. Ўпка-юрак касаллигининг Қиёсий ташхисини
4. Ўпка-юрак касаллигининг Келиб чиқиш механизмини
5. Ўпка-юрак касаллигида шошилиш ёрдамни
6. Ўпка-юрак касаллигининг амбулатор давоси ва профилактикаси
7. Ўпка-юрак касаллигининг меҳнатга лаёқатлилигини текшириш.
8. Ўпка-юрак касаллигининг асосий клиник ва лаборатор текшириш

Машғулот баёни

Ўпка-юрак деганда нафас системаси органларининг касалликлари туфайли кичик қон айланиш системасида қон босими ошиб кетиб (ўпка гипертензияси), натижада юрак ўнг қоринчасининг қалинлашиши (гипертрофияси) ва кенгайиб кетиши тушинилади. Юрак пороклари туфайли келиб чиққан юрак ўнг қоринчасининг гипертрофияси ва кенгайиб кетиши бу тушунчага кирмайди.

Ўпка-юрак етишмовчилиги деганда декомпенсациялашган ўпка-юрак, яъни нафас системаси касалликлари ва ўпка етишмовчилиги туфайли келиб чиққан юрак ўнг қоринчасининг етишмовчилиги тушинилади.

Ўпка-юрак сабаблари ва ривожланиши. Ўпка-юракнинг ривожланишига олиб келадиган барча касалликлар 3 гуруҳга бўлинади. Биринчи гуруҳга бронх-ўпка системасини бевосита зарарлантирадиган барча касалликлар киради. Иккинчи гуруҳга кўкрак қафасининг ўзгариши натижасида ўпкада ҳаво алмашишининг бузилишига олиб келадиган касалликлар: кифосколиоз ва кўкрак қафасининг бошқа қийшиқликлари, торакопластика, плевра фибрози, сурункали нерв-мускул касалликлари, ҳаддан ташқари озиб кетиш, идиопатик алвеоляр гиповентиляция, Пиквик синдроми ва бошқалар киради. Учинчи гуруҳга ўпка томирларини бирламчи зарарлантирадиган касалликлар: бирламчи ўпка гипертензияси, тугунчали периаартериит ва васкулит касалликлари, бирламчи ўпка тромбози, ўпкadan ташқаридаги томирлар тромбозидан келиб чиққан ўпка томирларининг эмболияси, шистосомоз касалликлари, умуртқа поғонаси билан кўкрак қафаси оралиғида жойлашган ўсмалар, ўпка артериялари ва веналарини қисадиган аневризмалар ва бошқалар киради.

Сурункали ўпка-юракнинг энг кўп учрайдиган ва муҳим сабаблари бўлиб сурункали бронхит, бронхиал астма, ўпка эмфиземаси ва пневмосклерози, ўпканинг паразитар касалликлари, кўкрак қафасининг қийшиқликлари ва ўпка томирларининг тромбоэмболик касалликлари ҳисобланади.

Ўткир ўпка –юрак сабаблари:

- ❖ Ўпка артерияси эмболияси;
- ❖ Клапанли пневмоторакс, пневмомедиастенум;
- ❖ Бронхиал астманинг оғир хуружлари;

- ❖ Катта майдонни эгалаган зотилжам;
- ❖ Куп суюклик тупланиши билан кечадиган экссудатив плеврит.

Ўткир ости ўпка –юррак сабаблари

- Ўпка артериясининг майда тромбоземболиялари;
- Бронхиал астманинг чузилган такрорий хуружлари;
- Ўпканинг рак лимфангиити;
- Сурункали гиповинтиляция (ботулизм, полиомиелит, миастения)

Сурункали ўпка-юррак сабаблари

- ✓ Бирламчи ўпка гипертензияси;
- ✓ Такрорий ўпка артерияси эмболиялари;
- ✓ Ўпка резекцияси;
- ✓ Артериитлар;
- ✓ Умуртка погонаси ва кукрак кафаси деформацияси;
- ✓ Пиквик синдроми (семизлик);
- ✓ Плеврал чандиклар;
- ✓ Ўпка поликистози;
- ✓ Ўпканинг сурункали касалликлари.

Ўпка гипертензияси

Ўпка артериясидаги босим нормал курсаткичлардан юкори булади.

Ўпка артерияси босимининг нормал:

- Систолик босим -26-30 мм.с.у.тенг;
- Дисатолик босим -8-9 мм.с.у.тенг;
- Ўртача босим 13-20 мм.с.у.тенг.

Сурункали ўпка –юррак келиб чиқиш механизми

- Бронхлар утказувчанлигининг бузилиши (обструкция);
- Нафас олиш майдонининг камайиши (рестрикция);
- Альвеоляр вентиляциянинг номувофиклиги(альвеоляр гипоксия);
- Артериал гипоксемия;
- Артериолалар тонусининг ошиши (рефлекс Эйлер-Лильестранда);
- Узок давом этган ўпка артерияси спазми;
- Ўпка гипертензияси;
- Ўнг бўлмача ва ўнг қоринча гипертрофияси;
- Миокарддаги метоболизм бузилишлари;
- Ўнг қоринча дилатацияси ва етишмовчилиги.

Ўпка-юрракнинг ривожланиш механизми нафас етишмовчилигининг ривожланиш механизми билан боғлиқ. Ўпка касалликларидаги нафас етишмовчилигининг асосида ўпка вентиляциясининг обструктив, рестриктив ва аралаш бузилишлари ётади. Кўпроқ обструктив ва аралаш бузилишлар кузатилади. Обструктив бузилишларда бронх йўлларида ҳаво оқимиға бўлган қаршилиқ ошиб кетадию вентиляциянинг рестриктив бузилишларида эса ўпканинг эластиклиги пасайиб кетади. Вентиляциянинг аралаш бузилишларида нафас механикасининг иккала кўрсаткичи бир хил даражада бузилган бўлади.

Ўпка эластиклигининг ва бронх йўллари ўтказувчанлигининг бузилиши альвеоляр вентиляциянинг нотекислигига ва альвеоляр ҳавода кислород порциал босимининг камайиб кетишиға олиб келади. Ана шу альвеоляр гипоксияға жавобан ўпка артерияларининг систем торайиши кузатилади. Бунга Эйлер-Лильестранд рефлекси деб

аталади. Оқибатда кичик қон айланиш системасида қон босими кўтарилиб кетади. Соғлом одамда ўпка артериясида систол қон босими 25-30 мм.с.у.га, диастолик қон босим 5-10 мм.с.у га тенгдир.

Альвеоляр гипоксия натижасида кичик қон айланиш системасида қоннинг кислород билан тўйиниши пасайиб кетади. Натижада артериал гипоксия келиб чиқади. Артериал гипоксемия аортал каротид зонасидаги хеморецепторларнинг кўзғалиши туфайли қоннинг минутлик хажми ошишига олиб келади. Артериал гипоксемия туфайли тўқималарнинг кислород билан таъминланиши пасайиб кетиши мумкин. Бунинг олдини олиш мақсадида рефлектор равишда қизил қон таначаларини ишлаб чиқариш, яъни эритропоэз кучаяди. Қоннинг умумий миқдори ошади ва ёпишқоқлиги кучаяди.

Кислород етишмовчилиги туфайли тўқималарда модда алмашинуви бузилиб, сут кислотаси ва бошқа биологик аминларнинг ҳосил бўлиши кучаяди. Бу моддалар ўпка артериясида қон босимининг янада ошишига олиб келади.

Ўпка артериясида қон босимининг ошишига капилляр томирларнинг ўпка эмфиземаси, алвеола ва бронхиолаларда босимнинг ошиши туфайли эзилиши ҳам сабаб бўлади.

Ўпка-юракнинг келиб чиқиши ва ривожланишида капиллярлар ва ўпка артериясида бўлиниб кетган майда тармоқларининг микроскопик эмболлар билан тўсилиб қолиши ҳам муҳим роль ўйнайди. Бу ҳодиса, айниқса, нафас органларининг сурункали касалликларида кузатиладиган иккиламчи эритроцитоз ва қон қуюқлигининг ортиб кетиши туфайли бўлади.

Чўзилиб кетган нафас қисми даврида кўкрак қафаси ички босимининг ошиши ва нафас биомеханикасининг бузилиши кузатилади. Булар ҳам ўпка артериясида қон босимининг ошишига сабаб бўлади.

Юқорида кўриб ўтилган барча кўп сонли олимлар барқарор ўпка гипертензияси шаклланишига олиб келади. Ўз навбатида ўпка гипертензияси юракнинг ўнг бўлимлари деворининг қалинлашувига олиб келади: олдин ўнг қоринча, кейин ўнг бўлмачанинг деворлари қалинлашади. Кейинчалик мавжуд артериал гипоксемия юрак ўнг бўлимларининг меокардида дистрофик ўзгаришлар келтириб чиқаради. Бу эса юрак етишмовчилигининг ривожланишига сабаб бўлади.

Юрак етишмовчилигининг белгилари ҳали кузатилмасдан фақат юрак ўнг қоринчасининг қалинлашиш ва кенгайиш белгилари мавжуд бўлса, компенсациялашган ўпка-юрак ташҳиси қўйилади. Бу даврда ўнг қоринча ўз вазифасини зўриқиб бўлса ҳам бажариб турган бўлади. Юрак ўнг қоринчаси етишмовчилигининг белгилари пайдо бўлса, ўпка-юрак етишмовчилиги ташҳиси қўйилади.

Ўпка-юракнинг клиникаси. Сурункали ўпка-юракнинг кўринишлари қуйидаги 3 гуруҳ аломатларидан иборат бўлади: 1) сурункали ўпка-юрак ривожланишига олиб келган асосий касаллик аломатлари; 2) ўпка етишмовчилигининг аломатлари; 3) юрак ўнг қоринчаси етишмовчилигининг аломатлари.

Сурункали ўпка-юракнинг ривожланишидан, кичик қон айланиш гипертензиясининг келиб чиқишидан олдин ўпка етишмовчилиги келиб чиқади. Ўпка етишмовчилиги организмнинг шундай ҳолатики, унда қондаги газлар миқдорини нормал даражада тутиб туриш таъминланмайди ёки унга ташқи нафас олиш аппаратининг зўр бериб ишлаши ва юрак вазифасининг олиши ҳисобига етишилади. Бу эса организмнинг функционал имкониятларини камайтиради.

Ўпка етишмовчилигининг 3 та даражаси ажратилади: 1-даражасида ҳансираш ва юрак уриб кетиши юқорироқ даражадаги жисмоний кучланишда пайдо бўлади. Одатда бундай кучланишлар соғлом одамда ҳансираш ва юрак уриб кетишига сабаб бўлмайди. Цианоз белгилари аниқланмайди. Ташқи нафас кўрсаткичлари тинч ҳолатда тегишли катталикларга тўғри келади. Аммо жисмоний иш бажарганда номуттаносиб ўзгаради. Максимал ўпка вентиляцияси пасаяди. Қондаги газлар миқдори ўзгармайди.

Ўпка етишмовчилигининг 2 даражасида ҳансираш ва юрак уриб кетиши оз-моз жисмоний кучланишдаёқ пайдо бўлади. Ўпка ҳажмларининг қиймати нормадан

четлашган бўлади. Максимал ўпка вентиляцияси анча пасаяди. Цианоз аниқ кўриниб туради. Қондаги газларнинг миқдори вентиляция кучайиши туфайли ё ўзгармайди ёки бир оз ўзгаради.

Ўпка етишмовчилигининг 3 даражасида ҳансираш ва юрак уриб кетиши тинч ҳолатда ва доимо кузатилади, цианоз жуда ҳам яққол кўриниб туради ва тарқалган бўлади. Ўпка ҳаётий сифимининг кўрсаткичлари анча пасаяди, максимал ўпка вентиляциясини аниқлаб бўлмайди. Қондаги кислород миқдори камайиб (гипоксемия), карбонат ангидриднинг миқдори ошиб кетади (гиперкапния).

Ўпка-юрак ўпка етишмовчилигининг иккинчи ва айниқса учинчи даражасида ривожланади.

Компенсациялашган ўпка-юрак. Ўпка-юракнинг бу даврида юракнинг ўнг қоринчаси ўз ички имкониятларини ишга солиб, вазифасини лозим бўлган даражада бажариб туради (М:юрак мускулининг гипертрофияси туфайли). Бу даврда касалларнинг шикоятлари асосий касаллик ва нафас етишмовчилигининг даражаси билан аниқланади. Уларнинг шикоятлари асосан нафас қисилишидан яна ҳаво етишмаслигидан иборат бўлади. Ўпка-юракда учрайдиган аломатларнинг кейингиси кўкариш ҳисобланади. Бу белги аралаш ва рестриктив жараёнларда айниқса яққол кўринади. Кўкариш кўпинча диффуз, яъни кенг тарқалган бўлиб, юз териси, бўйин, кўкрак қафасининг юқори қисми ва қафтларни эгаллайди. Ўпка-юрак учун “илиқ” цианоз характерлидир, яъни касалнинг қўл ва оёқ бармоқлари ушлаб кўрилганда илиқ бўлади (юрак етишмовчилиги учун “совуқ” цианоз хос бўлади). Ўнг қоринча гипертрофиясининг тўғридан-тўғри белгиси тўш ости чуқурчасида аниқланадиган кучли тарқоқ юрак турткиси ҳисобланади. Шу билан бирга ўпка эмфиземасида тўш ости турткиси ўнг қоринча гипертрофияси йўқ пайтида ҳам кузатилиши мумкин. Компенсациялашган ўпка-юракнинг ўзигагина хос аускультатив белгилар бўлмайди. Аммо ўпка артериясининг устида иккинчи тоннинг кучайиши ва икки қисмга бўлиниши кузатилса, ўпка гипертензисини борлиги ҳақидаги тахмин ҳақиқатга яқин бўлиб қолади. Рентгенологик усуллар ўпка-юракнинг дастлабки белгиси бўлган ўпка артерияси конусининг шишиб чиқиши ва кенгайганлигини аниқлашга имкон беради. Электрокардиография – ўпка-юрак ташхисини аниқлашнинг энг кенг тарқалган қонсиз методидир. Ўнг қоринча ва ўнг бўлмача гипертрофиясининг ишончли тўғридан-тўғри ЭКГ белгилари бор. Кўкрак уламаларида R тишининг катта бўлиши, иккинчи ва учинчи стандарт, ўнг кўкрак уланмаларида P пульмонале пайдо бўлади (яъни P тишчаси кенгайиб, баландлашиб, баъзан икки фазали бўлиб кетган бўлади). Фонокардиографияда Грехем-Стилл диастолик шовқинини, иккинчи тон ўпка қисмининг юқори амплитудасини аниқлаш мумкин.

Ўпка-юракни даволаш

1. Бронх-ўпка касалликлари кўзиш босқичида:

- Антибиотиклар;
- Балгам кучирувчилар;
- Тозаловчи бронхоскопия.

2. Систем васкулитларда:

- Глюкокортикоидлар;
- Ностероид яллигланишга қарши воситалар;
- Цитостатиклар;
- Плазмофарез.

3. Ўпка туберкулёзида:

- Туберкулостатиклар;
- Антибиотиклар.

- 4. Семизлик (Пиквик синдроми):
 - Рационал овкатланиш.
4. Бронхлар ўтказувчанлигини яхшиловчи препаратлар: - бронхолитиклар
- Антихолинергик препаратлар – атровент, беродуал;
 - Селектив бетта-2 агонистлар-беротек, сальбутамол, узок таъсир этувчилардан-сальмотерол;
 - Метилксантлар-эуфиллин вена ичига ёки шамча шаклида, узок таъсир этувчи теофиллин гурухидан-телонг, теопак, суткасига 2-марта;
 - Корватон (мольсидимин)-стабил упка гипертензиясининг 2-3 даражаларида кулланилади;
 - Периферик вазодилататорлар-нитратлар: узок таъсир этувчилардан нитронг, сустак, нитросорбит-20 мг.дан кунига 4 марта 1-1,5 ой давомида;
 - АПФ ингибиторлари: каптоприл, капотен, тензиомен-суткалик дозаси 25, 75, 100 мг.дан, рамиприл 2,5-5 мг.дан;
 - Сийдик хайдовчи воситалар: фурасемид, лазекс, калий сакловчилардан-верошпирон, тримтерен, триампур, спиронолактон.
5. Оксигенотерапия:
- Узок таъсир этувчи оксигенотерапия (ДОТ);
 - Тунги узок таъсир этувчи оксигенотерапия
6. Ўпка артериясидаги босимга таъсир этувчи препаратлар:
- Нифидипин 40-80 мг.сут;
 - Дилтиазем (дильзем)-75 мг;
 - Верапамил-80, 120, 140 мг.

Даво курси 3-4 хафтадан бошлаб, то 3-12 ойгача.

- Гемериологик бузилишларни корекцияловчи препаратлар: гепарин 10000-15000 ТБ т/о га 2-3 марта суткасига, 10-14 кун давомида, Реополиглюкин 200-400 мл в/и хафтада 2 марта.
- Дезагрегантлар: курантил-0,025 мг.дан 4 марта ичишга, трентал 100-200 мг.дан 3-4 марта ичишга, ацетилсалицил кислотаси кичик дозада.
- Гемосорбция муоложалари;
- Эритроцитофорез касалларда кон куюклашганда кулланилади.

Бутун эътиборни ўпка-юракни келтириб чиқарадиган касалликларни пухта даволашга қаратиш лозим.

Ўпкада яллиғланиш жараёни зўрайган даврда антибактериал дорилар қўлланилади. Антибиотиклардан пенициллиннинг янги ярим синтетик препаратлари, цефасосфоринлар, аминогликозидлар, янги тетрациклинлар қўлланилади. Антибиотикларни танлашда асосий касалликни келтириб чиқарган микроорганизмларнинг хусусияти, антибиотикларга сезувчилиги эътиборга олинади. Айниқса антибиотикларни эндобронхиал йўл билан йубориш яхши натижа беради.

Сульфаниламидлардан бисептол, сульфадиметоксин, сульфален ва бошқалар кенг ишлатилади.

Бронхлар қисилишини йўқотиш мақсадида симпомиметиклар ва эйфилин қўлланилади. Бронхоспазм асосида холинергик механизм ётган бўлса атромент дориси ёрдам беради. Холинергик механизм шароитида кўп суяқ балғам ажралади. Бронхларни кенгайтирадиган янги дори беродуал яхши фойда беради. Чунки у беротек билан атровент препаратларининг фойдали хусусиятларини ўзида жамлаган.

