

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ

ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

**ТИББИЙ-ПЕДАГОГИКА ФАКУЛЬТЕТИНИНГ
ФАКУЛЬТЕТ ВА ГОСПИТАЛ ТЕРАПИЯ,
ХАЛҚ ТАБОБАТИ ВА СТОМАТОЛОГИЯ ФАКУЛЬТЕТИНИНГ
ИЧКИ КАСАЛЛИКЛАР КАФЕДРАСИ**

**ТИББИЙ-ПЕДАГОГИКА ФАКУЛЬТЕТИ 5 – КУРС ТАЛАБАЛАРИ УЧУН
ГОСПИТАЛ ТЕРАПИЯ ФАНИДАН ОРАЛИҚ ВА ЯКУНИЙ НАЗОРАТ
ТОПШИРИКЛАРИ УЧУН ОСКЕ БЎЙИЧА
ТОПШИРИҚЛАР МАЖМУАСИ**

Тошкент – 2008

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ

ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

**ТИББИЙ-ПЕДАГОГИКА ФАКУЛЬТЕТИНИНГ
ФАКУЛЬТЕТ ВА ГОСПИТАЛ ТЕРАПИЯ,
ХАЛҚ ТАБОБАТИ ВА СТОМАТОЛОГИЯ ФАКУЛЬТЕТИНИНГ
ИЧКИ КАСАЛЛИКЛАР КАФЕДРАСИ**

**ТИББИЙ-ПЕДАГОГИКА ФАКУЛЬТЕТИ 5 – КУРС ТАЛАБАЛАРИ УЧУН
ГОСПИТАЛ ТЕРАПИЯ ФАНИДАН ОРАЛИҚ ВА ЯКУНИЙ НАЗОРАТ
ТОПШИРИКЛАРИ УЧУН ОСКЕ БЎЙИЧА
ТОПШИРИҚЛАР МАЖМУАСИ**

Тошкент – 2008

Тузувчилар: **Аляви А.Л.т.ф.д.**, профессор -ТТА тиббий-педагогика факультетининг факультет ва госпитал терапия, халқ табобати ва стоматология факультетининг ички касалликлар кафедраси мудири.

Қодирова Ш.А. ТТА тиббий-педагогика факультетининг факультет ва госпитал терапия, халқ табобати ва стоматология факультетининг ички касалликлар кафедраси катта ўқитувчиси

Умарова З.Ф. ТТА тиббий-педагогика факультетининг факультет ва госпитал терапия, халқ табобати ва стоматология факультетининг ички касалликлар кафедраси доценти

Собиров М.О. ТТА тиббий-педагогика факультетининг факультет ва госпитал терапия, халқ табобати ва стоматология факультетининг ички касалликлар кафедраси доценти

Такризчилар: **Каримов М.Ш.** – тфд, профессор, тиббий–педагогика факультетининг ички касалликлар пропедевтикаси, касб касалликлари, гематология ва ХДТ кафедраси мудири
Абдуллаев Х.А. -т.ф.д. – Республика ихтисослаштирилган Терапия илмий амалий – маркази директорининг илмий ишлар бўйича муовини

Топшириқлар мажмуаси Тошкент Тиббиёт Академиясининг тиббий- педагогика факультетининг факультет ва госпитал терапия, халқ табобати ва стоматология факультетининг ички касалликлар кафедрасининг 2008 йил 26 августдаги йиғилишида муҳокама қилинган. **Баённома № 1**

Раис, проф:

Аляви А.Л.

Тошкент Тиббиёт Академияси Марказий Услубий Кенгаши терапевтик секциясининг 2008 йил –«_____» _____даги йиғилишида муҳокама қилиниб, нашр этишга тавсия этилди. **Баённома №**

Раис, профессор:

Каримов М.Ш.

Тошкент Тиббиёт Академиясининг Илмий Кенгашида 2008 йил «_» даги йиғилишида кўриб чиқилиб, тасдиқланди. **Баённома №**

Илмий котиб, профессор:

Рахимбаева Г.С.

“Ҳақиқий, том маънодаги таълимга мустақил таълим, мустақил тайёрланиш орқали ҳам эришиш мумкин”

Н.А. Рубакин

Тест мувофиклиги

1. СБЕ нинг турли даражалари учун характерли бўлган белгиларни аниқланг:

- | | |
|---|--|
| 1. Яширин. | А. Қондаги креатинин 0,7 ммоль\л. |
| 2. компенсациялашган. | Б. диурез нормада. |
| 3. ўзгариб турувчи.
(интермиттирловчи) | В. коптокча фильтрацияси 30-40 мл\мин. |
| 4. Терминал. | Г. қондаги мочевина 10,0-19,0 ммоль\л. |

2. СБЕ даги турли синдромларни коррекцияловчи препаратларни танланг:

- | | |
|----------------------------|-----------------------|
| 1. Азотемия. | А. кальций карбонат. |
| 2. ацидоз. | Б. рекормон. |
| 3. анемия. | В. натрий бикарбонат. |
| 4. уремик остеоидистрофия. | Г. леспенефрил. |

3. ССД нинг механизмига таъсир этувчи препаратларни танланг:

- | | |
|--------------------------------------|---|
| 1. антифиброзли дорилар. | А. димексид. |
| 2. томирларга таъсир этувчи дорилар. | Б. плазмозферез, геморсорбция. |
| 3. яллиғланишга қарши дорилар. | В. кальций антагонистлари, трентал ва
АЎФ ингибиторлари. |
| 4. экстракорпорал терапия | Г. кортикостероидлар, НЯҚП. |
| 5. маҳаллий терапия | Д. пеницилламин, колхицин. |

4. Қуйида келтирилган касалликлар учун мос белгиларни аниқланг:

- | | |
|--------------------------------|-------------------------------|
| 1. подагра. | А. Геберден тугунчалари. |
| 2. ревматоидли артрит. | Б. «тешик» синдроми.». |
| 3. деформацияловчи остеоартроз | В. эрталабки бугимлар қотиши. |
| 4. Бехтерев касаллиги. | Г. икки томонлама сакроилеит. |

5. Қуйидаги касалликларга хос мезонларни танланг:

- | | |
|------------------------------------|--------------------------|
| 1. Вильсон-Коновалов касаллиги | А. қонни чиқариб ташлаш. |
| 2. гемохроматоз. | Б. Д-пеницилламин. |
| 3. вирусдан кейинги жигар циррози. | В. альфа-интерферон. |
| 4. алкоғолли жигар циррози. | Г. уросан. |
| 5. бирламчи билиар жигар циррози. | Д. алкоғолдан воз кечиш. |

6.Куйидаги синдромлардаги ЭКГ белгиларин аниқланг:

1. чап қоринча гипертрофияси. А. $R-V_1 > 7\text{мм}$.
2. ўнг қоринча гипертрофияси. Б. $R-V_5 + S V_1 > 35\text{мм}$.
3. WPW синдроми. В. тўлиқ АВ камал билан биргаликда бўлмачалар ҳилпилаши
4. АВ камал I даражали Г. $P-Q < 0,12''$ d-тўлқиннинг бўлиши.
5. Фредерик синдроми Д. $P-Q > 22''$

7. Ўткир пневмонияларни даволаш учун этиотроп антибиотикларни аниқланг:

1. пневмококкли. А. аминогликозидлар.
2. стафилококкли. Б. азлоциллин суткасида 24 г. гача.
3. микоплазмали. В. эритромицин, клоритромицин.
4. госпиталли. Г. пенициллин, цефалоспоринларнинг I авлоди.
5. кўк йирингли таёқчалар. Д. оксациллин, цефалоспоринлар ва антистафилококкли плазма.

8. Турли этиологияли нефротик синдромни даволашни танланг:

1. системали қизил тошма касаллигидаги нефрит. А. делагил, унитиол, гепарин.
2. буйрак амилоидози. Б. трентал, реополиглюкин.
3. кандли диабет. В. преднизолон, азатиоприн, гепарин.
4. паранеопластик нефрит. Г. хирургик даволаш.

9. Куйидаги касалликларни даволашда препаратлар комбинациясини танланг:

1. дерматомиозит. А. кортикостероидлар, лидаза, Д-пеницилламин.
2. системали склеродермия. Б. ГКС, цитостатиклар, ЭДТА.
3. реактив артритлар. В. НЯКП, тетрациклин, эритромицин.
4. СКТ (СКВ) Г. НЯКП, кризанол, цитостатиклар.
5. ревматоид артрит. Д. ГКС, цитостатиклар, АК, антиагрегантлар.