Бронхлар қисилишини ва ўпка артерияси системасида босимни камайтиришда теофиллин препаратлари қўлланилади. Айниқса 2,4 % ли эритмасидан 10 мл ни томирга аста-секин ёки томчилаб юбориш кўп фойда келтиради. Бронхоспазм йўқолиб, касаллар, аҳоли анча яхшиланганда теофиллиннинг узок вақт давомида таъсир кўрсата оладигин дориларини ичишга ўтиш лозим бўлади. Булар теодур, теолонг ва теопекдир. Улар узок вақт давомида қўлланиладиган бўлса, юрак-қон томирлар системасига зарарли таъсир ўтказиши мумкин. Шунинг учун ёши 60 дан ошган беморларда ҳамда жигар ва

бўйрак касалликларида бу дориларнинг ярим дозасини қўллаш маъқулдир. Бронхоспазм юқоридаги дорилар билан тўхтамаса кортикостероидлар қўллаш лозим.

Кўпгина ҳолларда балғам қуюқлашиб, унинг кўчиши қийинлашади. Бунда балғамни суюклаштирадиган ва ажралишини енгиллаштирадиган дорилар ишлатилади.

Ўпка-юракда организмдаги умумий қон миқдори ортиб кетганлигини назарда тутиб, вақти-вақти билан қон чиқариб юбориш лозим. Бунда қондаги гемоглобин миқдори 170 г/д дан , гематокрит кўрсаткичи 50% дан юқори бўлиши керак. Биринчи марта чиқариладиган қон миқдори 300-400 мл дан кам бўлмаслиги керак. Кейинчалик зарурат бўлса ҳар 4-5 кунда 150-200 мл дан қон чиқариб туриш мумкин. Бунда беморларнинг умумий аҳволи ва юқорида келтирилган кўрсаткичлар эътиборга олинади. Қон қуюқлашиб кетганлиги сабабли ҳамда ўпка томирларида майда эмболиялар пайдо бўлиши мумкинлигини ҳисобга олиш антикоагулянтлар қўллаш мақсадга мувофиқдир. Бунда айниқса гепарин кўп ёрдам беради. Қоннинг реологик хусусиятини яхшилаш мақсадида томирга томчилаб реополиглукин қуйиш, трентал, курантил, индометацин каби дезагрегантлар қўллаш мумкин.

Ўпка-юракни даволашда юрак гликозидларини қўллаш кенг тарқалган. Айниқса ўпка-юракнинг етишмовчилигини даволашда дигоксин таъсирчан дори ҳисобланади. Уни қон айланиши етишмовчилигининг бошланғич ва ривожланган даврларда ишлаташ мумкин. Декомпенсация кескин кучайган пайтда тезроқ касалнинг аҳволини яхшилаш учун строфантин қон томирга юборилади.

Ўнг қоринча етишмовчилигининг бошланғич кўринишларида альдостерон антагонистлари қўлланилади. Диакарб дориси қондаги карбонат ангидридни камайтиради. Аммо уни қўллаганда қондаги газлар миқдори ва кислота-асос мувозанатининг кўрсаткичлари кузатиб турилиши керак. Бошқа кучли салуретиклар жуда эҳтиёткорлик билан зарур пайтдагина қўлланилиши керак. Чунки улар организмда ортикча сувсизликка ва электролитлар гомеостази бузилишига олиб келиши мумкин.

Кейинги пайтларда ўпка-юракни даволашларда кальций антагонистлари кенг қўлланилмоқда. Айниқса ўпка касаллиги юрак-қон томирлар касаллиги билан бирга учраганда улар асосий даволаш воситаси бўлиб қолади.

Декомпенсациялашган ўпка-юракни даволаш учун юрак гликозидлари ва диуретиклар билан бир қаторда периферик қон томирларини кенгайтирадиган дорилар ишлатилади. Улардан нитроглицерин, натрий нитросорбид ва натрий нитропруссид яхши натижа беради. Декомпенсациялашган ўпка-юракнинг даволашга айниқса капотеннинг фойдаси катта.

Ўпка-юракнинг комплекс даволашда оксигенотерапия алоҳида ўрин тутади. Бунда соф ҳолдаги кислороддан эмас, балки кислороднинг хаво билан 35-40%ли аралашмасидан фойдаланилади. Кислород оқими махсус идишдаги сув қатлами остидан ўтиб, сўнгра резина найчалар ёрдамида бурун катаклари орқали нафас йўллариغا етказиб берилади. Бундай нафас олдириш кунига 12-15 соатлаб бир неча ой давомида ўтказилади. Қондаги газлар миқдорининг ва кислота-асос мувозанатининг кўрсаткичлари кузатиб турилиши керак.

Ўпка вентиляциясини яхшилаш усуллариغا ёрдамчи сунъий ўпка вентиляцияси киради. У дорилар билан тўғрилаб бўлмайдиган гипоксемия ва гиперкапнияда албатта бажарилиши лозим бўлган даволаш чораси ҳисобланади. Даволаш муваффақиятсиз бўлиб, бемор мустақил нормал нафас олишга лаёқатсиз қолаверса, уни бошқариладиган сунъий ўпка вентиляциясига ўтказилади. Бу беморнинг аҳволи жуда оғирлашиб, танг аҳвол вужудга келганда охирги зарурий чора сифатида амалга оширилади.

Касаллик оқибати. Ўнг қоринча етишмовчилигининг яққол белгилари пайдо бўлганда касаллик оқибати ёмонлашуви мумкин ва у юрак етишмовчилигининг даражасига боғлиқ бўлиб қолади. Кўп ҳолларда касаллик оқибати уни келтириб чиқарган сабаблар билан аниқланади.

Ўпка юрак профилактикаси

- ❖ Уни келтириб чиқарувчи касалликларга ўз вақтида ташхис қўйиш;

- ❖ Ортикча семириб кетишдан сакланиш;
- ❖ Оёк веналари яллигланишини (тромбофлебит)кунт билан даволаш;
- ❖ Бу касалларни уз вақтида диспансер назоратига олиб; кузатув олиб бориш.

Хулоса: Талабалар билан мавзунини савол-жавоб қилингандан сўнг кейинги кунги мавзу берилди ва пульмонология фанидан оралик назорат утказишга тайёрлаш.

Пульмонологиядан амалий кўникмалар.

1. Кўкрак қафасини пайпаслаш
2. Ўпканинг перкуссияси
3. Бронх-ўпка тизими аускультацияси
4. .Пикфлоуметрия.
5. Ингалятор ва спинхалерни қўлашни ўргатиш.
6. Спонтан пневмотораксда плеврал пункция

Оралик назорат саволлари:

1. Ўпка инфилтратив касалликларининг қиёсий ташхиси.
2. Инфекцион-ўткир зотилжам (крупоз ва учогли, шифохонада ва шифохонадан ташқари), сурункали зотилжам, касаллик этиологиясига кўра клиник кечишининг ўзига хос хусусиятлари.
3. Ўрта бўлак синдроми. Ташхислаш.УАВ тактикаси
4. Пневмониянинг ҳар хил турларида антибактериал терапия (дори воситала-рини танлаш, дозаси,комбинацияси, ножўя таъсирлари
5. Ўткир пневмонияни этиологияси, таснифи, клиник кўринишлари,
6. Ўткир пневмонияни текшириш усуллари, даволаш принциплари, замонавий антибактериал воситалардан фойдаланиш ва уларни биргаликда ишлатиш
7. Ўпка йирингли касалликлари - бронхоэктаз касаллигининг клиникаси
8. Ўпка абсцесси ва гангрена. Босқичларига боғлиқ ҳолда физикал текширув натижаларини ўзгариши.
9. Ўпка инфилтратив касаллигида УАВ тактикаси
10. Қон тупуриш билан кечувчи касалликларнинг қиёсий ташхиси (зотилжам, ўпка раки, сили, бронхоэктатик касаллик, ўпка гангрена ва абсцесси, Гудпасчер синдроми, Вегенер касаллиги, тугунли периаартериит, ўпка артерияси тромбоемболияси).
11. Қон тупуриш билан кечувчи касалликларда УАВ тактикаси
12. Гудпасчер синдромининг клиникаси
13. Вегенер касаллигининг клиник куриниши
14. Тугунли периаартериит қандай касаллик
15. Ўпка артерияси тромбоемболиясининг клиник куриниши.

16. Ўпка инфилтратларида қиёсий ташхис.
17. Плевритларнинг келиб чиқиш сабаблари ва қиёсий ташхис.
18. Плевритларнинг турлари. Курук плеврит, этиологияси, клиникаси, даволаш
19. Эксуддатов плеврит(геморрагик, йирингли, хилез), этиологияси, клиник куришиш, даволаш жараёни
20. Пневмоторакс: бирламчи (спонтан) ва иккиламчи.
21. Қиёсий даволаш. УАВ тактикаси
22. Ўпка интерстициал касалликлари деганда нима тушунилади-таъриф беринг?
23. Фиброзли альвеолит (Хаммен-Рич синдроми) УАВ тактикаси, диспансер назорати, амбулатор даволаш, профилактика, мутахассислар маслаҳати.
24. Аллергик альвеолит этиологияси.Аллергик альвеолит патогенези, клиникаси
25. Аллергик альвеолит диагностикаси. Аллергик альвеолит лаборатор ва инструментал текширишлардан рентгенологик босқичлари
26. Аллергик альвеолитда УАВ тактикаси, диспансер назорати, амбулатор даволаш, профилактика, мутахассислар маслаҳати.
27. Муковисцидоз. Наслий мойиллик ахамияти, клиник кўринишлари.
28. Муковисцидоз касалигининг кечишининг хусусиятлари. Касаллик турига қараб УАВ тактикаси. Мутахассислар маслаҳатига кўрсатма.
29. Муковисцидозни профилактикаси.Диспансер назорати.
30. Саркоидоз этиологияси.Саркоидоз касаллигини келиб чиқиш механизми. Саркоидоз касаллигини клиникаси. Саркоидоз диагностикаси
31. Саркоидоз касаллигини лаборатор ва инструментал текширишлардан рентгенологик босқичлари
32. Иситмалаш.Хароратнинг турлари,хароратни улчаш жойлари
33. Иситмалаш синдроми билан кечувчи корин бушлиги (корин бушлиги йирингли инфекциялари, чанок бушлиги органлари яллигланиш касалликлари)
34. Бўғилишда қиёсий ташхис. Бронхоспастик синдром ҳақида тушунча.
35. Бронхиал астма, сурункали обструктив бронхит, муковисцидоз, ўпка раки қиёсий ташхиси.
36. Бўғилиш билан кечувчи касалликларда тезкор ёрдам кўрсатиш ва қиёсий терапия.
37. Бронхообструктив синдромда УАВ тактикаси.
38. Ўпка-юрак касаллигининг келиб чиқиш сабабларини
39. Ўпка-юрак касаллигининг таснифи. Қиёсий ташхиси
40. Ўпка-юрак касаллигининг келиб чиқиш механизмини
41. Ўпка-юрак касаллигида шошилиш ёрдамни
42. Ўпка-юрак касаллигининг амбулатор давоси ва профилактикаси
43. Ўпка-юрак касаллигининг меҳнатга лаёқатлилигини текшириш.
44. Ўпка-юрак касаллигининг асосий клиник ва лаборатор текшириш

Яқуний назорат саволлари

Вазиятли масалалар

вазиятли масала

Бемор Б. 67 ёшда. Шикоятлари курак соҳасида оғриқ, кўнгил айнаш, бир неча ой давомида тана ҳароратининг кўтарилиши. Курувда касал рангпар, пайпаслаганда ўпкада овоз тебранишлари кучайган. К/Б - 130/ 85 мм сим. уст. Пульс 87 та 1 дақиқада, нотекис. Курувда касал жуда озғин, асабий, тили оқ караш билан қопланган, пайпаслаганда меъда соҳасида оғриқ. Лаборатор текширишда қонда бироз лейкоцитоз борлиги аниқланган.

1) Сизнинг ташхисингиз?

Сурункали зотилжам

- 2) Ташхисни аниқлаш учун қандай текшириш усулларини ўтказиш керак?
Ўпка рентгенографияси ва спирометрияси, ЭКГ.

вазиятли масала

Бемор 55 ёшда. 2 ой давомида юрак соҳасидаги тумтоқ оғриқ, ҳансираш, ортопноэ безовта қилади. Текширганда юрак тонлари бўғиқ, босим 25 мм.сим.уст.га қамайган.

Сизнинг ташхисингиз?

- а) экссудатив перикардит
- б) миокардит
- в) вариант стенокардия

Ташхис қўйиш учун қандай ташхисий текшириш ўтказиш муҳим?

- а) Электрокардиография
- б) Эхокардиография
- в) Кўкрак қафаси рентгенографияси
- г) Юрак қоринчалари ангиографияси

вазиятли масала

35 ёшли аёл кўкрак қафаси соҳасидаги вақт-вақти билан юзага келадиган, давомийлиги 5-10 мин. бўлган оғриқларга шикоят қилиб келди. Оғриқлар тинч турган пайтда ва жисмоний ҳаракат пайтида юзага келиб, иррадиация бермайди. Аёл чекмайди, қон босими илгари ҳеч қўтарилмаган. Оила аъзоларидан 2 киши 50 ва 56 ёшда юрак хасталигидан вафот этган. Кўрув пайтида, беморнинг аҳволи қониқарли, қон босими 120/70мм.сим.уст., пульс 1 мин.да 70 та. Юрак чўққи турткиси кучайганлиги, тўш чап қирғоғи бўйлаб систолик шовқин эшитилиши аниқланиб, тик турганда систолик шовқин интенсивлиги кучаяди. ЭКГ да ST ва T-нинг неспецифик ўзгаришлари бор.

Сизнинг дастлабки ташхисингиз?

- а) Вегетатив томир дистонияси
- б) Аортал стеноз
- в) Гипертрофик кардиомиопатия
- д) Митрал стеноз
- г) Ўпка артерияси стенози

Қуйида санаб ўтилганлардан қайси бири ташхис қўйишда катта аҳамиятга эга?

- а) кўкрак қафаси рентгенографияси
- б) юрак катетеризацияси
- в) таллий элементи билан сканирлаш
- г) эхокардиография
- д) миокард биопсияси

Бемор учун энг мувофиқ даво чораси қайси бири?

- а) жарроҳлик муолажа
- б) пропранолол
- в) вазодилататорлар
- г) юрак гликозидлари
- д) фурасемид

вазиятли масала

47 ёшли бемор 2 ой давомида тўш ортидаги сиқувчи оғриқларга, оғриқнинг ўртача темпда 500 м. юрганда ва зинадан 3-қаватга чиққанда юзага келишидан шикоят қилади. Оғриқлар баъзан тинч турганда ҳам юзага келади.

Сизнинг ташхисингиз?

- а) вариант стенокардияси
- б) зуриқишдаги стенокардия
- в) Принцметал стенокардияси

Сизнинг тактикангиз?

- а) беморни кардиологик бўлимга шошилишч госпитализация қилиш
- б) беморга нитроглицерин бериб, режали госпитализация қилиш
- в) наркотик анальгетиклар инъекция қилиш

вазиятли масала

51 ёшли аёл 2 ой давомида кўкрак қафасининг чап томонидаги оғриқларга шикоят қилади. Оғриқни ҳеч нарса билан бохлай олмайди. Юрак ишемик касаллигини тасдиқлаш ёки рад қилиш учун қандай текшириш усуллари самарали?

- А) Умуртка поғонаси буйин- кўкрак қисмини рентгенологик текшириш.
- Б) холтеров бўйича мониторинг утказиш
- В) эхокардиография
- Г) велоэргометрия

вазиятли масала

Сизнинг қабулингизга 55 ёшли бемор хансираш ва йўтал шикоятлари билан келди

1. Биринчи ўринда сиз қайси кассаликлар тўғрисида ўйладингиз?

- Юрак қон-томир тизими (юрак етишмовчилиги)
- Нафас олиш тизими (нафас етишмовчилиги)

2. Сиз беморни кўрганингизда нималар сизга тизимларни шикастланиш эҳтимолли белгиларини билдиради?

– чўзилган нафас олишдаги хансираш (экспиратор хансираш) – нафас тизими учун характерли белгидир.

– узоқ нафас олишдаги хансираш (инспиратор хансираш) – юрак томир тизими учун характерли белгидир.

- «иссиқ» цианоз – нафас тизими

- «совуқ цианоз» - юрак қон томир тизими учун характерлидир

3. Агарда сиз беморда биринчи ўринда нафас тизими касаллиги деб ўйласангиз, унда қайси касалликларни инкор этган бўлар эдингиз?

- сурункали бронхит
- пневмония
- бронхиал астма
- ўпка раки
- туберкулез

4. Беморда сурункали бронхит бор деб ўйласангиз, унда қайси белгилар ташхисингизни тасдиқлайди?

- Перкуссиядаги кутичесимон товуш
- Қаттиқ нафас
- Қуруқ хуштаксимон хириллашлар

5. Беморга қайси лаборатор-инструментал текширишларни буюрган бўлар эдингиз?

- Умумий қон таҳлили
- Умумий балғам таҳлили
- Пикфлуметрия

- Кўкрак қафасини рентгени

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА

28 ёшли аёл нафас олишини қийинлашувига, хуружсимон йўтал, айрим пайтда йўталганда қийин ажралувчи балғамга шикоят қилади. Беморда бўғилиш хуружлари тез-тез кузатилади, тунда ҳафтасига 1 марта.. Дарахтлар гуллаганида ринит аломатлари пайдо бўлади, масофадан хириллашлар эшитилади, нафас олиши қийин, 1 минутда 22танафас, ўпкасида кутчасимон товуш, аскультацияда курук ҳуштаксимон хириллашлар эшитилади. Юрак тонлари бўғиқ. ЮУС 1 минутда 90 та, ритмик, АБ110/80 мм см.уст.га тенг –ПСВ кўрсаткичлари нормадан 25% кам.

1. Қайси ҳолат тўғрисида ўйлайсиз

- Бронхиал астма
- Юрак етишмовчилиги
- СЎОК
- Ўпка раки

2. Анамнездан қайси саволлар сизни қизиқтиради

- Хуружнинг давомийлиги
- Ирсийлик
- Чекиш
- Даволанадими
- Аллергик реакциялар кузатиладими

3. Курувда сизни нималар қизиқтирган бўлар эди

- Тери ва шиллиқ қаватларини цианози
- Нафас олиш сони
- Пульс ва АБ
- Ўпкасидаги нафас олишлар
- Пикфлоуметрия

4. Ташхис?

Бронхиал астма, персистирловчи формаси, ўрта-оғирликдаги кечиши.

5. Тактика.

Ингаляцион кортикостероидлар – беклометазон кунига 2 марта, хуруж вақтида сальбутамол кунига 2 марта.

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА

21 ёшли эркак врач қабулига тана ҳароратининг кўтарилиши, ваража, вақт-вақти билан қон тупириш ва сурункали балғамли йўтал билан шикоят қилиб келди. Анамнездан маълум бўлишича бир нача марта пневмония билан касалланган.

1. Эҳтимолли қиёсий ташхисларингиз?

- Туберкулез
- ЎСОК,
- БА
- ТЭЛА
- Ўпка инфарти

2. Ташхис қўйишингизда қандай қўшимча маълумотлар сизни қизиқтиради?

- Йўталнинг характери,

- балғам,
- иситма,
- туберкулез билан контакти,
- ўпка раки бўйича ирсийлиги,
- чекиш,
- озиши, терлаши, хансираш, кўкрак қафасидаги оғрик.

Қўшимча маълумот. Бемор болалигидан чекади. Тез-тез антибиотик олган (пенициллин). Охирги ойда 5 марта тана ҳарорати кўтарилган. Балғам ажралади, айниқса эрталаблар, бадбўй, сариқ-яшил рангда. Оиласида туберкулез ва рак касаллиги билан беморлар йўқ.

3. Кўрувда нималарга эътибор бериш керак?

- ТМИ, лимфа тугунлари,
- Тери ва тирноқлар ранги,
- ЧД, ЧСС,
- Ўпка аускультацияси,

Қўшимча маълумот: Курувда бемор бўйи узун, озғин. Тирноқлари кўқарган, ноғора тайёқчасини эслатади. Тана ҳарорати- 38,8С, жағ ости лимфа тугунлари катталашган. ЧДД - 26. ЧСС- 120. Ўпкасининг икки томонида ҳам пастки қисмларида нам хириллашлар эшитилади. Нафас ўтказилиши сусайган.

4. Қиёсий ташхис?

- Пневмония
- Бронхоэктаз касаллиги
- ЎСОК
- Туберкулез
- Ўпка абсцесси

5. Ташхис қўйишда қайси усул сизга ёрдам беради? -Ўпканинг рентгени.

Сизнинг тактикангиз? Беморни аҳволининг ҳисобга олган ҳолда антибиотик буюрилади ва нима сабабдан қон тупириши чуқур текширилади. Текшириш режасига киради: Умумий қон таҳлили, рентген, Манту синамаси, балғамни экиш ва текшириш. Мутахасис консултацияси.

ОТКЭ саволлари

Бронхиал астма ва юрак астмасининг дифференциал диагностик белгиларини сананг

Талаба учун вазифа: куйидаги критерийлар бўйича бронхиал астма ва юрак астмаси фарқини айтиб беринг.

- Хансираш характери
- Упка аускультацияси
- Балғам характери
- Юрак ритми бузилиши
- Беморнинг ҳолати
- П препарат

		Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ	Жавоб
--	--	-------------	---------	-------

№			жавоб	йўқ
1	БА – экспиратор ЮА – инспиратор	2	1	0
2	БА – массив курук хириллалар ЮА – упканинг пастки булаклариди хул хириллалар	2	1	0
3	БА – шишасимон балгам ЮА – купиксимон балгам			
4	БА – ритм бузилиши йук ЮА – аритмия	2	1	0
5	БА – мажбурий холат ЮА – ортопноэ холати	2	1	0
6	БА – сальбутамол, эуфиллин, гормонлар ЮА – юрак гликозидлари, диуретиклар	2	1	0
	Жами баллар	10	5	0

ОТКЭ

Пикфлоуметрия техникасини курсатинг

Талаба учун вазифа: Пикфлоуметрия техникасини айтиб бериш ва бажариб курсатиш.

№		Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Жавоб йўқ
1	Бўлажак процедурани беморга тушунтириш	2	1	0
2	Асбобнинг созлигини текшириш. Асбоб кўрсаткичини 0 позицияга куйиш	2	1	0
3	Асбоб мундштукини оғизга кўйиш ва лаблар билан камраб олиш	2	1	0
4	Тезлик билан ҳавони чиқариш	2	1	0
5	Кўрсаткични аниқлаш ва таҳлил қилиш	2	1	0
	Жами баллар	10	5	

Тест саволлари

1-мавзу

1. 33 ёшли чекувчи аёлда бир йил давомида учинчи марта учокли пневмония ривожланди. Касалликлар орасида йутал, кон аралаш балгам, ута чарчаш белгилари безовта килади. Беморда қандай касаллик булиши мумкин.

Бронхоэктатик касаллик \$

Бронх раки \$

Ўпка сили \$

Ўпка инфаркти #

2. Плевра бушлигида геморрагик характерли суюклик тупланиши купрок кайси касаллик учун характерли.

бластоматоз жараён \$

плевра эмпиемаси \$

бириктирувчи тукима диффуз касалликлари \$

юрак етишмовчилиги #

3. 13 ёшли бола 5 йилдан буён рецидивланадиган бронхит билан огрийди.

Ремиссия вақтида курук йутал безовта килади. Боланинг отаси ва онаси кунига 1 пачкадан сигарет чекади. Диагноз:

Сурункали бронхит \$

Аллергик бронхит \$

Аспирацион бронхит \$

Бронхда ёт жисм #

4. Зангсимон балгам кайси касаллик учун хос?

крупоз пневмония \$

бронхоэктаз \$

упка абсцесси \$

упка гангренази #

5. Ўпка абсцесси бронхга ёрилгандан сўнг аускультацияда нима эшитилади?

амфорик нафас \$

кутичали товуш \$

крипетация \$

бронхиал нафас #

6. Ўткир бронхит билан оғриган беморларнинг дастлабки шикояти:

курук йутал \$

кукрак каффсида кучли оғрик \$

хансираш \$

балгамли йутал #

7. Кайси инструментал текширув усуллари нафас аъзолари касалликларида кулланилади

спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рентгенография, бронхоскопия. \$

пневмотахометрия, пикфлоуметрия, ирригоскопия, бронхоскопия, спирография \$

пневмотахометрия, бронхоскопия, спирография, колоноскопия, рентгенография. \$

пневмоперитониум, пикфлоуметрия, спирография, бронхоскопия, пневмотахометрия #

8. Эуфиллиннинг дозасини курсатинг

10 мл 2,4% ли эритма, 0,15 гр таблеткаларда \$

10 мл 40% ли эритма, 0,5 гр таблеткаларда \$

10 мл 2,4% ли эритма, 0,005 гр таблеткаларда \$

5 мл 5% ли эритма, 0,25; 0,5 гр таблеткаларда #

9. Сурункали бронхит ташхиси куйилади:

сунги 2 йилда 3 ойдан узок давом этса \$

6 хафтадан узок чузилса \$

14 кундан ортик давом этса лозап \$

2 ойдан узок чузилса #

10. Крупоз пневмониянинг патоморфологик ривожланиш даврлари кетма-кетлигини курсатинг.

тулишиш, кизил жигарланиш, кулранг жигарланиш, согайиш \$

тулишиш, кулранг жигарланиш, кизил жигарланиш, согайиш \$

кулранг жигарланиш, кизил жигарланиш, согайиш, тулишиш \$

кулранг жигарланиш, кизил жигарланиш, тулишиш, согайиш #

11. Куйидагиларнинг кайси бири ЎТС (ўпканинг тириклик сиғими)ни ташкил килишда катнашмайди

колдик хажм \$

нафас олишнинг кушимча хажми \$
нафас хажми \$
нафас чикаришнинг кушимча хажми #

12. Куршман спираллари ва Шарко-Лейден кристалларининг балгамда топилиши қайси касаллик учун хос?

бронхиал астма \$
бронхоэктаз \$
крупоз пневмония \$
упка абсцесси #

13. Плеврал пункция бажарилади:

7-8 ковургалар оралигидан \$
8-12 ковургалар оралагидан \$
4 -5 ковургалар оралигидан \$
2-3 ковургалар оралигидан #

14. Қуйидаги препаратлардан қайси бири муколитик ҳисобланмайди?

эуфиллин \$
химотрипсин \$
калий йодид \$
мукалтин #

15. Крупоз зотилжамни бошлангич босқичида аниқланади:

Крепитация\$
перкуссияда бугикли товуш\$
перкуссияда кутичасимон товуш\$
амфорик нафас#

16. Упка абсцесси бронхга ёрилгандан сўнг аускультацияда нима эшитилади?

амфорик нафас \$
крипетация\$
кутичали товуш\$
бронхиал нафас#

17. Бирламчи эмфизема келиб чиқади.

α1- антитрипсин дефицитидан \$
глюкоза 6- фосфатаза дефицитидан\$
креатинфосфаткиназа дефицитидан\$
гиалуринидаза дефицитидан#

18. Ўткир бронхит билан оғриган беморларнинг дастлабки шикоят:

курук йутал \$
балгамли йутал\$
хансираш\$
кукрак каффсида кучли оғрик. #

19. Қайси инструментал текширув усуллари нафас аъзолари касалликларида қўлланилади.

спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рентгенография, бронхоскопия. \$
пневмотахометрия, бронхоскопия, спиро-графия, колоноскопия, рентгенография. \$
пневмотахометрия, пикфлоуметрия, ирригоскопия, бронхоскопия, спирография. \$
пневмоперитониум, пикфлоуметрия, спирография, бронхоскопия, пневмотахометрия. #

20. Крупоз пневмониянинг патоморфологик ривожланиш даврлари кетма-кетлигини курсатинг.

тулишиш, кизил жигарланиш, кулранг жигарланиш, согайиш. \$
кулранг жигарланиш, кизил жигарланиш, тулишиш, согайиш. \$
тулишиш, кулранг жигарланиш, кизил жигарланиш, согайиш. \$
кизил жигарланиш, кулранг жигарланиш, согайиш, тулишиш. #

21. Ўткир зотилжамда қайси ретгенологик белги кўпроқ характерли

упка илдизи кенгайган, бир булак ёки айрим сегмент сохасида коронгилик \$
упка илдизи кенгайган, куks оралиги аъзолари чапга силжиган \$
бронх деворининг калин тортиши \$
упка майдони тиниклигининг диффуз ошиши

22. Сурункали упка юрак етишмовчилигига кайси касалликлар олиб келади

сурункали бронхит, сурункали пневмония \$
эмфизема \$

пневмосклероз \$

тромбоэмболия касаллиги #

23. Сурункали бронхитда аускультатив белги

каттик везикуляр нафас, хуштаксимон хириллашлар \$

каттик везикуляр нафас, курук ва хул хириллашлар \$

везикуляр нафас сусайиши ва амфорик нафас \$

нафас кескин сустлашган Еки умуман эшитилмайди #

24. Кайси касалликларда курак кафасида огрик булади

хаммаси \$

юрак ишемик касалликлари \$

уткир зотилжам \$

упка инфаркти #

25. Экссудатли плевра суюклиги кайси касалликда учрайди

экссудатив плеврит \$

сурункали пневмония \$

упка паразитар касалликлари \$

тромбоэмболик касаллик #

D. скарлатина белгилари #

26. Крупоз зотилжамда кайси асорат кузатилади

упка абсцесси \$

плеврит\$

сурункали зотилжам\$

пневмосклероз #.

27. ўткир зотилжамга хос лаборатор узгаришларни курсатинг

лейкоцитоз, ЭЧТ ошган, нейтрофилия \$

лейкопения, ЭЧТ камайган, эозинофиллар йук\$

лейкоцитоз, ЭЧТ ошган, эозинофиллар кам \$

лейкопения, тромбоцитоз, ЭЧТ ошган #.

28. Крупоз зотилжамда упкада кандай узгаришлар кузатилади

упка тукумасида гиперемия ва шиш \$

упка катталашган ва жигар сингари зичлашган\$

упка тукумаси зичлашган, катталашган, кесмада кулранг \$

протеолитик ва аутолитик жараенлар #.

29. Крупозли пневмониянинг сурилиш боскичида аникланадиган белги

бронхофония бир оз кучайган, тумтокрок, крепитация редукс, балгам куп детрит ва макрофаглар куп \$

кутича товуш, балгамда эластик толалар \$

тумток товуш, зангсимон балгам \$

бронхофония бир оз кучайган, крепитация индекс, балгам кам #.

30. Уткир пневмония асоратига кирмайди:

уткир бронхит \$

упка абсцесси \$

сурункали пневмония \$

плеврит #.

1. Зангсимон балгам кайси касаллик учун хос?

крупоз пневмония. \$

бронхоэктаз. \$

упка абсцесси. \$

упка гангренази. #.

2. Крупоз зотилжамни бошлангич боскичида аникланади:

Крепитация\$

перкуссияда бугикли товуш\$

перкуссияда кутичасимон товуш\$

амфорик нафас#.

3. Уткир бронхит билан огриган беморларнинг дастлабки шикояти:

курук йутал \$

балгамли йутал\$

хансираш\$

кукрак каффсида кучли огрик. #.

4. Упка абсцесси бронхга ёрилгандан сунг аускультацияда нима эшитилади?

амфорик нафас \$

крипетация\$

кутичали товуш\$

бронхиал нафас#.

5. Кайси белги экссудатив плеврит учун хос эмас?

балгамли йутал\$

хансираш\$

юзаки нафас\$

перкуссияда бугиклик#.

6. 33 ёшли чекувчи аёлда бир йил давомида учинчи марта учокли пневмония ривожланди. Касалликлар орасида йутал, кон аралаш балгам, ута чарчаш белгилари безовта килади. Беморда кандай касаллик булиши мумкин. \$

Бронхоэктатик касаллик \$

Бронх раки \$

Упка сили \$

Упка инфаркти #.

7. Пневмонияда куйидаги дори воситаларидан факат биртасигина

кулланилмаиди:

этиотроп\$

балгам ажратувчи \$

бронхоспазмолитиклар\$

наркотик препаратлар

8. Пневмониянинг клиник белгилари билан биргаликда рентгенограммада куйидаги узгаришлар аникланса,

пневмония ташхиси куйилади, биртасидан ташкари: \$

упка суратининг кучайиши\$

учокли доглар \$

упка сегментининг бир кисмини эгаллаган доглар\$

упка сегментининг хаммасини эгаллаган доглар#

9. Упка инфарктига хос симптом:

кон тупуриш, упкада перкутор товуш кискариши\$

аускультацияда хул хириллашлар \$

рентгенографияда упкада "Ботаётган куёш" симптоми \$

балгамда эозинофиллар, Куршман спираллари Шарко-Лейден кристаллари #

10. Крупоз пневмониянинг согайиш даврида эшитилади:

крепитация редукс\$
хириллашлар\$
курук хириллашлар\$
крепитация индукс#

11. Уткир бронхит уртача огирликда кечувчи беморда УАВ тактикаси :

амбулатор даво \$
стационарга юбориш \$
антибиотиклар бериш \$
маслахат бериш #

12. Крупоз зотилжамни куйидаги касалликларнинг кайсиси билан киёслаш

ЛОЗИМ:

диссеминациялашган упка сили\$
упка эхинококки \$
Ерилган упка абсцесси \$
сурункали холецистит#

13. Куйидаги шикоятларнинг кайсиси уткир зотилжамга хос:

калтираш, зангсимон балгам, кукракдаги огрик \$
зангсимон балгам \$
хансираш\$
кукракдаги огрик

14. Крупоз зотилжам асоратларига куйидагиларнинг кайси бири кирмайди:

упка юрак етишмовчилиги \$
плевра эмпиемаси\$
упка абсцесси\$
миозит

15. Плевра бушлигида куп микдорда суюклик тупланса рентгенологик текширишда нима аникланади?

интенсив корайиш\$
кийшик жойлашган юкори чегара \$
кукс оралиги соглом томонга сурилиши \$
ковургалараро торайиш

16. Иккиламчи пневмонияга куйидагилардан кайси бири кирмайди?

гипостатик \$
аспирацион \$
метастатик \$
травматик #

17. Бирламчи пневмонияга куйидагилардан кайси бири кирмайди?

учокли зотилжам \$
крупоз зотилжам \$
интерстициал зотилжам \$
1 ва 3 жавоблар тугри #

18. Экссудатли плевритнинг асосий сабаблари:

хаммаси \$
усмалар \$
коллагеноз касалликлар \$
пневмония #

19. Экссудатли плевра суюклиги кайси касалликда учрайди?

экссудатив плеврит \$
сурункали пневмония \$
упка паразитар касалликлари \$
тромбоэмболик касаллик

20. Кайси касалликларда кукрак кафасида огрик булади?

хаммаси \$

юррак ишемик касалликлари \$

уткир зотилжам \$

упка инфаркти #

21. Сурункали упка юрак етишмовчилигига кайси касалликлар олиб келади?

сурункали бронхит, сурункали пневмония \$

эмфизема \$

пневмосклероз \$

тромбоэмболия касаллиги

22. Уткир зотилжамда кайси ретгенологик белги купрок характерли ?

упка илдизи кенгайган, бир булак Еки айрим сегмент

сохасида коронгилик \$

упка илдизи кенгайган, кукс оралиги аъзолари чапга силжиган \$

бронх деворининг калин тортиши \$

упка майдони тиниклигини диффуз ошиши #

23. Куйидагиларнинг кайси бири УТС (упканиг тириклик сизими)

ни ташкил килишда катнашмайди.

колдик хажм \$

нафас хажми\$

нафас олишнинг кушимча хажми\$

нафас чикаришнинг кушимча хажми

24. Сурункали бронхит ташхиси куйилади:

сунги 2 йилда 3 ойдан узок давом этса \$

6 хафтадан узок чузилса\$

2 ойдан узок чузилса\$

14 кундан ортик давом этса#

25. Кайси инструментал текширув усуллари нафас аъзолари касалликлариди кулланилади.

спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рентгенография, бронхоскопия. \$

пневмотахометрия, бронхоскопия, спирография, колоноскопия, рентгенография.\$

пневмотахометрия, пикфлоуметрия, ирригоскопия, бронхоскопия, спирография. \$

пневмоперитониум, пикфлоуметрия, спирография, бронхоскопия, пневмотахометрия. #

26. Вирусли зотилжам формасига караб:\$

интерстициал \$

крупоз \$

деструктив \$

рестриктив #.

27. Минимал седатив таъсирга эга:

тавегил \$

перитол \$

пипольфен \$

диазолин #.

28. Зотилжамда асосий юкиш йулини курсатинг:

Бронхоген \$

Гематоген \$

Лимфоген \$

фекал - орал #.