10. Касалликнинг асосида қандай жараён ётади?

1. ГКМП нинг обструктив шакли А. миокарднинг қисқариш функциясининг бирламчи авж олувчи ёмонлашиши
2. ГКМП нообструктив шакли Б. чап қоринча билан аорта орасидаги босим градиентининг ошиши.
3. Дилатацияли КМП В. чап қоринчанинг диастолик бўшашиши ва тўлишини ёмонлашиши.
4. экссудатив перикардит. Г. миокарднинг кислород билан таъминланиши талаби ва унинг қон билан таъминланиши бузилиш
5. ЮИК Д. қоринчалар дилатацияси, перикардда суюкликнинг тупланиши.

11. Ревматик нуксонлар учун характерли бўлган аускультатив белгиларни аниқланг:

1. аортал клапанининг етишмовчилиги А. юрак чўққисида систолик шовкин, I тоннинг сусайиши ва ўнгда II когурға орасида II тоннинг кучсизланиши

- | | |
|--|---|
| 2. аорта огзи стенози. | Б. диастолик шовкин ва I тоннинг юрак чўққисида кучайиши. |
| 3. митрал клапан етишмовчилиги | В. юрак чўққисида систолик шовкин ва I тоннинг сусайиши |
| 4. митрал огзи стенози. | Г. туш суяги асосида систолик шовкин эшитилиши. |
| 5. Трискупидал клапанининг етишмовчилиги | Д. Боткин –Эрб нуқтасида диастолик шовкин |

12. Қоринчалар ичи қамали учун характерли бўлган ЭКГ белгиларни аниқланг:

- | | |
|---|---|
| 1. Гисс тутами ўнг оёқчаси тўлиқ қамали. | А. QRS V5-6 > 0,12сек, QRS V1-2 QS типда, ЧК ни активация вақти V5-6 > 0,05сек. |
| 2. Гисс тутами чап оёқчасининг тўлиқ қамали. | Б. ЮЭУ чапга кескин бурилган (< 30 °С), QRS III, AVF да rS типда, R _{II} < S _{II} . |
| 3. Гисс тутами чап оёқчасининг олдинги шохи тўлиқ қамали. | В. QRS V1-2 > 0,12сек, rSR типда, ўнг қоринча активлик вақти V1-2 > 0,03сек. |

13. Қуйидаги касалликларга хос ЭХОКГ белгиларини танланг:

- | | |
|---|--------------------------------------|
| 1. митрал клапан тавақалари «балиқ томоғи» га ўхшаш, чап қоринча дилатацияси яққол ривожланган. | А. инфарктдан кейинги кардиосклероз. |
| 2. қоринчалараро деворнинг чап қоринчанинг орқа тавақасига нисбатан коэффициенти > 1,3. | Б. рестриктивли КМП. |
| 3. чап қоринча размери кичик. | В. дилатацияли КМП. |
| 4. чап қоринча қисқариши регионар бузилган. | Г. ГКМП нинг обструктив шакли. |

14. Қуйидаги касалликлар учун хос бўлган рентгенологик белгиларни аниқланг:

- | | |
|--|---------------------------------------|
| 1. ўпка тасвири «ари» инига ухшаш. | А. ўчоқли пневмония. |
| 2. ўпка қисмида гомоген доғлар мавжуд. | Б. экссудатив плеврит. |
| 3. ўпка қисмида вуалсимон доғлар мавжуд. | В. бронхоэктатик касаллик. |
| 4. бўлаклараро суюқлик. | Г. ўпка абсцесси. |
| 5. ўпкада маълум даражада суюқлиги бўлган бўшлиқ мавжуд. | Д. крупозли (катта ўчоқли) пневмония. |

15. Қуйидаги ҳолатларга хос бўлган аускультатив белгиларни аниқланг:

- | | |
|---|--|
| 1. артериал гипертензия. | А. II тоннинг акценти, чапда II когурға оралиғида. |
| 2. кичик қон айланишидаги гипертензиялар | Б. II тоннинг акценти, ўнгда II когурға оралиғида. |
| 3. митрал клапани етишмовчилиги ва систолик регургитация. | В. систолик шовкин ва I тоннинг юрак чўққисида сусайиши. |

- 4.ГКМП нинг обструктив шакли. Г.II ковурга оралигида систолик шовкин
II ковурга оралигида унга.
5.аорта огзининг стенози Д.III-IV ковурга оралигида чапда узгариб
турувчи систолик шовкин турувчи систолик шовкин.

16.Қуйидаги касалликлардаги хос белглари аниқланг:

- 1.НАА А.А/Б нинг тезда кўтарилиши, синусли тахикардия, терлаш, озишнинг кузатилиши.
2.феохромоцитома Б.брадикардия, қабзият, уйқусираш, юмшоқ АГ.
3.бирламчи В. бирор томондаги артерияда пульснинг
гиперальдостеронизм аниқланмаслиги ва АГ.
4.тиреотоксикоз. Г.турғун АГ, мускулларнинг кучсизлиги,
гипокалиемия, гипопротеинемия билан биргаликда.
5.гипотиреоз. Д.систолик гипертензия, тахикардия, озиш, Мебиус
белгиси мусбат.

17.Қуйидаги касалликлар учун характерли белгиларни аниқланг:

- 1.носпецифик ярали колит. А.ўнг ёнбош соҳада оғриқ, диарея, иситмалаш
2.сурункали панкреатит. Б.полифекалия, мускул толалари кўндаланг чизиғи
сақланган ҳолда, стеаторея.
3.Крон касаллиги. В.диарея, қон аралаш, иситмалаш, антибиотиклар
таъсирсиз.
4.жигар циррозлари. Г.уйқунинг бузилиши.

18.Синдромлар учун хос келувчи белгиларни ажратинг:

- 1.портал гипертензия А.асцит, спленомегалия, қизилўнгач веналарининг
синдроми. варикоэ кенгайиши.
2.СБЕ. Б.оёк 1 бармоғининг шишиши ва гиперемияси,
қонда сийдик кислотаси микдорининг ошиши.
3.узгарувчан подагрик В.анемия, паратгормон ва креатининнингқонда
артрит. ошиши.
4.гиперспленизм синдроми Г.анемия, лейкоцитопения, тромбоцитопения,
спленомегалия.
5.жигар сариқлик Д.қонда бевосита билирубин АЛТ, АСТ
синдроми. микдорининг ошиши.

19.Қуйидаги касалликлар учун хос биохимик кўрсаткичларни аниқланг:

- 1.Феохромоцитома. А.тропонинлар I, АСТ, МВ, КФК.
2.Конн синдроми. Б.адреналин, норадреналин, ванилил-бодом
кислотасининг қонда ошиши.
3.Ўткир миокард инфаркти. В.қонда калий микдори <2,8, гипопротеинемия
АГ.
4.Жигар циррозлари. Г.қонда ва сийдикда амилаза микдорининг
ошиши.
5.Сурункали панкреатит. Д.АСТ, АЛТ, ЛДГ, 4,5 тимол синамасини
ошиши.

20.Қуйидаги касалликларда биргаликда қўлланиладиган препаратларни кўрсатинг.