29 . Уйида этиологияси ноаник булган экссудатив плеврит билан бемор курилди ва ташхис куйилди. Умумий ахволи нисбатан коникарли. Сизнинг тактикангиз уйида таъсир доираси кенг булган антибиотиклар ва кортикостероид гормонлар билан муолажани давом эттириш \$

беморни терапевтик булимга Еткизиш \$

зудлик билан беморни пульмонология булимга Еткизиш \$

амбулатор шароитда плевра бушлигига тугридан-тугри антибиотикларни юбориш #.

30. Куйидагиларнинг кайси бири УТС (упканинг тириклик сигими)ни ташкил килишда катнашмайди.

- колдик хажм \$
- нафас хажми\$
- нафас олишнинг кушимча хажми\$
- нафас чикаришнинг кушимча хажми#.

3-мавзу

1. Пневмония-

- А) упка тукумасининг яллигланиши
- В) упка тукумасининг зичлашиши
- С) нафас олишнинг бузилиши
- Д) упканинг аллергик зарарланиши

2. Унг упка неча булакдан иборат?

- А) 3 та
- В) 2 та
- С) 5 та
- Д) 4 та

3. Бронхоэктаз рентгенологик белгиси

- А) катаксимон упка сурати
- В) горизонтал сатхли суюклик бушлиги
- С) упка суратининг кучайиши
- Д) упка тиниклигининг ошиши

4. Бронхоэктазда энг куп учрайдиган асорат

- А) ички аъзолар амилоидози
- В) плевра эмпиемаси
- С) упка абсцесси
- Д) уткир упка юрак

5. Бронхоэктазларни аниклашда энг информатив усул

- А) бронхография
- В) рентгенотомография
- С) упка сканограммаси
- Д) флюорография

6. Уртача минутлик нафас хажми канча

- А) 8000 мл
- В) 6000 мл
- С) 10000 мл
- Д) 2500 мл

7. Упканинг тириклик сигими нимадан иборат

- А) нафас олиш ва нафас чикариш нинг резерв хажмидан
- В) минутлик нафас ва минутлик альвеоляр хажмидан
- С) колдик хажм ва алвеоляр хажмдан
- Д) нафас хажми ва физиологик улик бушлик хажмидан

8. Упканинг умумий сигими нимадан иборат

- А) упканинг тириклик сигими ва колдик хажмдан
- В) нафас олиш ва нафас чикаришнинг резерв хажмидан
- С) колдик хажм ва нафас хажмидан
- Д) минутлик нафас хажми ва минутлик альвеоляр хажмдан

9. Нафас органлари касалликлари неча турга булинади?

- А) обструктив ва рестриктив
- В) йирингли ва асептик

С) обструктив ва аллергик

Д) иммун ва ноиммун

10. Пикфлоуметрияда нима аникланади?

А)нафас чиқаришнинг максимал тезлиги

В)упканинг тириклик сизими

С)упканинг умумий сизими

Д)нафас ҳажми

11. Обструктив касалликларда нафас чиқариш максимал тезлиги қандай узгаради?

А)камаяди

В)узгармайди

С)ошади

Д)норма еки ошади

12. Рестриктив касалликларда ПСВ қандай узгаради

А)узгармайди

В)камаяди

С)жуда камаяди

Д)жуда ошиб кетади

13. Упка эхинококкози упканинг қандай касаллигига қиради

А)рестриктив

В)обструктив

С)травматик

Д)ет жисми

14. Қайси қаторда упканинг обструктив касалликлари берилган

А)БА, с-ли обструктив бронхит, эмфизема

В)пневмония, упка раки, эхинококкоз

С)упка гангренази, эмфизема, упка абсцесси

Д)БА, бронхит, туберкулез

15. Тинч ҳолатда бир марта нафас олганда ва чиқаргандаги ҳаво –

А)нафас ҳажми

В)қолдик ҳажм

С)УТС

Д)УУС

17. Крупоз пневмониянинг тулишиш даври қанча вақт давом этади?

А) 12 соатдан 2 суткагача

В) 2 суткадан 4 суткагача

С) 3-4 соат

Д)3-4 сутка

18. Пикфлоуметрия қайси курсаткичларга асосланиб баҳоланади:

А) ёш, буй, жинс

В) ёш, буй, масса

С) масса, буй, жинс

Д) ёш, жинс, масса

19. Тиффо индексини қайси текшириш б-н аниқлаш мумкин

А) спирография

Б) пикфлометрия

С) рентгенография

Д) ренгеноскопия

20. Тиффо индекси қайси формула орқали аниқланади?

А) $ТИ = ОФВ \setminus ФЖЕЛ$

Б) $ТИ = ФЖЕЛ \setminus ПСВ$

С) $ТИ = ПСВ \setminus ФЖЕЛ$

Д) $ТИ = НХ \setminus ФЖЕЛ$

21. Обструктив касалликларда тифно индекси кандай узгаради?

- А) Камаяди
- Б) Жуда хам ошиб кетади
- С) бир оз ошади
- Д) Узгармайди

22. Рестриктив касалликларда ТВИ кандай узгаради?

- А) Узгармайди
- Б) Бир оз камаяди
- С) Жуда хам камаяди
- Д) Жуда хам ошиб кетади

27. Уткир пневмониянинг энг куп учрайдиган асорати?

- А) Упка абсцесси
- Б) упка раки
- С) Инфаркт миокард
- Д) Упка эмфиземаси

28. Крупоз зотилжамнинг бошлангич боскичида аникланади?

- А) майин крапитация
- Б) перкуссияда кутичасимон товуш
- С) кам хириллаш
- Д) амфорик нафас

29. Стафилококкли пневмония улим билан тугашига нима купрок сабаб булади?

- А) сепсис
- Б) Эксудатив плеврит
- С) Упка абцесси
- Д) Уткир бронхит

30. Абсцесснинг бронхга ёрилишини билиш мумкин?

- А) Йутал билан балгам куп чикиши
- Б) йутал
- С) Кукрак кафасида огрик кузатилиши
- Д) Тана температурасини кутарилиши

4-мавзу

1. Упка ракининг скрининги утказилади.

Профилактик флюорография \$
Балгамни атипик хужайраларга текшириш \$
фибробронхоскопия \$
компьютер томография #.

2. Упка артерияси тромбоземболиясининг энг мухим сабаблари:

оёк веналарининг тромбофлебети \$
кон ковушкоклиги ошганда \$
оёк веналари тромбофлебети ва упка гипертензияси \$
упка гипертензияси ва кон ковушкоклиги ошиши #.

3. Упка артерияси тромбоземболияси эрта боскичи учун характерли булмаган белгини курсатинг:

"плеврал" огриклар \$
Синкопал холат \$
Кукрак кафасидаги босувчи огрик \$
Упка артериясида II- тон акценти #.

4 . Упка артерияси тромбоземболиясини аниклаш учун биринчи навбатда утказиладиган тешириш усуллари:

ЭКГ \$

Балгам анализи \$
Тиффно пробаси \$
коагулограмма #.

5. . Куйидаги ташхисий усуллардан кайси бири упка артерияси тромбозмида энг махсус:

упканинг селектив ангиографияси \$
упка рентгенографияси \$
томография \$
ЭКГ #.

6. Куйидаги ташхисий усуллардан кайси бири упка артерияси тромбозмида энг махсус хисобланади :

упканинг селектив ангиографияси \$
упка рентгенографияси \$
томография \$
компьютер томографи #.

7. Упка артерияси тромбозмида ташхис куйиш учун :

рентгенда упкада атипик димланиш \$
диффуз цианоз бугилиш б-н \$
унг коринча уткир етишмовчилиги \$
экспиратор хансираш, кутича товус #.

8. Упка абсцесси бронхга очилишида балгам характери:

огиз тулиб йирингли балгам ажралиши \$
шур сувли балгам ажралиши \$
геморрагик балгам ажралиши \$
балгам ажралмайди #

9. Уткир упка абсцессига характерли белги:

тана харорати кутарилиши, огрик \$
огрик, йирингли балгам, тана харорати кутарилиши \$
кунгил айниши, кусиш \$
йутал, кон тупуриш \$
хаммаси нотугри #

10. Кайси касалликларда кукрак кафасида огрик булади:

хаммаси \$
юррак ишемик касалликлари \$
уткир зотилжам \$
упка инфаркти #

11. Куйидаги препаратлардан кайси бири муколитик хисобланмайди?

эуфиллин \$
калий йодид \$
химотрипсин \$
мукалтин# ..

12. Плеврал пункция бажарилади:

7-8 ковургалар оралигидан \$
2-3 ковургалар оралигидан \$
9-11 ковургалар оралигидан \$
8-12 ковургалар оралагидан #

13. Куршман спираллари ва Шарко-Лейден кристалларининг балгамда топилиши кайси касаллик учун хос?

бронхиал астма \$
бронхоэктаз \$
крупоз пневмония. \$
упка абсцесси# ..

14. Куйидагиларнинг кайси бири УТС (упканиг тириклик сигими) ни ташкил килишда катнашмайди.

колдик хажм \$

нафас хажми\$

нафас олишнинг кушимча хажми\$

нафас чикаришнинг кушимча хажми#

15. Сурункали бронхит ташхиси куйилади:

сунги 2 йилда 3 ойдан узок давом этса \$

6 хафтадан узок чузилса\$

2 ойдан узок чузилса\$

14 кундан ортик давом этса#

16. Кайси инструментал текширув усуллари нафас аъзолари касалликларида кулланилади.

спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рентгенография, бронхоскопия. \$

пневмотахометрия, бронхоскопия, спиро-графия, колоноскопия, рентгенография. \$

пневмотахометрия, пикфлоуметрия, ирригоскопия, бронхоскопия, спирография. \$

пневмоперитониум, пикфлоуметрия, спирография, бронхоскопия, пневмотахометрия. #

..

17. Уткир бронхит билан огриган беморларнинг дастлабки шикояти:

курук йутал \$

балгамли йутал\$

хансираш\$

кукрак каффсида кучли огрик. #

18. Зангсимон балгам кайси касаллик учун хос?

крупоз пневмония. \$

бронхоэктаз. \$

упка абсцесси. \$

упка гангренази. #

19. Чап коринча етишмовчилигига характерли эмас:

оёкда шиш\$

кон тупуриш\$

ортопноэ\$

диастолик хажм ортиши#

20. Сурункали обструктив бронхитга хос йутал:

эрталабки кам микдорли йутал\$

курук йутал \$

йутал куп микдордаги балгам билан\$

йутал зангсимон балгам билан#

21. Куйидагиларнинг кайси бири УТС (упканинг тириклик сигими)ни ташкил килишда катнашмайди?

колдик хажм \$

нафас олишнинг кушимча хажми \$

нафас хажми \$

нафас чикаришнинг кушимча хажми #

22. Крупоз пневмониянинг патоморфологик ривожланиш даврлари кетма-кетлигини курсатинг:

тулишиш, кизил жигарланиш, кулранг жигарланиш, согайиш \$

тулишиш, кулранг жигарланиш, кизил жигарланиш, согайиш \$

кулранг жигарланиш, кизил жигарланиш, согайиш, тулишиш \$

кулранг жигарланиш, кизил жигарланиш, тулишиш, согайиш # ..

23. Сурункали бронхит ташхиси куйилади:

сунги 2 йилда 3 ойдан узок давом этса \$

6 хафтадан узок чузилса \$

14 кундан ортик давом этса лозап \$

2 ойдан узок чузилса #

24. Упка ракининг скрининги утказилади.

Профилактик флюорография \$

Балгамни атипик хужайраларга текшириш \$

фибробронхоскопия \$

компьютер томография #

25. Спонтан пневмоторакс энг куп учрайдиган сабаби :

Упканинг буллёз кисталари \$

Упка раки \$

бронхоэктаз \$

ателектаз # ..

26. Бронхоэктаз касаллиги асорати:

упка абсцесси \$

плевра эмпиемаси \$

упкадан кон кетиш \$

спонтан пневмосклероз #

27. Бронхоэктаз касаллигида балгамга характерли белги:

бадбуй хидли балгам \$

йирингли бадбуй балгам \$

зангсимон балгам \$

шишасимон балгам #

28. Упка абсцесси бронхга очилишида рентгенологик белгилар:

горизонтал сатхли бушлик \$

упка илдизининг кенгайиши \$

учокли пневмосклероз тасвири \$

учокли гомоген соя #

29. Упка абсцесси Ерилиб бронхга чикканда нима кузатилади:

хаммаси\$

"огиз тулиб" балгам ажралиши \$

тана харорати пасайиши \$

бемор ахволи энгиллашади #

30. Упка абсцессига хос балгамда микроскопик топилмаларни курсатинг:

лейкоцитлар, эластик толалар, микроб флораси \$

Шарко-Лейден кристаллари, эластик толалар\$

Куршман спираллари, микроб флораси \$

Кох таёкчалари, лейкоцитлар #

5-мавзу

1. Уткир бронхит билан огриган беморларнинг дастлабки шикояти:

курук йутал \$

кукрак каффсида кучли огрик \$

хансираш \$

балгамли йутал #.

2. Кайси инструментал текширув усуллари нафас аъзолари касалликларида кулланилади

спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рентгенография, бронхоскопия. \$

пневмотахометрия, пикфлоуметрия, ирригоскопия, бронхоскопия, спирография \$

пневмотахометрия, бронхоскопия, спирография, колоноскопия, рентгенография.\$

пневмоперитониум, пикфлоуметрия, спиро-графия, бронхоскопия, пневмотахометрия

#.

3. Кайси касалликларда кукрак кафасида огрик булади

хаммаси \$

юррак ишемик касалликлари \$

уткир зотилжам \$

упка инфаркти #.

4. Упка инфарктига хос симптом

кон тупуриш, упкада перкутор товуш кискариши\$

аускультацияда хул хириллашлар \$

рентгенографияда упкада "Ботаётган куёш" симптоми \$

балгамда эозинофиллар, Куршман спираллари Шарко-Лейден кристаллари#.

5. Пневмонияда упка аускультациясида аникланади

нафас олишнинг сусайиши\$

йирик пуфакли хул хириллашлар\$

кичик пуфакли хириллашлар\$

крепитацияловчи хириллашлар#.

6. Пневмониянинг клиник белгилари билан биргаликда рентгенограммада

куйидаги узгаришлар аникланса,

пневмония ташхиси куйилади, биртасидан ташкари:

упка суратининг кучайиши\$

учокли доглар \$

упка сегментининг бир кисмини эгаллаган доглар\$

упка сегментининг хаммасини эгаллаган доглар#.

7. Пневмонияда куйидаги дори воситаларидан факат биртасигина

кулланилмайди:

этиотроп\$

балгам ажратувчи \$

бронхоспазмолитиклар\$

наркотик препаратлар#.

8. Пневмококкли пневмония гумон килинганда куйидагилар тавсия килинади

олететрин \$

стрептомицин \$

эритромицин \$

левомицетин #.

9.УВЧ уткир пневмонияда тавсияланади

Узок давом этувчи йуталда \$

Тана харорати ошганда \$

токсикоз белгиларида \$

Уткир кечганда # ..

10. Минимал седатив таъсирга эга:

тавегил \$

перитол \$

пипольфен \$

диазолин # ..

11. Балгам кучирувчи воситаларга киради:

мукалтин \$

либексин \$

кодеин \$

тавегил # ..

12. Стрептококкли пневмонияда дори воситани танланг:

ампициллин \$

фуразолидон \$

эритромицин \$

трихопол # ..

13. Пневмония кузгатувчиси:

пневмококк \$

микоплазма \$

клебсиелла \$

стафилококк # ..

14. Еш болалардаги пневмония:

Рентгенда "пахтали упка"\$

Нафас етишмовчилиги \$

Кучсиз интоксикация \$

чузилувчан кечиши # ..

15. Микоплазмали пневмонияга характерли

Жараёнга интерстициал тукиманинг кушилиши \$

Юкори харорат \$

Курук хириллалашлар \$

Уткир кечиши # ..

16. Кук йирингли пневмонияга характерли

Яккол таёкча ядерли силжиш \$

Уткир бошланади \$

юкори харорат\$

лейкоцитоз, нейтрофилез # ..

17. Стафилококкли деструктив пневмонияга характерли

плеврит билан асоратланиши \$

нам йутал \$

икки томонлама жараён \$

курук хириллалашлар # ..

18. Стрептококкли пневмонияга характерли:

йирингли асоратлар (плеврит, остеомиелит) \$

упка булаклари зарарланиши \$

обструктив синдром \$

бир томонлама юз кизариши # ..

19. Крупоз пневмонияга характерли:

упка булагининг зарарланиши \$

нормал температура \$

кутисимон перкутор товуш \$

икки томонда курук хириллалашлар # ..

20. Уткир пневмония белгиларига киради:

хансираш \$

ринит \$

Томок кичиши \$

курук хириллалашлар # ..

21. Зотилжам асоратларига киради:

Пневмоторакс \$

Юрак кон томиридаги узгаришлар \$

Яккол нафас етишмовчилиги \$

Миокард инфаркти # ..

22. Зотилжам огирлигини курсаткичлари:

Юрак - кон томирдаги яккол узгаришлар \$

токсикоз даражаси \$

кон анализлари \$

Упка товуши # ..

23. Зотилжамда юрак кон - томир системасидаги зарарланишнинг патогенези:

Упка гипертензияси \$

Катта кон айланишида артериолалар спазми \$

Миокард кискарувчанлигининг кучайиши \$

Периферик гемодинамиканинг ошиши # ..

24. Зотилжамда нафас етишмовчилигининг патогенези

газлар диффузиясининг бузилиши \$

алкалоз \$

анемия \$

гиперкапния # ..

25. Вирусли зотилжам формасига караб

интерстициал \$

крупоз \$

деструктив \$

рестриктив # ..

26. Упка тукумасига гематоген йул оркали инфекциянинг таркалиши

сепсисда \$

колитларда \$

бронхитларда \$

отитларда # ..

27. Зотилжамда асосий юкиш йулини курсатинг:

Бронхоген \$

Гематоген \$

Лимфоген \$

фекал - орал # ..

28. Упканинг тириклик сизими бу:

бир минут давомида вентиляция буладиган максимал хаво хажми \$

тинч нафас чикаргандан кейин упкада коладиган хаво хажми \$

максимал нафас олгандан кейин максимал равишда чикариладиган максимал хаво хажми \$

тинч нафас олгандан кейин олинадиган максимал хаво хажми # ..