- | | |
|--------------------------|--|
| 1.Юрак етишмовчилиги | А.Диуретик+дигоксин+АПФ ингибитори, беттаадреноблокаторлар |
| 2.Бактериал эндокардит | Б.Диуретиклар билан узоқ вақт даволаш, перикардэктомия |
| 3.Констриктив перикардит | В. Бактериоцид антибиотиклар қўллаш (юқори дозада) |
| 4.Миокардит | Г.Ностероид яллиғланишга қарши воситалар,ГКС |

21.Қуйидаги касалликларга мос келувчи белгиларни ажратинг:

- | | |
|----------------------------|--|
| 1.Носпецифик аортоартериит | А.пурпура,артралгия,иситма, терининг зарарланиши. |
| 2.Тугунчали периартериит | Б.иситма, чакка сохасида гиперемия ва чакка артерияларини пайпаслаганда оғриқ,қурув қобилиятининг сусайиши. |
| 3.Вегенер гранулематози | В.иситма, мушакларда ва бўғимларда оғриқ, вазининг камайиши, оғир кечувчиАГ. |
| 4.Геморрагик васкулит. | Г.юқори нафас йўллари, ўпка ва буйрақларнинг зарарланиши. |
| 5.Чакка артериити | Д.Оёқлардаги “алмашинувчи чўлоқлик”, елка артериясининг бир ёки икки томонда пульснинг сусайиши, елка артерияларида А/Б нинг турли нисбатдалиги. |

22.Қон айланиш етишмовчилигига сабаб бўлган қуйидаги касалликларнинг патофизиологик механизмини танланг:

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------------|
| 1.Бирламчи миокардиал етишмовчилик | А.миокард инфаркти |
| 2.Босим зўриқиши ортиши | Б.дилатацион кардиомиопатия |
| 3.Зарб хажмининг ортиши | В.Аортал стеноз |
| 4.Чап қоринчанинг диастолик тўлиши | Г.митрал клапан етишмовчилиги |
| 5.Иккиламчи миокардиал етишмовчилик | Д.констриктив перикардит |

23.Қуйидаги касалликлар учун А/Б нинг ошишидан яна қандай белгилар хос?

- | | |
|-----------------------------|---|
| 1.Сурункали пиелонефрит | А.юрак ўйноғи, хуружлари, терлаш, титраш, А/Б нинг ошиши. |
| 2.Сурункали гломерулонефрит | Б. “ойсимон юз”, семириш. |
| 3.Тиреотоксикоз | В.Экзофтальм, ориқлаб кетиш, тахикардия. |
| 4.Феохромоцитома | Г.лейкоцитурия,эт увишиши, бел сохасида оғриқ.. |
| 5.Иценг – Кушинг синдроми | Д. Протеинурия,эритроцитурия, цилиндрурия. |

24.Қуйидаги касалликларга мос келувчи клиник белигиларни танланг.

- | | |
|---------------------------------|--------------------------------------|
| 1. Ревматоидли артерит | А.эрталабки “бўғимлардаги карахтлиқ” |
| 2.Системали қизил югурдақ | Б.Аллопеция |
| 3.Рейтер касаллиги | В.Ахиллов пайпаслаганда оғриқ |
| 4.Системали склеродермия | Г.Геберден тугунлари |
| 5.Деформацияланувчи остеоартроз | Д.CREST синдром |

25.Қуйидаги касалликларга хос бўлган белгини кўрсатинг:

- | | |
|---------------------------|---|
| 1.Системали склеродермия | А.Кўплаб моно неврит |
| 2.Дерматомиозит | Б.Рейно синдроми |
| 3.Тугунчали периартериит | В.Параорбитал шиш |
| 4.Системали қизил югурдақ | Г. Рентгенограммада кўплаб “нақш” лар
(узуралар)нинг кафт бўғимларида топилиши |
| 5.Ревматоидли артрит | Д.юздаги эритема |

26.Қуйидаги синдромларга мос келувчи белгиларни танланг:

- | | |
|----------------------------------|--|
| 1.Портал гипертензия | А. ишкорий фофатазанинг ошиши |
| 2.Холестатик синдром | Б. асцит, талокнинг катталашиши |
| 3.Цитолитик синдром | В. Гаммаглутамин транспептидаза, ЛДГ, АЛТ |
| 4.Мезенхимал-яллиғланиш синдроми | Г. альбумин, протромбин индекси,
фиброноген, холинэстеразанинг камайиши |
| 5.Жигар – хужайра етишмовчилиги | Д.ЭЧТ, граммаглобулин, тимол
синмасининг ошиши. |

27.Қуйидаги асоратларда биргаликда қўлланиладиган препаратларни кўрсатинг:

- | | |
|----------------------|---|
| 1.Анафилактик шок. | А.морфин, гепарин, реополюглокин, допамин |
| 2.Дресслер синдроми. | Б. ГКС, адреналин, глюкогон, димедрол, циметидин,
эуфиллин |
| 3.Кардиоген шок. | В. преднизолон, индометацин |
| 4.Ўпка шиши. | Г. Диуретиклар, нитроглицерин,
натрий нитропруссид |

28.Қуйидаги ритми бузилишларининг ЭКГ мезонларини сананг:

- | | |
|------------------------------------|--|
| 1.Фредерик синдроми | А.ЭКГ аммада F тишчанинг мавжудлиги |
| 2.Булмачалар титроғи | Б. F тўлқинларнинг мавжудлиги тўғри
қоринчалар ритми, ЮКС 45 та 1 мин QRS = 0.15 сек. |
| 3.WPW синдроми | В.PQ = 0,18 сек, дельта тишининг R тишининг
кўтарилувчи қисмида бўлиши (I V6 тармоқларда) QRS |
| 4.Суправентрикуляр ритм миграцияси | Г. PQ интервалининг секинлик билан
қискариши ва I тармоқларда –Р нинг
ҳосил бўлиши. |

Вазиятли масалалар

1-масала

18 ёшли бемор ҳарбий комиссариат томонидан юборилган. Нормал ўсиб улғайган. Аускультацияда тўш суягидан чап томонда 4 – қовурғалараро соҳада жуда қаттиқ систолик шовқин эшитилмоқда. (бу шовқин ёшлиқдан мавжуд). Кўкрак қафаси рентгеноскопиясида - чап қоринча озроқ катталашган.

А.Сизнинг тахминий ташхисингиз?

Б.Яқуний ташхисни қайси текшириш усули тасдиқлайди?

2-масала

47 ёшли беморда 15 йилдан буён компенсацияланган ревматизм этиологияли митроаортал нуқсон мавжуд. Бир ой олдин тонзиллэктомиядан сўнг ҳарорати 37.2-37.8 С гача терлаш, артралгия, бўшашиш ва ҳансираш безовта қила бошлади. Талок пайпасланмоқда.

А.Сизнинг тахминий ташхисингиз?

Б.Юрак УТТ да қандай натижани кутмоқдасиз?

В.Даволашни тавсия этинг.

3-масала

55 ёшли бемор озроқ жисмоний зўриқишдан сўнг ҳансираш, ўнг қовурға тагида оғриқ ва диурезнинг камайишига шикоят қилмоқда.

Объектив: бўйин веналари бўртган. АБ 100/60 мм.сим.уст , пульси 100 марта 1 минутда, аускультацияда юрак чўққисида дағал систолик шовқин, у бўйинга тарқалмоқда, жигар 7 см гача катталашган, оёқларда шиш.

Қуйида келтирилган қайси тушунча нотўғри?

А.Беморда тотал юрак етишмовчилиги мавжуд.

Б.Диуретикларни қабул қилиш ҳансирашни камайтиради.

В.Каптопилрининг кичик дозасини қўллаш керак.

Г.Аорта оғзи стенози белгилари мавжуд.

4-масала

50 ёшли вазни ҳаддан зиёд беморда тунда I плюс фаланг бўғимида кучли оғриқ ва шиш пайдо бўлиб, тана ҳарорати кўтарилди. Ташхисни аниқлаш учун шифокор текшириш усулларини тавсия этди.

Беморда кўпроқ қуйидагилардан қайси бири аниқланиши мумкин?

А.Гемолитик анемия

Б.Ишқорий фосфатаза ошади.

В.Сийдик кислотаси миқдори ошади.

Г.Ревматоид омил аниқланади.

Д.Қон зардобиди калий миқдори

Шошилиш тадбирларни тавсия этинг.

5-масала

40 ёшли бемор кўп вақтдан буён иситманинг тушмаётганлигидан (антибиотикотерапияга карамай) ва оғир кечаётган артериал гипертензия, полинейропатиядан азобланмоқда ,бир ой ичида 10 кг. га озди.

А.Сизнинг ташхисингиз?

Б.Ташхисни тасдиқловчи текширишларни сананг.

6-масала

38 ёшли арман беморда ўсмирлик пайтидан буён ҳар замонда қоринда оғри пайдо бўлиб, тана ҳарорати ошади. Оғриқлар бир суткадан сўнг ўз-ўзидан ўтиб кетади. Охирги йилда сийдик таҳлилида протеинурия 3,3 г/л гача аниқланди. Беморнинг отаси буйрак касаллигидан вафот этган.

1.Сизнинг тахминий ташхисингиз?

А.Сурункали гломерулонефрит

Б.Амилоидоз ривожланиши билан кечувчи даврий касаллик

В.Ним ўткир гломерулонефрит

Г.Сурункали пиелонефрит

2.Даволаш.

7-масала

Қуйида келтирилган қайси тушунча ўткир миокард инфарктини даволашда нотўғри?

А.В-адреноблокаторларни қўллаш касаллик оқибатини яхшилайти.

Б.Антиагрегантларни профилактика мақсадида тавсия этиш тромбоэмболик асоратларни камайтиради.

В.Чап қоринча етишмовчилиги белгилари ривожланса, юрак гликозидлари тавсия этилади.

Г.Қоринчалар экстрасистолиясида лидокаин қўлланилади.

8-масала

72 ёшли бемор юрак ишемик касаллиги, постинфарктли кардиосклероз, мерцал аритмия билан оғрийди. Охирги пайтда ҳансираш кучайиб, йўтал ва қон туфлаш пайдо бўлди. Рентгенологик текширувда чап ўпка пастки бўлагининг ногомоген қорайиши аниқланди.

А.Сизнинг ташхисингиз?

Б.Қайси текшириш усули бу ҳолда кўпроқ аҳамиятли ҳисобланади?

9-масала

20 ёшли бемор текшириш учун ҳарбий комиссариат томонидан юборилди. Нимжон ўсган - тез-тез нафас йўллари инфекцияси безовта қилган. Юрак асосида дағал узлуксиз систолик-диастолик шовқин эшитилмоқда. АБ 150/40 мм.сим.уст. Рентгенда аорта ва ўпка артерияси пульсацияси кучайган, чап қоринча катталашган, ўпка артерияси кенгайган.

Сизнинг ташхисингиз?

10-масала

62 ёшли беморда 5 йил олдин гипофиз ўсмаси олиб ташланган. Ярим йил олдин протеинурия – 0.9г/л, аниқланди. Сўнгра юзда ва оёқларда шишлар пайдо бўлиб, улар кучая борди. Касалхонага ётқизилганда суткалик протеинурия – 6г гача, умумий оқсил – 50ммол/л, холестерин – 8ммол/л гача эканлиги аниқланди.

Қайси тушунча нотўғри?

А.Беморда нефротик синдром

Б.Беморда ўткир гломерулонефрит

В.Онкологик касалликларни аниқлаш учун беморни қўшимча текшириш керак

Г.Даволашни зудлик билан преднизолон ва циклофосфандан бошлаш керак,

11-масала

Бемор 21 ёшда, 8 ёшида қизилча билан оғриган, 10 ёшидан бошлаб сийдик таҳлилида ўзгариш аниқланади. Сўнгги 2 йилдан буён бўшашиш, кўнгил айниш безовта қилиб, сезиларли равишда вазнини йўқотган, гемоглобин 80 г/л, креатинин конда 0,5 ммоль/л

А.Сизнинг ташхисингиз?

Б.Текшириш режангиз?

12-масала

16 ёшли бемор киз, шикоятлари: иситма, бўғимларида оғриқ, юзда эритематоз тошмалар. Нефротик синдром мавжуд. Сийдик таҳлилида оксил 3,3 промил, лейкоцит 20-30/1, ўзгарган эритроцитлар 30-40/1, гиалинли цилиндрлар 5-6/1, донадор 4-1/1, ЭЧТ – 60 мм/с.

Сизнинг ташхисингиз?

Даволаш.

13-масала

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

Сизнинг ташхисингиз?

Даволаш усули.

14-масала

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

Даволашни тавсия этинг.

15-масала

М, исмли бемор 32 ёшда, кучайиб борувчи мушакларда бўшашиш ва умумий, кучаювчи чарчаш пайдо булди, А/Б барқарор 180/100, 190/120 мм.сим.уст.да, сийдиги ишкорий муҳитли, оссил $-0,66\%$, солиштирма зичлиги -1020 , гипертоник ретинопатия аниқланган. Резерпин, гемитон, допегит, анаприлиндан самарадорлик йўқ

Сизнинг ташхисингиз?

Даволашни тавсия этинг.

16-масала

Т, исмли 50 ёшли бемор, касалхонага «гипертоник криз» ташхисии билан олиб келинди, шикоятлари кучли бош оғриғи, қусиш, айниқса, юқоридагилар бошни бурганда ва гавда ҳолатини ўзгартирганда кучаяди. А/Б 170/100 мм сим.уст., тўсатдан куннинг иккинчи ярмида уткир равишда оғриб қолди. Олдинлари А/Б ошмаган.

Сизнинг ташхисингиз?

Даволашни тавсия этинг.

17-масала

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

Сизнинг ташхисингиз ва текшириш режангиз?

Даволашни тавсия этинг.

18-масала

Ф, исмли 46 ёшли бемор 1 ой олдин йирик ўчоқли миокард инфарктини ўтказган. Кеча кечкурун тўш орқасида кучли оғриқ пайдо бўлиб, у кўкрак қафасининг олд томонини эгаллаб олди, сўнгра эт увишиш ва ҳароратнинг 38,6 градусгача кўтарилиши юзага келди, эрталаб касалхонанинг қабул бўлимига келтирилди.

ЭКГ да: ўтказилган миокард инфаркти белгилари.

Сизнинг ташхисингиз?

Даволашни тавсия этинг.

19-масала

Х, исмли 62 ёшли бемор касалхонада «ностабил стенокардия» диагнози туфайли даволанмокда. Навбатдаги чузилган туш орқасидаги оғриқлардан сунг упка шиши ривожланди, бу ҳолатдан вена ичига морфин ва лазикс юбориш билан олиб чиқилди. Ушбу хуруждан сўнг юрак чўққисидаги дагал систолик шовқин ва унинг чап қўлтиқ остига берилиши аниқланди, тинч ҳолатда ҳам ҳансираш юзага келди.

ЭКГ да: синусли тахикардия, Гисс тутами чап оёқчаси тўлиқ қамали, миокардда диффуз узгариш.

Сизнинг ташхисингиз?

Текшириш режаси ва даволашни тавсия этинг.

20-масала

З, исмли бемор, 48 ёшда, поликлиникага юрак соҳасида босувчи оғриқлар туфайли мурожат килиб келди. Оғриқлар юрганда ва тинч ҳолатда пайдо бўлиб, нитроглицериндан самарадорлик кам, охирги йилда артериал босимнинг 160/90 мм сим.уст.дан ошмаганлиги кузатилди. Обьектив: туш суягидан чап томонда III-IV қовурғалараро соҳада барқарор бўлмаган систолик шовқин эшитилмокда рентгенда юрак конфигурацияси (шакли) ўзгармаган.

ЭКГ: чап қоринча гипертрофия белгилари.

Сизнинг тахминий ташхисингиз?

Текшириш режаси ва даволаш режасини тузинг.

21-масала

Бемор С, 52 ёшда, қабул бўлимига” бартараф килинмаган стенокардия хуружи” ташхиси билан келтирилди. Юрак соҳасидаги оғриқлар 3 соат олдин пайдо бўлиб, валидол ва Вотчал томчиси билан бартараф этилмади. Анамнезидан: баъзида А/Б 180/100 мм сим.уст.гача ошади, объектив: пульси ритмик 100 марта 1 минутда, А/Б 220/120 мм сим.уст.да, аортада II тон акценти, ўпкада везикуляр нафас.

ЭКГ: Синусли тахикардия.

Сизнинг ташхисингиз?

Даволашни тавсия этинг.

22-масала

Бемор С, 58 ёшда, трансмурал миокард инфаркти билан оғриган, 2-куни аритмия пайдо бўлиб, у ҳансираш ва бош айланиши билан кечмоқда. Объектив: кам ифодаланган лабларда цианоз,юракнинг нсибий чегаралари чапга 2 смга кенгайган, юрак тонлари бўғиқ, аритмик, ўпканинг орка-пастки бўлакларида дағал нафас асосида кам миқдорда нам хириллашлар эшитилмоқда, А/Б 120/80 мм сим.уст.да.

ЭКГ: ритм синусли, навбатдан ташқари, тез-тез келувчи, деформацияланган, давомийлиги 0,12 секунд булган QRS комплекси пайдо бўлди. Р тишча йўқ.