29. Уткир упка абсцессига характерли белги

тана харорати кутарилиши, огрик \$

огрик, йирингли балгам, тана харорати кутарилиши \$

кунгил айнаши, кусиш \$

йутал, кон тупуриш \$

хаммаси нотугри # ..

30. Упка абсцесси бронхга очилишида балгам характери

огиз тулиб йирингли балгам ажралиши \$

шур сувли балгам ажралиши \$

геморрагик балгам ажралиши \$

балгам ажралмайди # ..

6-мавзу

1. 33 ёшли чекувчи аёлда бир йил давомида учинчи марта учокли пневмония ривожланди. Касалликлар орасида йутал, кон аралаш балгам, ута чарчаш белгилари безовта килади.

Беморда кандай касаллик булиши мумкин. \$

Бронхоэктатик касаллик \$

Бронх раки \$

Упка сили \$

Уака инфаркти #

2. Плевра бушлигида геморрагик характерли суюклик тулланиши купрок кайси касаллик учун характерли

бластоматоз жараён \$

плевра эмпиемаси \$

бириктирувчи тукима диффуз касалликлари \$

юррак етишмовчилиги #

3. 13 ёшли бола 5 йилдан буён рецидивланадиган бронхит билан огрийди.

Ремиссия вақтида курук йутал безовта килади. Боланинг отаси ва онаси кунига 1 пачкадан сигарет чекади. Диагноз:

Сурункали бронхит \$

Аллергик бронхит \$

Аспирацион бронхит \$

Бронхда ёт жисм #

4. 5 ёшли болада 4 соатдан буён бронхиал астма хуружи давом этмокда. Сизнинг тактикангиз?

вена ичига эуфиллин юбориш \$

муколитик буюриш \$

ингальяцион бета 2 агонистларни беришда давом этиш \$

интубация #

5. 5 ёшли болада 2 соатдан буён бронхиал астма хуружи давом этмокда. Ота – онаси бромгексин ва эуфиллин таблеткаларини беришган. Сизнинг тактикангиз?

ингальяцион бета 2 агонистларни бериш \$

вена ичига эуфиллин юбориш \$

мушак ичига кортикостероидлар юбориш буюриш \$

тезда госпитализация килиш #

6. Спонтан пневмоторакс энг куп учрайдиган сабаби

Упканинг буллёз кисталари \$

Упка раки \$

бронхоэктаз \$

ателектаз #

7. Упка ракининг скрининги утказилади.

Профилактик флюорография \$

Балгамни атипик хужайраларга текшириш \$

фибробронхоскопия \$

компьютер томография #

8. Кайси инструментал текширув усуллари нафас аъзолари касалликларида кулланилади

спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рентгенография, бронхоскопия. \$

пневмотахометрия, пикфлоуметрия, ирригоскопия, бронхоскопия, спирография \$

пневмотахометрия, бронхоскопия, спиро-графия, колоноскопия, рентгенография. \$

пневмоперитониум, пикфлоуметрия, спирография, бронхоскопия, пневмотахометрия #

9. Эуфиллиннинг дозасини курсатинг

10 мл 2,4% ли эритма, 0,15 гр таблеткаларда \$

10 мл 40% ли эритма, 0,5 гр таблеткаларда \$

10 мл 2,4% ли эритма, 0,005 гр таб-каларда \$

5 мл 5% ли эритма, 0,25; 0,5 гр таб-каларда #

10. Сурункали бронхит ташхиси куйилади:

сунги 2 йилда 3 ойдан узок давом этса \$

6 хафтадан узок чузилса \$

14 кундан ортик давом этса лозап \$

2 ойдан узок чузилса #

11. Куйидагиларнинг кайси бири УТС (упканинг тириклик сизими)ни ташкил килишда катнашмайди

колдик хажм \$
нафас олишнинг кушимча хажми \$
нафас хажми \$
нафас чикаришнинг кушимча хажми #

12. Плеврал пункция бажарилади:

7-8 ковургалар оралигидан \$
8-12 ковургалар оралагидан \$
4 -5 ковургалар оралигидан \$
2-3 ковургалар оралигидан #

13. Куйидаги препаратлардан кайси бири муколитик ҳисобланмайди?

эуфиллин \$
химотрипсин \$
калий йодид \$
мукалтин #

14. Кайси белги экссудатив плеврит учун хос эмас?

балгамли йутал\$
хансираш\$
юзаки нафас\$
перкуссияда бугиклик#

15. Упка абсцесси бронхга ёрилгандан сунг аускультацияда нима эшитилади?

амфорик нафас \$
крипетация\$
кутичали товуш\$
бронхиал нафас#

16. Бирламчи эмфизема келиб чиқади.

α1- антитрипсин дефицитидан \$
глюкоза 6- фосфатаза дефицитидан\$
креатинфосфаткиназа дефицитидан\$
гиалуринидаза дефицитидан#

17. Уткир бронхит билан огриган беморларнинг дастлабки шикоят:

курук йутал \$
балгамли йутал\$
хансираш\$
кукрак каффсида кучли огрик. #

18. Кайси инструментал текширув усуллари нафас аъзолари касалликларида кулланилади.

спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рентгенография, бронхоскопия. \$
пневмотахометрия, бронхоскопия, спиро-графия, колоноскопия, рентгенография. \$
пневмотахометрия, пикфлоуметрия, ирригоскопия, бронхоскопия, спирография. \$
пневмоперитониум, пикфлоуметрия, спиро-графия, бронхоскопия, пневмотахометрия. #

19. Эуфиллиннинг дозасини курсатинг.

10 мл 2,4% ли эритма, 0,15 гр таблеткаларда \$
10 мл 40% ли эритма, 0,5 гр таблеткаларда\$
5 мл 5% ли эритма, 0,25; 0,5 гр таблеткаларда\$
10 мл 2,4% ли эритма, 0,005 гр таблеткаларда#

20. Сурункали бронхит ташхиси куйилади:

сунги 2 йилда 3 ойдан узок давом этса \$
6 хафтадан узок чузилса\$
2 ойдан узок чузилса\$
14 кундан ортик давом этса#
39.21. Плеврал пункция бажарилади: \$
7-8 ковургалар оралигидан \$
2-3 ковургалар оралигидан\$

9-11 ковургалар оралигидан\$

8-12 ковургалар оралагидан#

22. Бета 2 агонистлар гурухига кирувчи бронходилататорни курсатинг

сальбутамол \$

лазолван \$

интал \$

ингакорт #

23. Мембраностабилловчилар гурухига кирувчи бронходилататорни курсатинг

интал \$

сальбутамол \$

лазолван \$

ингакорт

24. Кортикостероидлар гурухига кирувчи бронходилататорни курсатинг

ингакорт \$

лазолван \$

интал \$

сальбутамол #

25. Метилксантинлар гурухига кирувчи бронходилататорни курсатинг

теофиллин \$

сальбутамол \$

интал \$

ингакорт #

26. Бронхиал астма асоратига кайси бири хос эмас:

упка абсцесси \$

упка-юрак \$

упка эмфиземаси \$

нафас етишмовчилиги #

27. Бронхиал астма симптомларига кирмайди:

инспиратор хансираш\$

Куршман спирали, Шарко-Лейден кристаллари\$

экспиратор хансираш\$

эозинофилия#

28. Бронхиал астманинг кайси варианты иммунологик механизм буйича ривожланади?

Атопик\$

Аспиринли\$

психоэмоционал \$

холинэргик#

29. Кайси белги экссудатив плеврит учун хос эмас?

балгамли йутал\$

хансираш\$

юзаки нафас\$

перкуссияда бугиклик#

30. Спонтан пневмоторакс энг куп учрайдиган сабаби

Упканинг буллёз кисталари \$

Упка раки \$

бронхоэктаз \$

ателектаз #.

7-мавзу

1. Пневмокониозларда патологоанатомик жараёнини таърифлаб берувчи жараёни топинг?

мавжуд чанг таъсиридан вужудга келган упкадаги фиброзли жараён\$
чанг таъсиридан вужудга келган яллигланиш жараёни
булган касалликлар\$

турли чанглар таъсиридан хосил булган иммуно - патологик жараён \$
чангларнинг аллергия хусусияти натижасида юзага келган
касалликлар #.

2. Пневмокониозларнинг клиник - функционал белгиларини курсатиб беринг?

упканинг рентгенографияси, нафас функциясини аниклаш \$
упканинг рентгеноскопияси, бронхография \$
томография, бронхоскопия \$
флюорография, бронхография #.

3. Силикознинг етакчи патогенетик механизмини курсатиб беринг

кварц заррачаларининг макрофаглар цитоплазмасига таъсири \$
улар мембранасининг шикастланиши, энергия алмашинувининг
бузилиши негизида\$
упка тукумасида фиброз хосил булиши\$

чанг шиллик кават рецептор аппаратларига механик таъсир килиши #.

4. Фиброз жараёнининг келиб чикишига сабаб булади:

хаммаси тугри \$

Кварц чанги латент туберкулез инфекциясини жадаллаштиради,
бу эса упка тукумасида фибрознинг пайдо булишига сабабчи булади.\$
Упка тукумасидаги иммунологик узгаришлар фибрознинг пайдо
булишига сабабчи булади\$

Чанг сатхида кремний кислотасининг коллоид эритмаси
хосил булиб, узининг захарлилик таъсири натижасида фибрознинг
келиб чикишига сабаб булади #.

5. Асоратсиз пневмокониозларда тез - тез учраб турадиган шикоятлар:

курук йутал, жисмоний зурикиш: хансираш, кураклар оралигидаги бекарор огрик.\$
тинч холатда хансираш, куракда сикилиш хиссиЕти, балгамли йутал.\$
хуружсимон курук йутал, куракда огрик, камкувватлик, юкори харорат.\$
хаво етишмаслик холати, иситма чикиши, куракда огрик.#.

6. Силикознинг бошка турдаги пневмокониозлардан фаркли белгилари:

чанг тури, фиброз жараёнининг барвакт юзага келиши, тез ривожланиши, боскичма
- боскич тез утиши, асоратларнинг тез - тез учраши. \$

чанг тури, секин ривожланиш бир боскичдан иккинчи боскичга кам утиши,
асоратларниг камлиги\$

чанг тури, нисбатан кон айланишининг эрта бузилиши, тугунчаларнинг куп булиши,
секин ривожланиши\$

чанг тури, сурункали бронхитнинг эрта юзага чикиши, кон айланишининг кеч
бузилиши, сил касаллиги билан асоратланиш#.

7. Силикозда тез-тез кузатиладиган асоратлар

упка эмфиземаси, упка ва юрак етишмовчилиги, сурункали бронхит, \$
бронхоэктазия, нафас етишмаслиги, сурункали бронхит\$

уткир зотилжам, уткир бронхит, кон айланишининг етишмаслиги\$

упка эмфиземаси, экссудатив плеврит, бронхоэктатик плеврит, бронхоэктатик
касаллик#.

8. Пневмокониозларнинг меҳнат экспертизасида аҳамият касб этадиган маълумотлар қайси жавобда тулик курсатилган?

касалликнинг боскичи, меҳнат шароити, меҳнат стажи, асоратларининг мавжудлиги,
касаллик формаси\$

касбий меҳнат стажи, беморнинг Еши, касалликнинг боскичи \$

беморнинг Еши, касалликнинг боскичи, асоратларнинг мавжудлиги\$

касалликнинг боскичи, беморнинг Еши, меҳнат шароити #.

9. Силикоз куйдагилар билан сил касаллигидан фаркланади?

тугунларнинг фарки, касби, конда узгаришларнинг йуклиги, рентгенологик манзара\$
бехоллик, рентгенологик манзара, хароратнинг кутарилиши\$
кондаги узгаришлар, тугунчаларнинг узгачалиги, йутал\$
балгам аралаш йутал, кукракда огрик, хансираш, юкори температура#.

10. Саркоидоз купинча учрайди:

Болалар ва усмирларда \$
кариликда \$
кексаларда \$
20-50 ёшларда #.

11. Саркоид гранулЕманинг морфологик асоси булиб хисобланади:

Пирогов - Лангханс хужайраларига ухшаш гигант ва эпителиал хужайралар\$
Березов-Штернберг хужайралари\$
Гистоцитлар\$
Макрофаглар #.

12. Идиопатик фиброзланувчи альвеолит учун характерли булмаган белги

Турли калибрли нам хариллашлар \$
Сусайган нафас \$
крепетация \$
инсператор хансираш #.

13. Идиопатик фиброзланувчи альвеолит диагностикасида информатив усул

Упка рентгенографияси \$
Кукс оралиги томографияси \$
бронхорафия \$
фибробронхоскопия #.

14. Муковисцидознинг клиник формаларига кирмайди

Инфилтратив формаси \$
Бронх -упка формаси \$
Аралаш формаси \$
Ичак формаси #.

15. Упка абсцесси бронхга ёрилгандан сунг аускультацияда нима эшитилади?

амфорик нафас \$
крипетация\$
кутичали товуш\$
бронхиал нафас#

16. Бирламчи эмфизема келиб чикади.

α1- антитрипсин дефицитидан \$
глюкоза 6- фосфатаза дефицитидан\$
креатинфосфаткиназа дефицитидан\$
гиалуринидаза дефицитидан#

17. Уткир бронхит билан огриган беморларнинг дастлабки шикояти:

курук йутал \$
балгамли йутал\$
хансираш\$
кукрак каффсида кучли огрик. #

18. Кайси инструментал текширув усуллари нафас аъзолари касалликларига кулланилади.

спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рентгенография, бронхоскопия. \$
пневмотахометрия, бронхоскопия, спиро-графия, колоноскопия, рентгенография. \$
пневмотахометрия, пикфлоуметрия, ирригоскопия, бронхоскопия, спирография. \$
пневмоперитониум, пикфлоуметрия, спирография, бронхоскопия, пневмотахометрия. #

19. Плеврал пункция бажарилади:

7-8 ковурагалар оралигидан \$

2-3 ковургалар оралигидан\$
9-11 ковургалар оралигидан\$
8-12 ковургалар оралагидан#

20. Куйдаги препаратлардан кайси бири муколитик ҳисобланмайди?

эуфиллин \$
калий йодид\$
химотрипсин\$
мукалтин#

21. GINA классификацияси буйича БАнинг неча тури фаркланади?

А) 4 та
Б) 3 та
С) 2 та
Д) 1 та

22. Бронхиал астманинг лаборатор диагностик мезонлари:

А) конда IgE баланд, эозинофилия, балгамда Кушман спирали Шарко Лейден кристалларини топилаши

Б) лейкопения, эозинофилия
С) моноцитоз, лейкопения
Д) моноцитоз, эозинофилия

23. Бронхиал астманинг атопик турига киради:

А) аллергия
Б) дисгормонал
С) дисметаболик
Д) жисмоний зурикишдан сунг

24. Бронхиал астмани даволашда кулланилади:

А) бронходилататорлар, бета-2 агонистлари, кортикостероидлар
Б) бета-2 агонистлари, фитотерапия
С) хинолин препаратлари, кортикостероидлар
Д) Бета адреноблокаторлар, витаминлар

25. БА нинг симптоматик давосини курсатинг:

А) бета-2 агонистлари, метил ксантинлар
Б) мембраностабилизаторлар, бета-2 агонистлари
С) метил ксантинлар, кортикостероидлар
Д) мембраностабилизаторлар, кортикостероидлар

26. БА нинг базис давосини курсатинг:

А) мембраностабилизаторлар, кортикостероидлар
Б) бета-2 агонистлари, метил ксантинлар
С) мембраностабилизаторлар, бета-2 агонистлари
Д) метил ксантинлар, кортикостероидлар

27. Бета-2 агонистларга кирмайди:

А) эуфиллин
Б) бератек
С) форматерол
Д) сальбутамол

28. Астматик статус даврларини курсатинг:

1. нисбий компенсация;
2. "Гунг упка" боскичи;
3. Гипоксимик
 4. патохимик 5. иммунолагик 6. патофизиологик
- А) 1.2.3
Б) 1.4.5.
С) 2.3.6.
Д) 6.3.2

- 29.** БАнинг прогнози нима билан белгинади
 А) касалликнинг оғирлик ва асоратлар даоажаси билан
 Б) бемор еши билан
 В) беморнинг жинси билан
 С) беморнинг ҳолатига
30. Уртача минутлик нафас ҳажми канча
 А) 8000 мл
 В) 6000 мл
 С) 10000 мл
 Д) 2500 мл

8-мавзу

1. Кавасаки касаллигининг таъхисий мезонларига кирмайди:

- Умуман иситмани булмаслиги \$
 Курук конъюктивит \$
 Лабларни, оғиз бурчакларини Ерилиши \$
 Танада, оЕк - кулларда тошмаларни чикиши ва кафтларнинг шишиши #.

2. Кавасаки касаллигининг уткир фазасида кандай асорат кузатилади?

- Аневризма \$
 Миокардит \$
 Перикардит \$
 Артериит ва увеитлар #.

3. Кавасаки касаллигининг таъхисий критерияларига кирмайди:

- Умуман иситмани булмаслиги \$
 Курук конъюктивит \$
 Лабларни, оғиз бурчакларини Ерилиши \$
 Танада, оёк - кулларда тошмаларни чикиши ва кафтларнинг шишиши #.

4. Кавасаки касаллигининг уткир фазасида кандай асорат кузатилади?

- Аневризма \$
 Миокардит \$
 Перикардит \$
 Артериит ва увеитлар #.

5. Баланд иситма, йирингли балгам, оғиздан нохуш хид келиши, пневмонияни

узук давом этиши кайси касалликга хос

- Френдлендер пневмонияси \$
 стафилококкли пневмония \$
 миграцияловчи пневмония \$
 массив пневмония #.

6. Уткир ости бактериал эндокардитни купинча чакиради:

- Кук спрептококк \$
 В - гемолитик стрептококк \$
 энтерококк \$
 вируслар #.

7. Бактериал эндокардитда куп зарарланади:

- Аортал клапан \$
 Митрал клапан \$
 Уч табакали клапан \$
 Хамма клапанлар #.

8. Бактериал эндокардит клиникасига кирмайди:

- Терининг диффуз гиперпигментацияси\$
 Иситма, калтираш билан\$
 Терида петехиал тошмалар\$
 Талокнинг катталашуви#.

9. Бактериал эндокардитда кондаги узгаришларга кирмайди:

Гипоглобулинемия \$

Анемия, лейкопения, тромбоцитопения \$

ЭЧТ тезлашуви \$

Иммуноглобулин ва ревма омилнинг купайиши #.

10. Бактериал эндокардитда артериялар ва капиллярлардаги утказувчанликнинг бузилиши боғлиқ эмас:

атеросклероз билан\$

васкулит билан\$

бактериал массалар билан\$

эндотелияга токсик таъсир натижасида#.

11. Лукин - Либман симптоми характерли:

пастки ковок конъюнктиваси утувчи бурмасида петехия булиши\$

жгутдан сунг биланнинг букувчи юзасида петихиал

тошма пайдо булиши\$

конталашлар ва экхимозлар\$

гиперпигментация#.

12. Тромбоэмболик асоратлар кузатилиши кам характерли:

Бирламчи ревмокардит учун\$

Бактериал эндокардит учун\$

Дилатацион кардиомиопатия учун\$

Кайталанма ревмокардит учун#.

13. Упка тукумасига гематоген йул оркали инфекциянинг таркалиши

сепсисда \$

колитларда \$

бронхитларда \$

отитларда #.

14. Беморда кон босими улчанганда 160/110 мм.сим. уст. экани аникланди. Бу АГнинг кайси категориясига киради?

3 даражали АГ \$

Юкори нормал \$

2 даражали АГ \$

1 даражали АГ #

15. 5 ёшли болада 2 соатдан буён бронхиал астма хуружи давом этмокда. Ота – онаси бромгексин ва эуфиллин таблеткаларини беришган. Сизнинг тактикангиз?

инголяцияон бета 2 агонистларни бериш \$

вена ичига эуфиллин юбориш \$

мушак ичига кортикостероидлар юбориш буюриш \$

тезда госпитализация килиш #

16. Спонтан пневмоторакс энг куп учрайдиган сабаби

Упканинг буллёз кисталари \$

Упка раки \$

бронхоэктаз \$

ателектаз #

17. упка ракининг скрининги утказилади.

Профилактик флюорография \$

Балгамни атипик хужайраларга текшириш \$

фибробронхоскопия \$

компьютер томография #

18. ошкозоннинг предрак касалликларига киради. \$

Катта эгриликдаги сурункали яра \$

Геморрагик гастрит \$

Мэллори-Вейс касаллиги \$

Сурункали панкреатит #

19. Мэллори-Вейс синдромида патологик жараённинг

локализацияси

Кардиал кисми \$

Антрал кисми \$

Кичик эгрилик \$

Ошкозон туби #

20. Аёллар орасида панкреатитнинг энг куп учрайдиган сабаби \$

Сурункали холицистит \$

Алкоголизм \$

хомиладорлик \$

орал контрацептивларни кабул килиш #

21. Крон касаллигининг бошлангич даврида локализацияси

Ингичка ичак \$

йугон ичакнинг алохида кисмлари \$

Сигмасимон ва тугри ичак \$

Кундаланг чамбар ичак #

22. некротик панкреатит патогенезида кайси фермент мухим

урин тутади

Фосфолипаза А \$

Эластаза \$

Трипсин \$

Амилаза #

24. панкреатитда нафас етишмовчилиги ривожланиши

асосида ётади.

Сурфактант денатурацияси \$

бронхоспазм \$

“Химиявий” пневмония \$

Массив плеврал экссудация #

25. Ёгларни парчалашда иштирок этади

Ут суюклиги \$

амилаза \$

протеаза \$

трипсин #

26. бета 2 агонистлар гурухига кирувчи

бронходилататорни курсатинг

сальбутамол \$

лазолван \$

интал \$

ингакорт #

27. мембраностабилловчилар гурухига кирувчи

бронходилататорни курсатинг

интал \$

сальбутамол \$

лазолван \$

ингакорт #

28. кортикостероидлар гурухига кирувчи

бронходилататорни курсатинг

ингакорт \$

лазолван \$

интал \$

сальбутамол #

29. метилксантинлар гурухига кирувчи

бронходилататорни курсатинг

теофиллин \$
сальбутамол \$
интал \$
ингакорт #

30. кайси антигипертензив восита комбинирланган препарат хисобланади

адельфан \$
клофеллин \$
лозап \$
диротон#

9-мавзу

1. Кук йирингли пневмонияга характерли

Яккол таёкча ядрели силжиш \$
Уткир бошланади \$
юкори харорат\$
лейкоцитоз, нейтрофилез #

2. Микоплазмали пневмонияга характерли

ЖараЕнга интерстициал тукиманинг кушилиши \$
Юкори харорат \$
Курук хириллашлар \$
Уткир кечиши #

3. Еш болалардаги пневмония:

Рентгенда "пахтали упка"\$
Нафас етишмовчилиги \$
Кучсиз интоксикация \$
чузилувчан кечиши #

4. Пневмония кузгатувчиси:

пневмококк \$
микоплазма \$
клебсиелла \$
стафилококк #

5. Стрептококкли пневмонияда воситани танланг:

ампициллин \$
фуразолидон \$
эритромицин \$
трихопол #

6. Балгам кучирувчи воситаларга киради:

мукалтин \$
либексин \$
кодеин \$
тавегил #

7. Минимал седатив таъсирга эга:

тавегил \$
перитол \$
пипольфен \$
диазолин #

8. УВЧ уткир пневмонияда тавсияланади

Узок давом этувчи йуталда \$
Тана харорати ошганда \$
токсикоз белгиларида \$
Уткир кечганда #

9. Трахеобронхитда йутал огрик б-н кечади:

Туш сохасидаги \$

Томогидаги \$

Ен бошдаги \$

ОЕгидаги #

10. Уткир бронхитга характерли:

Касаллик бошида курук йутал\$

касаллик бошида хул йутал \$

Бир томонлама перкутор товушнинг тумтоклиги \$

майда пуфакчали хириллалар #

11. Уткир обструктив бронхитда бронхоспазм сабаби

Бронх шиллик каватининг шиши, гиперсекреция \$

бронхоспазм \$

Гипосекреция \$

Атопия #

12. Еш болаларда обструктив бронхит куп учрайди қачонки

экссудатив-катарал диатез булса \$

рахит булса \$

Гипотрофия булса \$

лимфатик-гипопластик диатезда #

13. Уткир обструктив бронхитга характерли:

экспиратор хансираш \$

инспиратор хансираш \$

Хул майда пуфакчали хириллалар \$

Перкутор товушнинг тумтоклашуви #

14. Бронхиолитга характерли:

эмфизема \$

Йутал булмаслиги \$

Нафас олиш сони 32 марта 1 минутга \$

Курук хириллалар #

15. Бронхиолитда кулланилади:\$

Гепаринотерапия \$

инфузион терапия \$

сулфаниламидлар \$

витаминлар #

16. Сурункали обструктив бронхит деб қачон айтилади?

бир йилда 1-3 мартагача ва 2 йил давомида \$

бир йилда 3 марта \$

бир йилда бир марта \$

икки йилда бир марта #

17. Сурункали обструктив бронхитда кулланиладиган дори воситалар:

балгам кучирувчилар, иммуностимуляторлар ва антиоксидантлар \$

балгам кучирувчилар \$

балгам кучирувчилар ва иммуностимуляторлар \$

антиоксидантлар #

18. Бронхлардаги ялигланиш жараЕнининг сурункали кечишига сабаб:

мукоцилиар клиренсинг бузилиши\$

Махалий иммунитетни бузилиши\$

махалий иммунитетнинг пасайиши ва дестабилизация\$

дестабилизация #

19. Сурункали бронхитни ташхислашда:

кон умумий анализи, кукрак кафасининг рентгенографияси

ва бронхоскопия \$

кон умумий тахлили \$
пикфлоуметрия \$
сийдик умумий тахлили #

20. Асоратланган сурункали бронхитда кулланилади:

антибиотиклар, УВЧ-терапия, постурал дренаж \$
УВЧ-терапия \$
упка илдизларига УФО \$
ЛФК #

21. Сурункали бронхитнинг суниш даврида кулланилади:

балгам кучирувчи, упка илдизларига УФО \$
витами́нлар\$
УВЧ-терапия\$
Чиникиш #

22. Бронхиал астма бу –

bronхлар гиперреактивлигининг ошиши фонида нафас
йулларининг сурункали ялигланиши, бугилиш хуружлари
ва астматик статус билан намоён булиши \$
нафас йулларининг сурункали ялигланиши \$
bronхларнинг гиперреактивлиги \$
bronхларнинг уткир яллигланиши #

23. Экзоаллергенлар –

бактериялар\$
зарарланган туқималар\$
амброзия \$
одамлар #

24. Аллергик реакциянинг 1- боскичи:

иммунологик \$
патофизиологик \$
патохимик \$
патоанатомик #

25. Тугри жавобни топинг:

аллергик жараённинг иммун боскичида: антиген-антитело
комплексининг ҳосил булиши \$
аллергик жараённинг патохимик боскичида: антиген-антитело
комплексининг ҳосил булиши \$
аллергик жараённинг патофизиологик боскичида: антиген-антитело
комплексининг ҳосил булиши \$
патоанатомик боскич #

26. Холинорецепторларни кузгатганда бронхлар:

тораяди \$
кенгаяди \$
Епишади \$
узгармайди #

27. Бета-2адренорецепторларни кузгатганда бронхлар:

кенгаяди \$
тораяди \$
узгармайди \$
шишади #

28. b2-адренорецепторларнинг блокадаси кучаяди:

метаболик ацидозда \$
адреномиметикларни кам дозада берганда \$
нафас олиш алкалозида \$
вактида давони бошлаганда #

29. Бронхлар гиперреактивлиги кузатилади

b2-адренорецепторларнинг блокадасида \$

a-адренорецепторларнинг блокадасида \$

A\B блокадасида\$

синоаурикуляр блокадада #

30. Бронхиал астманинг иммун формаларига киради:

инфекцион-аллергик \$

аспиринли \$

жисмоний зуриқишдаги астма \$

нейроген #

10-мавзу

1. Уткир бронхиолит учун етакчи аускультатив симптом

Майда пуфакчали нам хириллаш \$

Йирик пуфакчали нам хириллаш \$

плевранинг ишкालаниш шовкини \$

крепитация#.

2. Плевра бушлигида геморрагик характерли суюклик тупланиши купрок кайси

касаллик учун характерли

бластоматоз жараён \$

плевра эмпиемаси \$

бириктирувчи тукима диффуз касалликлари \$

юрак етишмовчилиги #

3. 13 ёшли бола 5 йилдан буён рецидивланадиган бронхит билан огрийди.

Ремиссия вақтида курук йутал безовта килади. Боланинг отаси ва онаси кунига 1 пачкадан сигарет чекади. Диагноз:

Сурункали бронхит \$

Аллергик бронхит \$

Аспирацион бронхит \$

Бронхда ёт жисм #

4. 5 ёшли болада 4 соатдан буён бронхиал астма хуружи давом этмокда. Сизнинг

тактикангиз?

вена ичига эуфиллин юбориш \$

муколитик буюриш \$

ингаляцион бета 2 агонистларни беришда давом этиш \$

интубация #

5. 5 ёшли болада 2 соатдан буён бронхиал астма хуружи давом этмокда. Ота –

онаси бромгексин ва эуфиллин таблеткаларини беришган. Сизнинг тактикангиз?

инголяцион бета 2 агонистларни бериш \$

вена ичига эуфиллин юбориш \$

мушак ичига кортикостероидлар юбориш буюриш \$

тезда госпитализация килиш #

6. Спонтан пневмоторакс энг куп учрайдиган сабаби

Упканинг буллёз кисталари \$

Упка раки \$

бронхоэктаз \$

ателектаз #

7. Упка ракининг скрининги утказилади.

Профилактик флюорография \$

Балгамни атипик хужайраларга текшириш \$

фибробронхоскопия \$

компьютер томография #

8. Кайси инструментал текширув усуллари нафас аъзолари касалликларида кулланилади

спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рентгенография, бронхоскопия. \$
пневмотахометрия, пикфлоуметрия, ирригоскопия, бронхоскопия, спирография \$
пневмотахометрия, бронхоскопия, спиро-графия, колоноскопия, рентгенография. \$
пнеумоперитониум, пикфлоуметрия, спирография, бронхоскопия, пневмотахометрия #

9. Эуфиллиннинг дозасини курсатинг

10 мл 2,4% ли эритма, 0,15 гр таблеткаларда \$

10 мл 40% ли эритма, 0,5 гр таблеткаларда \$

10 мл 2,4% ли эритма, 0,005 гр таб-каларда \$

5 мл 5% ли эритма, 0,25; 0,5 гр таб-каларда #

10. Сурункали бронхит ташхиси куйилади:

сунги 2 йилда 3 ойдан узок давом этса \$

6 хафтадан узок чузилса \$

14 кундан ортик давом этса лозап \$

2 ойдан узок чузилса #

11. Куйидагиларнинг кайси бири УТС (упканинг тириклик сизими)ни ташкил килишда катнашмайди

колдик хажм \$

нафас олишининг кушимча хажми \$

нафас хажми \$

нафас чикаришнинг кушимча хажми #

12. Плеврал пункция бажарилади:

7-8 ковургалар оралигидан \$

8-12 ковургалар оралагидан \$

4 -5 ковургалар оралигидан \$

2-3 ковургалар оралигидан #

13. Куйидаги препаратлардан кайси бири муколитик хисобланмайди?

эуфиллин \$

химотрипсин \$

калий йодид \$

мукалтин #

14. Кайси белги экссудатив плеврит учун хос эмас?

балгамли йутал\$

хансираш\$

юзаки нафас\$

перкуссияда бугиклик#

15. Упка абсцесси бронхга ёрилгандан сунг аускультацияда нима эшитилади?

амфорик нафас \$

крипетация\$

кутичали товуш\$

бронхиал нафас#

16. Бирламчи эмфизема келиб чикади.

α1- антитрипсин дефицитидан \$

глюкоза 6- фосфатаза дефицитидан\$

креатинфосфаткиназа дефицитидан\$

гиалуринидаза дефицитидан#

17. Уткир бронхит билан огриган беморларнинг дастлабки шикояти:

курук йутал \$

балгамли йутал\$

хансираш\$

кукрак каффсида кучли огрик. #

18. Кайси инструментал текширув усуллари нафас аъзолари касалликларида кулланилади.

спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рентгенография, бронхоскопия. \$
пневмотахометрия, бронхоскопия, спиро-графия, колоноскопия, рентгенография. \$
пневмотахометрия, пикфлоуметрия, ирригоскопия, бронхоскопия, спирография. \$
пневмоперитониум, пикфлоуметрия, спиро-графия, бронхоскопия, пневмотахометрия. #

19. Эуфиллиннинг дозасини курсатинг.

10 мл 2,4% ли эритма, 0,15 гр таблеткаларда \$
10 мл 40% ли эритма, 0,5 гр таблеткаларда\$
5 мл 5% ли эритма, 0,25; 0,5 гр таблеткаларда\$
10 мл 2,4% ли эритма, 0,005 гр таблеткаларда#

20. Сурункали бронхит ташхиси қуйилади:

сунги 2 йилда 3 ойдан узок давом этса \$
6 хафтадан узок чузилса\$
2 ойдан узок чузилса\$
14 кундан ортик давом этса#
39.21. Плеврал пункция бажарилади: \$
7-8 ковургалар оралигидан \$
2-3 ковургалар оралигидан\$
9-11 ковургалар оралигидан\$
8-12 ковургалар оралагидан#

22. Бета 2 агонистлар гурухига кирувчи бронходилататорни курсатинг

сальбутамол \$
лазолван \$
интал \$
ингакорт #

23. Мембраностабилловчилар гурухига кирувчи бронходилататорни курсатинг

интал \$
сальбутамол \$
лазолван \$
ингакорт

24. Кортикостероидлар гурухига кирувчи бронходилататорни курсатинг

ингакорт \$
лазолван \$
интал \$
сальбутамол #

25. Метилксантинлар гурухига кирувчи бронходилататорни курсатинг

теофиллин \$
сальбутамол \$
интал \$
ингакорт #

26. Бронхиал астма асоратига кайси бири хос эмас:

упка абсцесси \$
упка-юррак \$
упка эмфиземаси \$
нафас етишмовчилиги #

27. Бронхиал астма симптомларига кирмайди:

инспиратор хансираш\$
Куршман спирали, Шарко-Лейден кристаллари\$
экспиратор хансираш\$
эозинофилия#

28. Бронхиал астманинг кайси варианты иммунологик механизм буйича ривожланади?

Атопик\$
Аспиринли\$
психоэмоционал \$
холинэргик#

29. Кайси белги экссудатив плеврит учун хос эмас?

балгамли йутал\$
хансираш\$
юзаки нафас\$
перкуссияда бугиклик#

30. Спонтан пневмоторакс энг куп учрайдиган сабаби

Упканинг буллёз кисталари \$
Упка раки \$
бронхоэктаз \$
ателектаз #.

11-мавзу

1. Упка раки купинча куйидаги касалликларда учрайди:

A. * упканинг сурункали носпецифик касалликлари \$
C. кандли диабет\$
B. бармокли ичак ва ошкозон яра касаллиги \$
D. упка туберкулези #.

2. Курук йуталда узок муддат давом этувчи кон тупуриш гумон килишга олиб келади:

A. * бронхлар ракига \$
B. упка каверноз туберкулезига \$
C. бронхоэктатик касалликларга \$
D. крупоз пневмонияга #.

3. Хансираш купрок характерли

A. * бронхиолит учун \$
B. уткир проксимал бронхит учун\$
C. уткир проксимал дистал учун\$
D. трахеобронхит учун#.

4. Яширин бронхоспазм холатида курук хуштаксимон хириллашлар яхширок эшитилади

A*. Горизонтал холатда \$
B. Вертикал холатда \$
C. Тинч нафас олганда \$
D. Умуман эшитилмайди #.

5. Бирламчи упка эмфиземаси учун характерли

A*. Упкани тириклик сигимининг камайиши \$
B. Упканинг тириклик сигимининг ошиши \$
C. Колдик хажмининг камайиши \$
D. Упка вентиляциясининг ошиши #.

6. Пикфлоумергиянинг нормал курсаткичлари боглик

A*. Ёшга, жинсга ва буй узунлигига \$
B. Ёшга, жинсга ва тана вазнига \$
C. Ёшга ва буй узунлигига \$
D. Жинсга, мехнат шароитига ва буй узунлигига #.

7. Астматик статуснинг 2-боскичига хос булган симптом:

A*. Упкадаги улик зона\$
B. Йуталнинг кучайиши\$

- С. гипокапния\$
- Д. периодик нафаснинг юзага келиши#.