Беморда қандай асорат юзага келди?

Даволашни тавсия этинг.

23-масала

Бемор Ф, 58 ёшда ревматик этиологияли чап атриовентрикуляр тешик стенози билан оғрийди, касалхонага юрак ўйноғи (3 сутка давом этиб, кучайиб борувчи ҳансираш билан кечган) хуружи билан ётқизилган. Объектив: ортопноэ холати, лабларда цианоз ва акроцианоз, тўпик ва болдирларда шишга мойиллиги, аускультацияда – чап атриовентрикуляр тешик стенозига хос белгилар, юрак тонлари аритмик, нафас олиш сони минутига 26 марта, ўпканинг орка-пастки бўлакларида дағал нафас асосида нам хириллашлар, пайпаслаганда жигар қирралари оғриқли эканлиги аниқланади.

ЭКГ: Р тишча йўқ, R-R оралиғи ҳар хил.

Сизнинг ташхисингиз?

Даволашни тавсия этинг.

24-масала

Бемор Т, 32 ёшда, охириги йилларда ориқлаб кетиш, терлашни сезмоқда, яқинда кўп соатлик кучли юрак ўйноғи хуружи пайдо бўлиб, бу ҳолат ЭКГ да қайд этилди. Объектив: димланган юрак етишмовчилиги белгилари йўқ. А/Б 90/60 мм сим.уст.

ЭКГ: Бўлмачалар титроғи.

Сизнинг ташхисингиз?

Даволашни тавсия этинг.

25-масала

Бемор К, 53 ёшда, интенсив терапия бўлимига «ўткир миокард инфаркти ва ўпка шиши» белгилари билан келтирилди. А/Б 90/50 мм сим.уст.

ЭКГ: Пароксизмал қоринчалар тахикардияси.

Сизнинг ташхисингиз?

Даволашни тавсия этинг.

26-масала

Бемор З, 72 ёшда, миокард инфарктини ўтказган, тўлиқ кўндаланг қамал билан оғрийди, ЭКС имплантация қилинган. Магазинда кучли хушдан кетиш ва қалтирок (титрок) синдроми пайдо бўлди, пульси минутига 38 марта, А/Б 200/70 мм сим.уст.

Сизнинг ташхисингиз?

Даволаш усулингиз.

27-масала

Бемор К.52 ёшда, балғамли йўталга, нафас чиқаришнинг қийинлигига, ҳарсиллаш ва қориннинг катталашига шикоят қилмоқда. Оёқларида шиш мавжуд. Узоқ йиллар давомида “обструктив бронхит” билан касалланган.

1.Беморда қандай асорат ривожланди?

2.Даволашни тавсия этинг.

28-масала

Бемор 28 ёшда, бир ойлик хизмат сафари давомида жинсий алоқада бўлган ва оғриб қолган.Касаллик ўткир бошланиб, баъзан қалтираш ва ҳароратнинг ортиши кузатилган. Икки ой ўтгач, болдир-товон бўғимида шиш, оғриқ пайдо бўлган.

1.Ташхис?

2.Даволаш?

29-масала

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

Объектив: тери копламлари рангпар, бутун танасида шишлар. А/Б 120/70 мм сим уст.Умумий сийдик таҳлилида: оксил 6,6 г/л, микрогематурия, цилиндрурия.

Умумий қон таҳлили: гемоглобин 90 г/л, лейкоцит-8000, ЭЧТ 45 мм/с, холестерин 7,5 ммоль/л, мочевина 6,5 ммоль/л, креатинин 0,12 ммоль/л.

1.Беморда қандай асорат юзага келган?

2.Ташхисни тасдиқловчи қўшимча текширув усуллари айтинг.

3.Клиник ташхис қўйинг.

4. Даволашни тавсия этинг.

30-масала

42 ёшли бемор қандли диабетнинг I типи билан 15 йилдан буён оғрийди. Хар куни 60 б инсулин олади. 2 йилдан буён А/Б ошиши кузатилади: 180/100 мм сим уст гача. 6 ой олдин оёқларда шиш пайдо бўлди, шишлар бутун танасига тарқала бошлади, хансираш, оғиз қуриши, кўнгил айниши пайдо бўлди, диурез кескин камайди.

Текширувда: умумий сийдик таҳлилида оксил 9,9 г/л.

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

Коптокчалар филтрацияси 35 мл/мин. Мочевина 12 ммоль/л, креатинин 0,3 ммоль/л.

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

31-масала.

20 ёшли ўспирин совуқда қолгандан сўнг: юзида, қўл-оёқларида шиш пайдо бўлганлигини, умумий ҳолсизлик ва диурез қамайганлигини таъкидлади. Яшаш жойида стационар даволанган, самараси бўлмагач, 2 ойдан сўнг нефрология бўлимига ётқизилган.

Объектив: тери қатламлари рангпар, қуруқ. Юзида ва қўл, оёқларида шиш, асцит аниқланади. Ўпка перкуссиясида қурак қиррасидан пастда перкутор товуш бугиқ, аускультацияда шу соҳада нафас кескин сусайган. Юрак тонлари бўғиқ ритмик. А/Б 90/60 мм сим уст. Суткалик протеинурия 6,0 г/л.

1. Дастлабки таъхисни қўйинг.
2. Қандай қўшимча текширув усули қурак?
3. Парҳез ва патогенетик даври тавсия қилинг .

32-масала

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

Объектив: юзи «ниқобсимон», «чоксимон» белги, оёқ қўлларда зич шиш, юрак тонлари бугиқ, А/Б 150/100 мм сим уст. Ўпкада везикуляр нафас, орқа пастки соҳаларда нафас сусайган.

Умумий қон анализиди: анемия, ЭҚТ ошган.

Рентгенографияда: базал пневмосклероз аниқланади.

1. Қандай 2 та текширув таъхис қўйишга имқон беради?
2. Клиник диагноз қўйинг.
3. Қандай препаратлар фиброз авж олишини тўхтатади?

33-масала

1 курс талаба қиз, қузда қишлоқ хўжалиқ ишларида қатнашгач, юзида қизил тошмалар тошганлигини аниқлади. Сўнгра тана температураси 38 С гача ошганлиги, тизза бугимларида шиш, юрак соҳасида оғрик, юз ва оёқларида эрталаблари шиш бўлишини таъкидлади.

Объектив: юзида «қапалак» симон эритема, тизза бугимлари шишган, пульси 100 та, юрак чўққида систолик шовқин.

1. Умумий қон ва сийдик таъхилларида қандай ўзгаришларни аниқлаш мумкин?
2. Қўшимча текширув усуллари?
3. Клиник диагноз қўйинг.

4.Патогенетик давони тавия этинг.

34-масала

25 ёшли бемор пляжда куп бўлгандан сўнг юзида эритематоз тошма, қўл-оёқ бўғимларида огрик сезди. 1 хафтадан сунг юрак соҳасида огрик ва ҳансираш пайдо бўлди.

Объектив: умумий ахволи ўртача огирликда. Тана харорати 38 С, юзида «капалак» симон эритема, Пульси 100 та, юрак чуққисида систолик шовкин.

УКТ: анемия, лейкопения ЭЧТ40мм/с. Антикуклеар омил титри юкори.

1. Қўшимча текширув усуллари?
2. Дастлабки ташхис.
3. Қайси касалликлар билан қиёслаш лозим?
4. Даволаш.

35-масала

60 ёшли бемор аёл кул-оёқ муқкулларда огрик ва қувватсизликка, тана хароратини ошишига, артралгияга шикоят килди. Кўрик маҳали: муқкулларда қаттиқ огрик, юз ва бўйин соҳаларида эритематоз ўзгаришлар, параорбитал шиш аникланди. Бемор кўлини ва оёгини кўтара олмайди.

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

36-масала

Ёш аёлни бўғимларда оғрик, диурез камайиши, танасида шиш, хансираш, қуруқ йўтал, тана хароратининг кўтарилишига безовта килади.

УПТ: оксил – 6,6 г/л, эрит – 3- 5, донадор цилиндр – 1-2 та.

1. Дастлабки ташхис?
2. Қўшимча текширувлар?
3. Даволаш.