8. Симпатомиметикларнинг бронхларни кенгайтирувчи эффектини аникловчи асосий механизм:

- А*. Бронх силлик мускул хужайраларида циклик аденозинмонофосфат концентрациясининг ошиши \$
- В. Вагус таъсирини йукотиш\$
- С. Бронх силлик мускуллари аденозин рецепторларини блоклаш\$
- Д. Бронх силлик мускуллари кальций каналларини блоклаш#.

9. Астматик статусда куйидаги қушма дори воситаларидан қайси бирини куллаш мақсадга мувофиқ

- А*. гидрокортизон + эуфиллин + гепарин\$
- В. стрептокиназа + реланиум + эуфиллин
- С. гидрокортизон + закис азот ингаляцияси\$
- Д. беротек + адреналин + эуфиллин#.

10. Астматик статуснинг баргараф булганлигидан далолат берувчи белги

- А*. Бугилиш сезгисининг сусайиши\$
- В. Балгам ажралишининг тухташи\$
- С. «улик» упка\$
- Д. Акроцианоз#.

11. . Бронхиал астма хуружи пайтида эшитилади

- А*. нафас чиқарганда хуштакли, курук хириллашлар \$
- В. Плевранинг ишқаланиш шовкини \$
- С. хуштаксимон нам хириллаш \$
- Д. нафас олганда кичик калибрили нам хириллаш #.

12. Бронхиал астамада упкада қандай узгаришлар булади

- А*. хаммаси \$
- В. кутичасимон товуш \$
- С. курук хуштаксимон хириллашлар\$
- Д. обструкция #.

13. . Бронхиал астма рентгенологик белгилари

- А*. упка илдизи кенгайиши, гомоген коронгилик учоклари\$
- В. ноаник конторли соя \$
- С. хуруж вақтида эмфизема белгилари \$
- Д. рентгенологик белгилар кузатилмайди #.

14. Нафас олишнинг бузилиши билан кеча-диган нафас сикиш хуружи қайси ҳолатга ҳос

- А*. юрак астмаси \$
- В. бронхиал астма\$
- С. ортостатик ҳолат \$
- Д. хушдан кетиш #.

15. 13 ёшли бола 5 йилдан буён рецидивланадиган бронхит билан оғрийди.

Ремиссия вақтида курук йутал безовта қилади. Боланинг отаси ва онаси қунига 1 пачкадан сигарет чекади. Диагноз:

- А*Сурункали бронхит \$
- В. Аллергик бронхит \$
- С. Аспирацион бронхит \$
- Д. Бронхда ёт жисм #.

16. 5 ёшли болада 4 соатдан буён бронхиал астма хуружи давом этмоқда. Сизнинг тактикангиз?

- А*. вена ичига эуфиллин юбориш \$
- В. муколитик буюриш \$
- С. ингаляцион бета 2 агонистларни беришда давом этиш \$

Д. интубация #.

17. 5 ёшли болада 2 соатдан буён бронхиал астма хуружи давом этмокда. Ота – онаси бромгексин ва эуфиллин таблеткаларини беришган. Сизнинг тактикангиз?

А*инголяцион бета 2 агонистларни бериш \$

В. вена ичига эуфиллин юбориш \$

С. мушак ичига кортикостероидлар юбориш буюриш \$

Д. тезда госпитализация килиш #.

18. Бета 2 агонистлар гурухига кирувчи бронходилататорни курсатинг

А*. сальбутамол \$

В. лазолван \$

С. интал \$

Д. ингакорт #..

19. Мембраностабилловчилар гурухига кирувчи бронходилататорни курсатинг

А*. интал \$

В. сальбутамол \$

С. лазолван \$

Д. ингакорт #.

20. Кортикостероидлар гурухига кирувчи бронходилататорни курсатинг

А*ингакорт \$

В. лазолван \$

С. интал \$

Д. сальбутамол #..

21. Метилксантинлар гурухига кирувчи бронходилататорни курсатинг

А*. теофиллин \$

В. сальбутамол \$

С. интал \$

Д. ингакорт #..

22. Зангсимон балгам кайси касаллик учун хос?

А*. крупоз пневмония \$

В. бронхоэктаз \$

С. упка абсцесси \$

Д. упка гангренази #..

23. Бронхиал астма патогенезидаги даврлар кетма-кетлигини белгиланг.

А*. иммунологик, патохимиявий, патофизиологик \$

В. патохимиявий, патофизиологик, иммунологик \$

С. иммунологик, патофизиологик, патохимиявий \$

Д. патофизиологик, патохимиявий, иммунологик #.

24. Бирламчи эмфизема келиб чиқади

А*. α 1- антитрипсин дефицитидан \$

В. глюкоза 6- фосфатаза дефицитидан \$

С. гиалуринидаза дефицитидан \$

Д. креатинфосфаткиназа дефицитидан #..

25. Эуфиллиннинг дозасини курсатинг

А*. 10 мл 2,4% ли эритма, 0,15 гр таблеткаларда \$

В. 10 мл 40% ли эритма, 0,5 гр таблеткаларда \$

С. 10 мл 2,4% ли эритма, 0,005 гр таблеткаларда \$

Д. 5 мл 5% ли эритма, 0,25; 0,5 гр таблеткаларда #..

26. Куршман спираллари ва Шарко-Лейден кристалларининг балгамда топилиши кайси касаллик учун хос?

А*. бронхиал астма \$

В. бронхоэктаз \$

С. крупоз пневмония \$

Д. упка абсцесси #.

27. Куйидаги препаратлардан қайси бири муколитик ҳисобланмайди?

- A*. эуфиллин \$
- B. химотрипсин \$
- C. калий йодид \$
- D. мукалтин #.

28. Бронхиал астма асоратига қайси бири хос эмас:

- A*. упка абсцесси \$
- B. упка-юррак \$
- C. упка эмфиземаси \$
- D. нафас етишмовчилиги #.

29. Бронхиал астма симптомларига кирмайди:

- A*. инспиратор хансираш\$
- B. Куршман спирали, Шарко-Лейден кристаллари\$
- C. экспиратор хансираш\$
- D. эозинофилия#.

30. Упка ракининг скрининги утказилади.

- Профилактик флюорография \$
- Балгамни атипик хужайраларга текшириш \$
- фибробронхоскопия \$
- компьютер томография #

12-мавзу

1. Обструктив бронхит нафас олиш бузилишининг қайси формасига тегишли

- экспиратор \$
- инспиратор \$
- тез ва юзаки нафас \$
- Куссмаул типидagi нафас #.

2. Сурункали бронхитда нафас олиш етишмовчилигининг қайси вариантларини биласиз

- I-II-III даражали \$
- обструктив ва рестриктив \$
- I-II-III-IV даражали \$
- инспиратор ва экспиратор #.

3. Упканинг сурункали обструктив касалликлари (УСОК) асоратларига кирмайди

- Миокард инфаркти \$
- астма статус\$
- упка юрак \$
- эмфизема #.

4. Қайси курсатилган дори бронхолитик гурухига кирмайди

- изадрин \$
- атропин \$
- интал \$
- беротек #.

5. Бронхоэктаз хасталиги ташхисида асосий омил ҳисобланади:

- бронх утказувчанлигининг бузилиши натижасида бронхиал ажралмаларнинг бронх йулида йигилиб, зарарланиши \$
- иммун тизими пасайиши \$
- организм реактивлигининг пасайиши \$
- чанг билан ишловчиларда шиллик каватнинг доимий китикланиши #.

6. Пикфлоуметрия нимани аниклайди

Нафас чикаришнинг максимал тезлигини \$

Нафас олишнинг максимал тезлигини\$

Нафас чикаришнинг максимал хажмини \$

Нафас олишнинг максимал хажмини #.

7. Простата безининг хавфсиз гиперплазияси булган беморда бронхиал астма хуружини баргараф этиш учун тавсия килинмайди

платифиллин \$

беродуал \$

сальбутамол \$

асмопент #.

8. Тунги бронхиал астма (тунда 3-4 марта) хуружида тавсия килинади

Интал инголяцияси \$

2 таблетка супрастин \$

2 таблетка преднизолон \$

Беротек инголяцияси #.

9. Бронхиал астма хуружига характерли

Дистанцион курук хириллашлар \$

Астматик статуснинг булиши \$

Инспиратор хансираш \$

Стридорли нафас олиш #.

10. Инголяцион кортикостероидларнинг ножуя таъсири каторига киради

Огиз бушлиги кандидози \$

остеопороз \$

артериал гипертония \$

кандли диабет #.

11. Ингаляцион бронхолитикларни куллаш коидалари каторидаги хатни топинг

Препарат билан секин нафас олиш \$

Препарат билан тез нафас олиш \$

Нафасни 10 сек ушлаб туриш\$

Секин нафас чикариш #.

12. Ташки нафас фаолиятини текширишда бронхлар обструкциясидан далолат беради

Тиффно индексининг камайиши \$

УТСнинг камайиши \$

Тиффно индексининг ошиши \$

Минутлик нафас вентиляциясининг ошиши #.

13. Сурункали бронхит учун характерли учлик симптом

Йутал, балгам ажралиши, хансираш \$

Цианоз,йутал,хансираш \$

Упка гипертензияси, йутал, хансираш \$

Кукрак кафасида огрик, тана харорати ошиши, йутал#.

14. Бронхлардаги ялигланиш жараЕнининг сурункали кечишига сабаб:

мукоцилар клиренсининг бузилиши \$

Махалий иммунитетниг бузилиши \$

махалий иммунитетниг пасайиши ва дестабилизация \$

дестабилизация #.

15. Сурункали обструктив бронхитда кулланиладиган дори воситалари:

балгам кучирувчилар, иммуностимуляторлар ва антиоксидантлар \$

балгам кучирувчилар \$

балгам кучирувчилар ва иммуностимуляторлар \$

антиоксидантлар #.

16. Бронхиал астма хуружида ишлатилади:

эуфиллин \$
интал \$
астмафен \$
кетотифен #.

17. Аспирин астма билан огриган болаларга мумкин эмас:

салицил кислотаси \$
беротек \$
сальбутамол \$
нам кислород #.

45.18. Аспирин астма билан огриган болаларга мумкин эмас:\$

смородина \$
картошка \$
яшил олмалар \$
каймок #.

**19. Еш болани астматик холатнинг 3-даражасида даволанг;
ИВЛ \$**

Муколитиклар \$
теофиллин \$
антибиотиклар #.

20. Еш болада бронхиал астма хуружини даволанг

эуфиллин вена ичига томчилаб, в\и преднизолон\$
антибиотикотерапия \$
витамиотерапия \$

21. Астматик холатнинг 2-боскичига хос:

айрим сегментларда нафас шовкинларининг йуклиги \$
хушдан кетиш \$
курук ва хул хириллалашлар \$
кон босими кутарилиши #.

22. Астматик холатнинг 1чи боскичида:

Шовкинли, тезлашган нафас, курук ва хул хириллалашларнинг
пайдо булиши, кон босими ошиши \$
хушдан кетиш \$
баъзи сегментларда нафас йуклиги \$
кон босими тушиши #.

23. Бронхиал астманинг хуруж даврида пайдо буладиган асоратлари:

упка ателектази, тери ости эмфиземаси, асфиксия синдроми \$
пневмосклероз \$
Кукрак кафасининг деформацияси \$
Пневмокониоз #.

24. Бронхиал астманинг хуруждан кейинги даври:

балгамнинг ажралиши \$
бурунда кичиш\$
мажбурий холат\$
курук йутал #.

25. Бронхиал астманинг хуруж олди даври:

асабийлашиш, бурунда кичишнинг пайдо булиши \$
хуштаксимон хириллалашлар\$
мажбурий холат\$
экспиратор хансираш #.

26. Атипик бронхиал астманинг клиник куриниши:

спастик йутал, упканинг уткир эмфиземаси \$
яккол бугилиш хуружлари \$
астматик бронхит \$

аллергик бронхит #.

27. Типик бронхиал астманинг клиник куриниши:

яккол бугилиш хуружлари \$

спастик йутал \$

упканинг уткир эмфиземаси \$

аллергик бронхит #.

28. Бронхиал астманинг ноиммун формаларига киради

жисмоний зуриқишдаги астма \$

атолик \$

аллергик \$

аралаш #.

29. Бронхиал астманинг иммун формаларига киради:

инфекцион-аллергик \$

аспиринли \$

жисмоний зуриқишдаги астма \$

нейроген #.

30. Бронхлар гиперреактивлиги кузатилади:

b2-адренорецепторларнинг блокадасида \$

a-адренорецепторларнинг блокадасида \$

A\B блокадасида \$

синоаурикуляр блокадада #.

13-Мавзу

1. 33 ёшли чекувчи аёлда бир йил давомида учинчи марта учокли пневмония ривожланди. Касалликлар орасида йутал, кон аралаш балгам, ута чарчаш белгилари безовта килади.

Беморда қандай касаллик бўлиши мумкин. \$

Бронхоэктатик касаллик \$

Бронх раки \$

Упка сили \$

Уака инфаркти #

2. Плевра бушлигида геморрагик характерли суюклик тупланиши купрок қайси касаллик учун характерли

бластоматоз жараён \$

плевра эмпиемаси \$

бириктирувчи туқима диффуз касалликлари \$

юррак етишмовчилиги #

3. 13 ёшли бола 5 йилдан буён рецидивланадиган бронхит билан огрийди. Ремиссия вақтида курук йутал безовта килади. Боланинг отаси ва онаси қунига 1 пачкадан сигарет чекади. Диагноз:

Сурункали бронхит \$

Аллергик бронхит \$

Аспирацион бронхит \$

Бронхда ёт жисм #

4. 5 ёшли болада 4 соатдан буён бронхиал астма хуружи давом этмоқда. Сизнинг тактикангиз?

вена ичига эуфиллин юбориш \$

муколитик буюриш \$

ингаляцион бета 2 агонистларни беришда давом этиш \$

интубация #

5. 5 ёшли болада 2 соатдан буён бронхиал астма хуружи давом этмокда. Ота – онаси бромгексин ва эуфиллин таблеткаларини беришган. Сизнинг тактикангиз?

инголяцион бета 2 агонистларни бериш \$

вена ичига эуфиллин юбориш \$

мушак ичига кортикостероидлар юбориш буюриш \$

тезда госпитализация килиш #

6. Спонтан пневмоторакс энг куп учрайдиган сабаби

Упканинг буллёз кисталари \$

Упка раки \$

бронхоэктаз \$

ателектаз #

7. Упка ракининг скрининги утказилади.

Профилактик флюорография \$

Балгамни атипик хужайраларга текшириш \$

фибробронхоскопия \$

компьютер томография #

8. Кайси инструментал текширув усуллари нафас аъзолари касалликларида

кулланилади

спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рентгенография, бронхоскопия. \$

пневмотахометрия, пикфлоуметрия, ирригоскопия, бронхоскопия, спирография \$

пневмотахометрия, бронхоскопия, спиро-графия, колоноскопия, рентгенография. \$

пневмоперитониум, пикфлоуметрия, спирография, бронхоскопия, пневмотахометрия #

9. Эуфиллиннинг дозасини курсатинг

10 мл 2,4% ли эритма, 0,15 гр таблеткаларда \$

10 мл 40% ли эритма, 0,5 гр таблеткаларда \$

10 мл 2,4% ли эритма, 0,005 гр таб-каларда \$

5 мл 5% ли эритма, 0,25; 0,5 гр таб-каларда #

10. Сурункали бронхит ташхиси куйилади:

сунги 2 йилда 3 ойдан узок давом этса \$

6 хафтадан узок чузилса \$

14 кундан ортик давом этса лозап \$

2 ойдан узок чузилса #

11. Куйидагиларнинг кайси бири УТС (упканинг тириклик сизими)ни ташкил

килишда катнашмайди

колдик хажм \$

нафас олишнинг кушимча хажми \$

нафас хажми \$

нафас чикаришнинг кушимча хажми #

12. Плеврал пункция бажарилади:

7-8 ковургалар оралигидан \$

8-12 ковургалар оралагидан \$

4 -5 ковургалар оралигидан \$

2-3 ковургалар оралигидан #

13. Куйидаги препаратлардан кайси бири муколитик хисобланмайди?

эуфиллин \$

химотрипсин \$

калий йодид \$

мукалтин #

14. Кайси белги экссудатив плеврит учун хос эмас?

балгамли йутал\$

хансираш\$

юзаки нафас\$

перкуссияда бугиклик#

15. Упка абсцесси бронхга ёрилгандан сунг аускультацияда нима эшитилади?

амфорик нафас \$
крипетаация\$
кутичали товуш\$
бронхиал нафас#

16. Бирламчи эмфизема келиб чиқади.

α1- антитрипсин дефицитидан \$
глюкоза 6- фосфатаза дефицитидан\$
креатинфосфаткиназа дефицитидан\$
гиалуринидаза дефицитидан#

17. Уткир бронхит билан огриган беморларнинг дастлабки шикояти:

курук йутал \$
балгамли йутал\$
хансираш\$
кукрак каффсида кучли огрик. #

18. Кайси инструментал текширув усуллари нафас аъзолари касалликларида кулланилади.

спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рентгенография, бронхоскопия. \$
пневмотахометрия, бронхоскопия, спиро-графия, колоноскопия, рентгенография. \$
пневмотахометрия, пикфлоуметрия, ирригоскопия, бронхоскопия, спирография. \$
пневмоперитониум, пикфлоуметрия, спиро-графия, бронхоскопия, пневмотахометрия. #

19. Эуфиллиннинг дозасини курсатинг.

10 мл 2,4% ли эритма, 0,15 гр таблеткаларда \$
10 мл 40% ли эритма, 0,5 гр таблеткаларда\$
5 мл 5% ли эритма, 0,25; 0,5 гр таблеткаларда\$
10 мл 2,4% ли эритма, 0,005 гр таблеткаларда#

20. Сурункали бронхит ташхиси қуйилади:

сунги 2 йилда 3 ойдан узок давом этса \$
6 хафтадан узок чузилса\$
2 ойдан узок чузилса\$
14 кундан ортик давом этса#
39.21. Плеврал пункция бажарилади: \$
7-8 ковургалар оралигидан \$
2-3 ковургалар оралигидан\$
9-11 ковургалар оралигидан\$
8-12 ковургалар оралагидан#

22. Бета 2 агонистлар гурухига кирувчи бронходилататорни курсатинг

сальбутамол \$
лазолван \$
интал \$
ингакорт #

23. Мембраностабилловчилар гурухига кирувчи бронходилататорни курсатинг

интал \$
сальбутамол \$
лазолван \$
ингакорт

24. Кортикостероидлар гурухига кирувчи бронходилататорни курсатинг

ингакорт \$
лазолван \$
интал \$
сальбутамол #

25. Метилксантинлар гурухига кирувчи бронходилататорни курсатинг

теофиллин \$

сальбутамол \$
интал \$
ингакорт #

26. Бронхиал астма асоратига кайси бири хос эмас:

упка абсцесси \$
упка-юррак \$
упка эмфиземаси \$
нафас етишмовчилиги #

27. Бронхиал астма симптомларига кирмайди:

инспиратор хансираш\$
Куршман спирали, Шарко-Лейден кристаллари\$
экспиратор хансираш\$
эозинофилия#

28. Бронхиал астманинг кайси варианты иммунологик механизм буйича ривожланади?