37-масала

45 ёшли эркак, касби ошпаз, 1 қафт-фаланга бугими, тизза, қўлнинг проксимал ва ва дистал фалангалараро бугимларида оғриққа шикоят килди. Оғриқ ўткир бошланди. Кўпроқ тунда алкагол ёки кўп гўшт егандан сўнг узини 5 ойдан буён касал хисоблайди. 3 йил олдин кучли огрикдан сунг сийдикда майда тошчалар аникланган. Онасини ҳам худи шу бўғимлар оғриши безовта килган.

1. Тўғри ташхис куйинг.
2. Тахминий ташхис?
3. Ташхисни тасдиқлаш учун кандай текширув килиш керак ?
4. Даволаш тактикаси?

38-масала

22 ёшли талабани тизза бўғимлари, чап болдир-товон бўғими, оёқнинг катта бармоқлар бўғимларида, чап думба соҳасида огрик, кўз ачишиши, намланиши безовта килади. Сийганда кучсиз ачишиш бор. 2 ойдан буён касал. Жинсий

алоқалари тартибсиз. Кўриқда ички азолар томондан узгаришлар йук. Тана харорати 37,7С. Чап ахил бойлам товониға бириқиш соҳасида шиш бор. Окулист «конюктивит» ташхисини қўйган.

УКТ: лейкоцитоз, ЭЧТ – 54 мм/с. Уретрадан суртмада гококок аниқланмади

1. Қайси текширув энг қимматли маълумот беради?.
2. Ташхисни қўйинг.
3. Даволаш режасини тузинг.

39-масала

33 ли эркак, умуртка поғонасининг бўйин-кўкрак ва бел соҳасида котиб қолиш, ёнбошлаганда кечаси оғриқларнинг кучайишига шикоят қилмоқда. Бемор ўзини 5 йилдан бери касал хисоблайди. Доимо индометацин қабул қилиб юради. Объектив: бўйин умурткаси кифоз, “садақа сўраш ҳолатида, паравертебрал мушаклари таранг. Периферик бўғимлар ўзгармаган. Қон таҳлилида ЭЧТ – 38 мм/с.

1. Ташхисни қуйиш учун қайси текширув усулини ўтказиш керак ?
2. Ушбу текширувдан сиз қандай натижа кутмоқдасиз?
3. Клиник ташхис қуйинг.
4. Даволашни белгиланг.

40-масала

Бемор 38 ёш. Кўп маротаба шиллик, йирингли, кон аралаш ич кетишига, хожатга эҳтиёж сезишига, коринда оғриқ, озиб кетиш, тана хароратининг 38 С. га кутарилишига шикоят қилмоқда. Бемор 1 йилдан бери касал. Тили малина рангида, ёриқлар бор. Корни юмшок, йўғон ичак бўйлаб оғрикли. Жигар пайпасланмайди, шишлар йук. Ректорамоноскопияда ичак деворлари инфилтрацияланган, қонталаш, шиллик-йирингли яралар бор.

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

41-масала

Бемор 45 ёшда. Корнининг юкори қисмида “белбоғсимон” оғриққа, бетиним қайт қилиш, бекарор ич келишига шикоят қилмоқда. Анамнезида бемор ўн йилдан бери сурункали холецистит ва ўт-тош касаллиги билан оғрийди. Объектив: иштахаси кам, тили курук, ок қараш билан копланган. Пальпацияда эпигастрал ва унғ ковурга остида оғриқлар аниқланади. Френикус белгиси чапда мусбат. Конда амилаза ошган. Ахлатда креаторея ва стеаторея.

1. Тахминий ташхисни асосланг.
2. Қайси касалликлар билан фарқлаш лозим?
3. Даво тавсия этинг.

42-масала

Бемор 45 ёш., енгил жисмоний зўриқишда хансираш, юрак уриб кетиши, оёқларда шишларга шикоят қилмоқда. 4 йилдан бери касал, анамнезида ревматизм ва ЮИК ўтказмаган. Ахволи оғирлашиб, шишлар қўпаймоқда.

Объектив: умумий ахволи ўртача огирликда, оёкларда массив шишлар, ўпканинг пастки соҳаларида везикуляр нафас сусайган, юрак чегаралари ҳамма томонга кенгайган, тонлар кескин бўғиқлашган, чўққида систолик шовкин, мерцал аритмия. ЮКС – 105 та/мин, пульс аритмик, 96 та/мин, пульс номутаносиблиги 9 тага. ЭКГда: мерцател аритмия, ЮКС 110-90 та, икала коринча гипертрофияси зўриқиш билан вольтажи пасайган.

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

43-масала

Бемор 48 ёш, бош огриғига, мушакларнинг кучсизлигига, диурезнинг купайиши, ковокларнинг салкиши, кул бармоқларида парестезия ва жонсизланишга шикоят қилмоқда.

Объектив: юрак тонлари буўғиқ, экстрасистолия. АКБ 170/100 мм. сим. уст. Конда калий микдори 2,6 ммол/ л гача пасайган. Плазмада ренин микдори ҳам пасайган, верошперон билан даволаниш яхши самара бермоқда.

Электролитлар текширувидаги натижалар ва буйрак томондан килинган текширувлар қандай патологияни беради?

1. Клиник ташхис куйинг.
2. Даво тавсия этинг.

44-масала

Бемор К, 52 ёш. Балғамли йўтал, нафас чикаришнинг кийинлашуви, хансираш, қориннинг катталашуви, оёкларда шишга шикоят қилмоқда. Бир неча йилдан бери “сурункали бронхит” билан огрийди. Бир неча марта стационар даволанган.

Шишлар бир йил аввал пайдо бўлиб, кўпайиб бормоқда. Объектив: ахволи оғир, тинч холатда ҳам хансираш. НОС 28 та/мин. Юз ва оёк-қўлларда диффуз цианоз. Акроцианоз, оёкларда шишлар, пульси 100 та. АКБ 110/70 мм. сим.уст., юрак ўннга кенгайган, эпигастрал пульсация аник. Упкада пастки соҳаларда сусайган везикуляр нафас, таққоқ курук хириллашлар эшитилади. Жигар +3 см катталашган.

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

45-масала

Оғир иш кунининг охирида 35 ёшли аёлда ахволи ёмонлашуви, кучли бош оғриқ, бош айланиш, кунгил айниш, юрак уриб кетиши, тез-тез куп сийиш кузатилди. Аёл саломатлик пунктидаги фелдшерга мурожаат қилди.

Объектив: бемор хаяжонли, тери коплами нам, гиперемик, Юрак тонлари баланд, ритмик, аортада II – тон акценти, пульс 100 та/мин. ритмик. Хуруж пайтида қон таҳлилида глюкоза микдори аникланган.

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

46-масала

30 ёшли аёлнинг шикоятлари: ҳолсизлик, чап кўзининг кўришининг пасайиши, катта бўғимларда учувчан оғриқлар, чап кўлда дискомфорт ва кучсизлик.

Объектив: пульс асимметрик, АКБ (унгда 180/100, чапда 160/94 мм.с.у.). Корин аортаси устида систолик шовкин эшитилади. Ҳароратнинг даврий кутарилиши 37,5-38,0 С. УҚТ: анемия, ЭЧТ тезлашган. Яллиғланишни кўрсатувчи чўкма синамалар ошган.

1. Ташхисни тасдиқлаш учун қандай қушимча текширув усуллари қилиш лозим?
2. Тахминий ташхисни асосланг.
3. Даво тактикаси.

47-масала

Бемор В 20 ёшда, касалхонага келтирилди. 10 йилдан бери АКБ кўтарилиб келган. Шу билан бирга оёқларда, кўлларда, юзда шиш ва бош оғриқлар кузатилади. Бир неча марта нефрологик бўлимларда даволанган. Ушбу кўзиши бир хафта олдин шамоллашдан сунг кўзғалган..

Объектив: ахволи огир, огзидан мочевина ҳиди келади, нафас олиш шовкинли. НОС 30 та/мин, карахт, саволларга зўрга жавоб беради. Териси қуруқ, тирналган, тирноқ излари бор. АКБ 220/120 мм.с.у. 180/110 бўлмокда. УПТ: оксил – 0,33-1,165 %, гематурия, цилиндрлар – 1-2, Конда мочевина – 28 ммол/л, креатинин – 0,7 мол/л.