Атопик\$
Аспиринли\$
психоэмоционал \$
холинэргик#

29. Кайси белги экссудатив плеврит учун хос эмас?

балгамли йутал\$
хансираш\$
юзак нафас\$
перкуссияда бугиклик#

30. Спонтан пневмоторакс энг куп учрайдиган сабаби

Упканинг буллёз кисталари \$
Упка раки \$
бронхоэктаз \$
ателектаз #.

14-мавзу

1. Сурункали упка-юррак сабаби булиб хисобланмайди:

уткир пневмония\$
сурункали обструктив бронхит\$
упка эмфиземаси\$
бронхоэктатик касаллик#.

2. Сурункали упка юрак етишмовчилигига кайси касалликлар олиб келади

сурункали бронхит, сурункали пневмония \$
эмфизема \$
пневмосклероз \$
тромбоэмболия касаллиги #.

3. Куйидагиларнинг кайсиси нафас етишмовчилиги мавжудлигини аниқроқ асослайди

спирография \$
бронхоскопия \$
спирография, бронхоскопия \$
кукрак хафаси R- графияси #.

4. "Упка юрак" кузатилиши мумкин

сурункали обструктив бронхитда \$
гипертиреозда \$
миокардитда \$
хафакон касаллигида #.

5. Сурункали упка-юрак ривожланишига олиб келади

Сурункали обструктив бронхит \$
Упка артерияси стенози \$
Трикуспидал стеноз \$
Аортал стеноз #.

6. Уткир упка-юрак сабаби хисобланади

Очик пневмоторакс \$
Икки томонлама уткир пневмония \$
Упка диссиминирланган сили \$
Сурункали обструктив бронхит #.

7. Ўпканинг сунъий вентилияциясига кўрсатмалар (ИВЛ) хисобланади:

спонтан нафаснинг бўлмаслиги \$
клиник ўлим \$
клапанли пневмоторакс \$
плевра эмпиемаси #.

8. Сурункали упка юраги хасталиги ЭКГда курилади

R-pulmonale II-III AVF, S-T сегмент изолиниядан пастда ва T-манфий II-III AVF V1 V2,
Гис тутами унг оекча блокадаси\$

R-pulmonale I AVL унгга силж ST-сегмент юкорига\$
R-mitrale I-AVL унгга силжиган гистутами блокадаси \$
R-mitrale III,AVF,V1 V2,унгга, S-T сегмент пастга #.

9. Уткир упка юрак етишмовчилигининг сабабларини курсатинг

нафас тизимини бирламчи зарарловчи касалликлар\$
упкадаги вентилицион жараЕнини бузилишига олиб келадиган касалликлар\$
упка кон томирларини бирламчи зарарланишига олиб келадиган касалликлар\$
нафас тизимини иккиламчи зарарловчи касалликлар #.

10. Бронхиал астманинг қайси варианты иммунологик механизм буйича ривожланади?

Атопик\$
Аспиринли\$
психоэмоционал \$
холинэргик#..

11. Сурункали обструктив бронхитга хос йутал:

эрталабки кам микдорли йутал\$
курук йутал \$
йутал куп микдордаги балгам билан\$
йутал зангсимон балгам билан#..

12. Бронхиал астма патогенезидаги даврлар кетма-кетлигини белгиланг.

иммунологик, патохимиявий, патофизиологик\$
патохимиявий, патофизиологик, иммунологик. \$
потофизиологик, патохимиявий, иммунологик. \$
иммунологик, патофизиологик, патохимиявий. #

13. Бирламчи эмфизема келиб чиқади.

α1- антитрипсин дефицитидан \$
глюкоза 6- фосфатаза дефицитидан\$
креатинфосфаткиназа дефицитидан\$
гиалурунидаза дефицитидан#.

14. Қайси инструментал текширув усуллари нафас аъзолари касалликларида кулланилади.

спирография, пневмотахометрия, пикфлоу-метрия, рентгенография, бронхоскопия. \$
пневмотахометрия, бронхоскопия, спирог-рафия, колоноскопия, рентгенография. \$
пневмотахометрия, пикфлоуметрия, ирригоскопия, бронхоскопия, спирография. \$
пневмоперитониум, пикфлоуметрия, спирография, бронхоскопия,пневмотахометрия. #.

15. .Эуфиллиннинг дозасини курсатинг.

10 мл 2,4% ли эритма, 0,15 гр таблеткаларда \$

10 мл 40% ли эритма, 0,5 гр таблеткаларда\$

5 мл 5% ли эритма, 0,25; 0,5 гр таблеткаларда\$

10 мл 2,4% ли эритма, 0,005 гр таблеткаларда#..

16. Сурункали бронхит ташхиси куйилади:

сунги 2 йилда 3 ойдан узок давом этса \$

6 хафтадан узок чузилса\$

2 ойдан узок чузилса\$

14 кундан ортик давом этса#.

17. Куршман спираллари ва Шарко-Лейден кристалларининг балгамда топилиши кайсикасаллик учун хос?

бронхиал астма \$

бронхоэктаз\$

крупоз пневмония. \$

упка абсцесси#..

18. Куйидаги препаратлардан кайси бири муколитик хисобланмайди?

эуфиллин \$

калий йодид\$

химотрипсин\$

мукалтин#.

19. 32 Ешли беморда бронхиал астма хуружи, учокли пневмония, артрит, терида петехиялар, юракда стенокардия хуружи, артериал гипертензия кузатилади. Сизнинг тахминий ташхисингиз.

Тугунчали периартериит. \$

СКВ \$

Дерматомиозит \$

Склеродермия. #.

20. Сурункали бронхитда аускультатив белги

каттик везикуляр нафас, хуштаксимон хириллашлар \$

каттик везикуляр нафас, курук ва хул хириллашлар \$

везикуляр нафас сусайиши ва амфорик нафас\$

нафас кескин суслашган Еки умуман эшитилмайди #..

21. Ацетилсалицил кислотасига сезувчан бемор артрит билан касалланганда кайси дори бронхиал астмани огирлаштиради

глюкокортикоидлар \$

Антибиотиклар \$

бронхолитиклар\$

муколитиклар #.

22. Сурункали бронхитни антибиотиклар билан даволаш лозим

аминогликозидлар \$

цефалоспоринлар \$

пенициллин катори\$

канамицин #..

23. Сурункали бронхит ва бронхоэктазни киЕсий ташхислаганда энг самарали маълумотли усул

бронхография \$

томография \$

бронхоскопия\$

рентгенография #.

24. Беморда бронхиал астма билан кайси кушимча касаллик булганда кортикостероид терапия утказиш мумкин

коллагенозлар\$

аллергик ринит\$
плеврит\$
гепатит#..

25. Нафас қисшнинг экспиратор типі қуйдагиларнинг қайсисига хос
бронхиал астма \$
юррак астмаси \$
пневматоракс \$
упқа эмфиземасида#..

26. Уткир бронхит уртача огирликда кечувчи беморда УАВ тактикаси
амбулатор даво \$
стационарга юбориш \$
антибиотиклар бериш \$
маслахат бериш #..

27. Уткир бронхитнинг уртача огирликда кечишида меҳнатга лаёқатсизлик қунларининг сони

4-5 қун \$
1-4 қун \$
10 қун \$
6-8 қун #.

28. Қайси касалликда балгамда эластик толалар булади
деструктив касалликлар \$
факат упқа гангреназида \$
факат упқа абсцессиди \$
упқа туберкулезида #..

29. Мукополисахаридларни парчаловчи муколитик
Бромгексин\$
лазолван\$
беродуал\$
интал #..

30. Бронхиал астманинг хуруждан кейинги даври:
балгамнинг ажралиши \$
бурунда қичиш\$
мажбурий холат\$
қурук йутал #

Адабиётлар рўйхати

Асосий:

1. Вудли М., А.Узлан. Терапевтический справочник Вашингтонского Университета. Практикум, 1995 г.
2. Гроер К., Каваларро Д. “Сердечно-легочная реанимация”, М., Практика, 1996.
3. Денисов И.Н. Справочник-путеводитель практикующего врача от "А" до "Я". ГЭОТАР, Москва, Медицина.,1999г.
4. Комаров Ф.И. Диагностика и лечение внутренних болезней. Руководство для врачей в 3-х томах, М, Медицина,1999 г.
5. Матвиенко Г.П. Клиническая диагностика. Справочное пособие для семейного врача. Минск, Беларусь, 1999 г.
6. Мерта Дж. Справочник врача общей практики. М., Практикум, 1998г.
7. Мурашко В.В., Струбинский А.В. Электрокардиография. Медицина, 1987 г.
8. Никитин Ю.П. “Все по уходу за больным в больнице и дома”, ГЭОТАР, Москва, Медицина, 1998 г.
9. Окорочков А.Н. Лечение болезней внутренних органов. Том 3, книга 1 и 2. Москва. Медицинская литература. 2005 г.
10. Ригельман “Как избежать врачебных ошибок?”. 1994 г. М. Практикум.
11. Сенфорд “Антимикробная терапия”. 1996 г. М. Практикум.
12. Симбирцев С.А. “Общая врачебная практика”. 1996 г. П том. С.-Петербург.
13. Чиркин А.А., Окорочков А.Н., Гончарик И.И. “Диагностический справочник терапевта. Беларусь. 1993 г.
14. Чучалин А.Г., “Терапия”, 1996 г.
15. Шлутко Б.И. Внутренняя медицина. Руководство для врачей. Санкт- Петербург, РЕНКОР, 1999 г.
16. Умумий амалиёт врачлари учун маърузалар туплами» /А.Гадаев. 2010.
17. «Умумий амалиёт врачлари учун амалий куникмалар туплами» /А.Гадаев, Х.Ахмедов. 2010.
18. «Критерий пошаговой оценки медицинского консультирования студентов с учетом синдромального подхода» /А.Г.Гадаев. 2008.
19. Нормативные документы по деятельности сельского врачебного пункта/1-часть. //Ташкент 2009.
20. Энциклопедия клинического обследования больного // Денисов И.Н., Ивашкин В.Т., Княжев В.А. и др. 2001.
21. Общая врачебная практика по Джону Нобелю//М. 2005.

Кўшимча

1. Машковский “Лекарственные средства”, 1996 г.
3. Тейлор Д. “Трудный диагноз”. М., 1995 г.
4. Хеглин Р. “Дифференциальная диагностика внутренних болезней”. Медицина 1997 г., 8-том.
5. Дон Х. “Принятие решения в интенсивной терапии”. I-II том. М.“Медицина”, 1995 г.
6. Денисов И.Д. Энциклопедия клинического обследования больного, ГЭОТАР, Москва, Медицина.,1998
7. Затуروفф “Симптомы внутренних болезней”. М., 1997 г. Практикум.
8. Мартин А.И. Интенсивная терапия, Мир, М.,1997.
9. Мерк, Шарп, Доум “Руководство по медицине” - 2 тома, “Мир”, 1997 г.
10. Беркоц Р. “Руководство по медицине”. 1-II том, М. 1997
11. Федеральное руководство для врачей по использованию лекарственных средств. Выпуск 1,М., 2002

12. Комаров Ф.И. Кукис В.Г, Сметнев А.С. Внутренние болезни, М., Медицина, 1990.

Интернет сайдлари

<http://www.lib.uiowa.edu/hardin/md/index.html>, <http://dir.rusmedserv.c>, <http://www.medlinks.ru/>, <http://www.kosmix.com/>, <http://www.medpoisk.ru/>, <http://www.tripdatabase.com/>, <http://www.klinrek.ru/cgi-bin/mbook>, <http://www.intute.ac.uk/medicine/>
<http://elibrary.ru> <http://www.freebooks4doctors.com/> <http://www.medscape.com/>
<http://www.meducation.net/> <http://www.thecochranelibrary.com>

Интернет медицина сайтлари:

Med.-site.narod.ru

www.medlook.ru

www.medbok.ru

www.medicum.ru

www.medtext.ru

www.medkniga.ru

Мундарижа	Бетлар
Сўз боши	4
Фаннинг ўқув ва ишчи дастури	4-19
Маъруза машғулоти	20-71
1. Ўпка инфилтратларида киёсий даво ва уларни этиопатогенетик терапияси	20-33
2. Бронхоспастик синдромда ки-есий ташхислаш. Тез ёрдам. Бронхиал астманинг турли патогенетик вариантларини ўзига хос даволаши. Бирламчи ва иккиламчи профилактика	34-45
3. Йўтал, балгам ва қон туфлашни киёсий ташхислаш. Умумий амалиёт шифокорининг тактикаси	46-64
4. Ўпка – юрак	65-71
Амалий машғулотлар	72-169
1. Ўпка инфилтрати киесий ташхиси. Инфекцион-уткир зотилжам (крупоз ва учогли, шифохонада ва шифохонадан ташкари), сурункали. Касаллик этиологиясига кура клиник кечишининг узига хос хусусиятлари. Турли боскичларининг клиникаси. Ўрта бўлак синдроми. Пневмониянинг хар хил турларида антибактериал терапия (дори воситаларини танлаш, дозаси, юбориш йуллари, давомийлиги, комбинациялари, ножуя таъсирлари). УАВ тактикаси.	72-76
2. Пневмониянинг хар хил турларида антибактериал терапия (дори воситаларини тан-лаш, дозаси, юбориш йуллари, давомийлиги, комбинациялари, ножуя таъсирлари). УАВ тактикаси.	77-82
3. Ўпка инфилтратларида киесий ташхис. Ўпка йирингли касалликлари - бронхоэктаз касаллиги, упка абсцесси ва гангренаи. Боскичларига боғлиқ холда физикал текширув натижаларини узгариши	83-89
4. Қон тупуриш билан кечувчи касалликларнинг киесий ташхиси (зотилжам, упка раки, сили, бронхоэктатик касаллик, упка гангренаи ва абсцесси, Гудпасчер синдроми, Вегенер касаллиги, тугунли периартериит, упка артерияси тромбоземболияси). УАВ тактикаси.	90-105
5. Ўпка инфилтратларида киесий ташхис. Ўпка ноинфекцион инфаркти. Касаллик турига караб упка инфилтратларида УАВ тактикаси. Мутахассис маслахатига курсатма. Диспансер кузатув. Амбулатор даволаш. Профилактика	106-113
6. Плевритларда киёсий ташхис. Курук ва экссудатив плевритлар (геморрагик, йирингли, хилез). Пневмоторакс: бирламчи (спонтан) ва иккиламчи. Киесий даволаш. УАВ тактикаси	114-119
7. Ўпка интерстициал касалликлари киесий ташхиси. Фиброзли альвеолит (Хаммен-Рич синдроми), сурункали ва тез авж олувчи кечиши. Аллергик альвеолит. Саркоидоз. Клиникаси. Ташхиси. Ренгенологик боскичлари. Муковисцидоз. Наслий мойиллик ахамияти. Клиника, диагностикаси ва кечишининг хусусиятлари. Касаллик турига караб УАВ тактикаси. Мутахассислар маслахатига курсатма. Диспансер назорати. Амбулатор даволаш. Профилактика.	120-126
8. Иситмалаш. Иситмалаш синдроми билан кечувчи корин бушлиги ва корин парда бушлиги органлари касалликларини киёсий ташхиси (корин бушлиги йирингли инфекциялари, чанок бушлиги органлари яллигланиш касалликлари, остеомиелит, қон томир ичи инфекцияси, бактериал эндокардит, томир ичи инфекциялари: бактериал эндокардит, томир ичига куйилган катетерлар натижасида юзага келган инфекция асоратлар).	127-132

9. Иситма синдроми билан кечувчи кукрак кафаси аъзолари касалликлари киесий ташхиси. Иситма турларига таъриф бериш. Ноаник генезли иситманинг мезонлари. Иситма билан кечувчи касалликлар таснифи. Узок вақт иситма билан кечувчи уткир инфекциян касалликларнинг ташхиси ва киесий ташхиси: гранулематоз инфекциялар, сил, чукур микозлар, атипик микобактериялар. Касаллик турига караб УАВ тактикаси. Мутахассислар маслахати ва шифохонага ётқизиш учун курсатмалар. Мехнат қобилиятини аниқлаш.	133-142
10. Амбулатор шароитда иситма синдроми билан кечувчи касаллик билан касалланган беморларни олиб бориш тактикаси. Шифохонага ётқизиш учун курсатма. Диспансер кузатув ва амбулатор даволаш. Узок вақт саклонувчи иситмаларда этувчи иситмаларда УАВ тактикаси. Профилактика. Мехнат қобилиятини аниқлаш.	143-146
11. Ўсмаларда иситмалаш. Бир бўшлиқли ўсмалар, метастатик, ретикулоэндотелиал тизими ўсмалари, системали васкулитлар ва бириктирувчи тўқима диффуз касалликларидаги иситмалаш.	147-152
12. Бўғилишда қиёсий ташхис. Бронхоспастик синдром хақида тушунча. Бронхиал астма, сурункали обструктив бронхит, муковисцидоз, ўпка раки қиёсий ташхиси. Бўғилиш билан кечувчи касалликларда тезкор ёрдам курсатиш ва қиёсий терапия. Бронхообструктив синдромда УАВ тактикаси	153-157
13. Обструктив бронхит ва бронхиал астманинг турли шакли ва патогенетик вариантлари авж олиш ва ремиссия даврларида диспансер кузатув ва амбулатор даволаш. Шифохонага ётқизиш кўрсатма. Мехнатга лаекатини аниқ-лаш. Профилактика	158-161
14. Ўпка-юрак қиёсий ташхиси. Ўткир ва нимўткир ўпка-юракда шошилиш ёрдам. Сурункали ўпка юрак беморларни олиб бориш тактикаси. Шифохонага ётқизиш кўрсатма. Мехнатга лаекатини аниқлаш. Профилактика	162-169
Амалий кўникмалар	169
ОН ва ЯН саволлари	169-175
Тест саволлари	176-219
Адабиётлар рўйхати	220-221
Мундарижа	222-223