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

48-масала

58 ёшли бемор кўп йиллардан буён спиртли ичимликлар қабул қилади. У умумий ҳолсизлик ва иштаха пасайиши, охириги 3 йилда пешобнинг қамайиши ва корин катталашишига шикоят қилди. Ўнг қовурға остида оғирлик хисси. Бир неча бора бурнидан қон кетган.

Объектив: умумий ахволи огир, корнида асцит, веноз коллатераллари кенгайган, “юлдузчасимон томирлар” кўринади. Талоқ киндик соҳасида, УКТ: анемия, лейкопения, тромбоцитопения. Биохимик таҳлилларда- гипербилирубинэмия, АСТ, АЛТ – ошган.

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

49-масала

Бемор 32 ёшда. 2 йил олдин ВГ билан огриган. Юкумли касалликлар шифохонасида 63 кун даволанган. Сунг 1 йил парҳез қилган ва амбулатор даволанган. Бир неча бор билирубин ва ферментлар кутарилиши кузатилган.

Объектив: умумий ахволи ўртача огирликда, териси ва склераси саргайган, қичишишлар бор. Тана харорати 38 гача кўтарилади. Жигар +5-6 см. Каттиклашган, огрикли, тугунчалар мавжуд. Талоқ 1-2 см катталашган, каттик. УКТ: Нв,

эритроцит, лейкоцитлар камайган, билирубин ва ферментлардан АЛТ, АСТ, ЛДГ ошган.

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

50-масала

38 ёшли бемор 2 ой олдин тишини олдирган. Охирги 3 ойда тана хароратининг ошиши, қалтираш, юрак соҳасида оғриқ, нафас қисишга ва юрак уриб кетишига шикоят қилмоқда. Юзлари оқарган, оёқ-кулларда майда нуқтали тошмалар бор, юрак чегараси чапга силжиган. АБ - 110/70 мм.сим.уст. Пульс – 92 та/мин. Боткин нуқтасида диастолик шовкин эшитилади, жигар +2 см га катталашган. Сон артерияси Траубе шовқини аниқланмоқда. УКТ – анемия, лейкоцитоз, ЭЧТ тезлашган. Фибриноген - 6 ммоль/л
ЭКГ- чап қоринча гипертрофияси белгилари.

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

51-масала

Бемор Х. 36 ёш. Шикоятлари: тўсатдан бошланувчи юрак уриб кетиши хуружи, нафас етишмовчилиги ҳисси, умумий ҳолсизлик.
Объектив: умумий ахволи оғир, тери қатламлари оқарган. Ўпкасида везикуляр нафас, юрак тонлари кескин бўғиклашган. ЮҚС - 160 та/мин. АБ 100/70 мм. сим. уст. ЭКГ: QRS комплекси кенгайган, 0,12 сек. дан катта. S-T сегмент ва Т иш асосий тишга нисбатан дискордант жойлашган. Р тишча йўқ.

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

ТАСНИФЛАР

ПНЕВМОНИЯЛАР ТАСНИФИ

I. Шаклига кўра

Ногоспитал (бирламчи, амбулатор)

Госпитал (иккиламчи, нозокомиал)

Атипик пневмония

Аспирацион пневмония

Иммун танқис беморлардаги пневмония

II. Ўпка тўқимасининг зарарланиши ва тарқалишга кўра

Бўлакли (асосан пневмококкли)

Ўчоқли бронхопневмония

Интерстициал

Сегментар, полисегментар

III. Кечишига кўра

Ўткир кечувчи (4 ҳафта давомида)

Чўзилган (4 хафтадан ортиқ)

IV. Асоратланишига кўра:

Асоратсиз

Асоратланган:

- экссудатив плеврит
- ўпканинг деструкцияси
- инфекцион токсик шок
- перимиокардитлар
- плевра эпиемиси ва б.

Бронхиал астма таснифи (Г. Б. Федосеев 1988 йил.)

I. Бронхиал астма ривожланиши этаплари.

Амалий соғлом кишиларда туғма ёки ортирилган биологик нуқсонлар ва ўзгаришларнинг мавжудлиги, яъни:

а) маҳаллий ва умумий иммунитетнинг ўзгариши.

б) «тез жавоб қайтариш» реакцияси (семиз хужайралар, макрофаглар, эозинофиллар, тромбоцитлар) мавжудлиги.

в) мукоцилиар клиренс ўзгариши.

г) эндокрин тизим ўзгариши

д) ўпка томирлари эндотелийсининг метаболик дисфункцияси.

ж) арахидон кислота метаболизмининг бузилиши.

з) шахснинг нерв-психик ҳолати хусусияти.

и) бронхлар ва ЛОР органлари реактивлигининг ўзгариши.

Биологик нуқсонлар клиник жихатдан БА ривожланишига туртки бўлиши мумкин.

2. Астма олди (предастма) ҳолати. Бу нозологик касаллик бўлмай, балки, БА нинг клиник пайдо бўлиш хавфи ҳисобланади. Клиник диагнозда бу ҳолат қўйилади, яъни кўрсатилади. Предастма ҳолати нафас йўллариининг вазомотор бузилишларини, бронхоспазм белгилари билан, аллергиянинг бошқа кўринишлари («эшак еми», «Квинке шиши», қонда эозинофилия, балғамда ҳам, мигрень, нейродермит) ҳисобланади.

3. Клиник шаклланган БА – бу биринчи бор астма ва астматик статус хуружларидан кейинги ҳолат.

II. БА нинг шакллари: (клиник ташхисда кўрсатилмайди).

1. Иммунологик шакли.

2. Ноиммунологик шакли.

III. БА нинг клиник – патогенетик шакллари:

1. Атопик – аллергенни кўрсатиш керак.

2. Инфекцияга қарам – инфекцион агент ва инфекцион жараённинг боришини кўрсатиш керак.

3. Аутоиммун.

4. Гормонал – эндокрин, ўзгарган органни ва дисгормонал ўзгаришларни кўрсатиш лозим.

5. Нерв-психик шакли.

6. Ифодаланган адренэргик дисбаланс.

7.Бронхлар реактивлигининг бирламчи ўзгарганлиги, иммун, асаб-эндокрин тизимлар иштирокисиз шаклланиб, тугма бўлиши мумкин, кимёвий, физик, механик ва инфекция агентлар таъсирида ривожланади.

8. Холинергик вариант

9. Аспиринли астма

10. Дизовариал шакли

IV.Оғирлигига кўра:

1.Енгил даражали – йилига хуружлар сони 2-3 марта такрорланиб, дориларни қабул қилиш туфайли ўтиб кетади, ремиссия даврида бронхоспазм йўқ.

2.Ўртача оғирликда – хуружлар сони йилига 3-4 марта бўлиб, оғирроқ кечади, хуруж дориларни инъекциялар орқали қабул қилганда ўтади, хуружлараро даврларда астматик ҳолат бирмунча ифодаланган бўлади. Ремиссия даврида жисмоний зўриқишдан сўнг ёки бажариш мобайнида бронхлар спазмининг енгил клиник белгилари кузатилиши мумкин.

3.Оғир даражали – хуружлар сони йилига 5 ва ундан кўп бўлиб, оғир кечади, бартараф қилиш кийинроқ бўлиб, астматик статус билан асоратланади. Хуружлараро даврда эса бронхларнинг спазми ифодаланган бўлади.

V.Кечишига кўра:

1.Кўзғалиш даври.

2.Кўзғалишнинг пасайиши.

3.Ремиссия.

VI.Асоратланишига кўра:

1.Ўпкага таллуқли: ўпка эмфиземаси, нафас етишмовчилиги, ателектаз пневмоторакс ва бошқалар.

2.Ўпкадан ташқари – миокард дистрофияси, ўпка – юраги, юрак етишмовчилиги ва бошқалар.

Бронхиал астманинг оғирлик даражаси бўйича таснифи.

Оғирлик даражаси	Даволашдан олдинги клиник белгилари
Енгил	Белгилар ҳафтада бир марта ёки кўпроқ, лекин бир кунда 1 мартадан камроқ, касалликнинг кўзғалиши фаолликни ва уйқуни бузиши мумкин. Астманинг тунги белгилари кўпинча бир ойда 2 марта кузатилади. НЧМХ (нафас чиқариш минутлик ҳажми ёки НЧХФ) нормадан 80% кўпроқ. НЧМХ тебраниши 20 – 30% атрофида бўлади.
Ўртача оғирликда	Белгилар кунига мавжуд. Касалликнинг кўзғалиши фаолликни ва уйқуни бузади. Астманинг тунги белгилари ҳафтада 1 мартадан ортик. Қисқа таъсир этувчи бетта 2 – агонистлар кунда қабул қилинади. НЧМХ (Кучли нафас чиқариш ҳажми ёки НЧХ1) нормадан 60% дан 80% гача. НЧМХ тебраниши 30% дан баланд.

Оғир даражали	Астма белгилари доимий, тез – тез кўзғалишлар, кўпинча тунги белгилар, физик фаоллик чекланган. НЧМХ (КНЧХ1) 60% дан кам НЧМХ тебраниши 30% дан ошган.
---------------	--

Астматик статус таснифи:

(Г. Б. Федосеев, 1984 й., 1988 й., А. Г. Чучалин, 1985 й., Т. А. Сорокина, 1987 й.)

I. Патогенетик вариантлари:

1. Секин ривожланувчи статус.
2. Анафилактик астматик статус.
3. Анафилактоидли астматик статус.

II. Босқичлари фарқланади.

ЎПКА – ЮРАГИ ТАСНИФИ.

Б. 6. Вотчал (1964) ўпка – юраги таснифини қуйидаги 4та асосий белгиларига, яъни:

1. кечишига кўра.
2. компенсация холатига кўра.
3. патогенезига кўра.
4. клиник кўринишлари хусусиятларига қараб таснифлашни таклиф этган, яъни:

Кечишига кўра	Компенсация холати	Патогенезига кўра	Клиник кўринишлари
Ўткир ўпка юраги (бир неча соат, кун).	Декомпенсацияланган.	Васкуляр, бронх, ўпка.	Ўпка артерияси массив тромбоэмболияси. Клапанли пневмоторакс, пневмомедиастинум. Бронхиал астма, чўзилган хуруж, астматик статус. Катта ўчоқли пневмония. Экссудатив плеврит.
Ним ўткир ўпка юраги (бир неча хафта ойлар).	Компенсацияланган. Декомпенсацияланган.	Васкуляр. Бронх ўпка. Торакодиофрагмал.	Ўпка артериясида қайта кичик ҳажмли тромбоэмболлар. Бронхиал астманинг чўзилган такрорланувчи хуружлари. Ўпканинг ўсмали лимфангити марказий ва периферик этиологияли (ботулизм, полиомиелит, миастения ва б.) Сурункали гиповентиляция.
Сурункали ўпка юраги (бир неча йил мобайнида ривожланади).	Компенсацияланган.	Васкуляр. Бронх ўпкали.	Бирламчи ўпка гипертензияси. Артеритлар. Такрор, кўзгалувчи эмболлар. Ўпка резекцияси. Бронхлар ва ўпкадаги обструктив жараёнлар турли этиологияли

		Торакодиофраг-мал.	(сурункали бронхит, бронхиал астма, ўпка эмфиземаси, диффуз пневмосклероз, эмфизема билан). Ресстриктив жараёнлар, фиброз, гранулематоз, ўпка поликистоз. Умуртқа поғонаси ва кўкрак қафаси жароҳатлари, деформация билан, плевра чандиқлари. Семириш. (Пиквик синдроми).
--	--	--------------------	--

Ўпка гипертензиясининг ривожланишга кўра, ўткир, ним ўткир ва сурункали ўпка юраги фарқланади. Ўткир ЎЮ да ўпка гипертензияси бир неча соат ёки кун мобайнида, ним ўткир ЎЮ да бир неча ҳафта ёки ойлар, Сурункали ЎЮ да эса бир неча йиллар мобайнида ривожланади.

Ўткир ЎЮ кўпроқ (90% га яқин) ўпка эмболияси ёки тўсатдан ички босими ошишида, нимўткир ўсмали лимфангит, торакодиафрагмал жароҳатларда кузатилади.

Сурункали ЎЮ эса 80% ҳолда бронх – ўпка зарарланишида (90% ўпканинг сурункали носпецифик касалликлари билан оғриган беморларда) 20% ҳолда эса васкуляр ва торакодиафрагмал зарарланишлар туфайли ривожланади.

Юрак аритмияларининг клиник таснифи:

1. Импульс хосил бўлишининг бузилиши:

Синусли тахикардия

Синусли брадикардия

Синусли аритмия

Ритм манбасининг кўчиши

Синус тугуни сустлиги синдроми

Экстрасистолиялар:

- суправентрикуляр ва қоринча экстрасистолияси
- гуруҳлашган, аллоритмик
- эрта, ўртада ва кеч пайдо бўлувчи пароксизмал тахикардия

Нопароксизмал тахикардия ва тезлашган эктопик ритмлар

Бўлмачалар титроғи

Бўлмачалар ҳилпиллаши (фибрилляция)

Қоринчалар титроғи ва ҳилпиллаши

2. Ўтказувчанликнинг бузилиши:

• Синоаурикуляр қамал:

-тўлиқ ва нотўлиқ

-ўтиб кетувчи ва турғун

• Бўлмачалар қамали:

-тўлиқ ва нотўлиқ

-ўтиб кетувчи ва турғун

• Атриовентрикуляр қамал:

-I, II, ва III-даражали

-проксимал ва дистал

- ўтиб кетувчи ва турғун
- Қоринчалар ичи қамаллари:
 - моно-, би- ва трифасцикуляр , ўчоқли, арборизациялашган
 - тўлиқ ва нотўлиқ
 - ўтиб кетувчи ва турғун
- Қоринчалар асистолияси
- 3. Комбинацияланган аритмиялар:
 - сирғалиб чиқувчи ритмлар:
 - бўлмачадан
 - атриовентрикуляр
 - қоринчадан
 - Реципрок (эхо) ритмлар:
 - реципрок экстрасистолиялар
 - реципрок тахикардия
 - Атриовентрикуляр диссоциациялар:
 - актив шакли
 - пассив шакли
 - Қоринчаларнинг эрта кўзғалиш синдроми:
 - Кент, Жеймс, Махейма типли
 - А, В, АВ ва бошқа типли
 - Парасистолиялар
 - парасистолик экстрасистолиялар, ритмнинг эрта кўзғалишлари, нопароксизмал ва пароксизмал тахикардия
 - бўлмачали, атриовентрикуляр, қоринчали ва биргаликдаги

ҚОРИНЧАЛАР ЭКСТРАСИСТОЛИЯСИ ТАСНИФИ (ЛАУН бўйича)

Синф	Қоринчали экстрасистолиялар
0	Йўқ
I	Бир соатда 30 тадан кам
II	Бир соатда 30 тадан кўп
III	Поли топ
IV А	Жуфтлашган
IV Б	Гуруҳлашган (қоринчали пароксизмал тахикардия ўтиш ҳолати)
V	Эрта, «R T типли»

ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИГИ (ЮИК) ТАСНИФИ.

(Ўзбекистон кардиологларининг IV съездидаги ўзгаришлари билан 2000 й.)

- 1.Тўсатдан юзага келган коронар ўлим. (юракнинг бирламчи тўхтаб қолиши.)
- 2.Стенокардия
 - 2.1.Стабил зўриқиш стенокардияси (функционал синф) кўрсатилади I,II,III,IV)
 - 2.2.Ностабил стенокардия:
 - бирламчи пайдо бўлган стенокардия
 - зўрайиб борувчи зўриқиш стенокардияси

- ангиоспастик стенокардия
- эрта юзага келган постинфарктли стенокардия
- оперциядан сўнгги стенокардия.
- 3.Миокарднинг оғриқсиз ишемияси
- 4.Миокард инфаркти:
 - Q тишчали
 - Q тишчасиз
- 5.Постинфарктли кардиосклероз
- 6.Юрак ритмининг бузилиши (тури кўрсатилади.)
- 7.Юрак етишмовчилиги (тури ва босқичлари кўрсатилади.)

Ўткир миокард инфарктида қон айланиш етишмовчилигининг Киллип бўйича 1967 й. таснифи (функционал синфлар).

- 1 синф. Ўпкада димланиш белгилари ёки шок белгилари йўқ.
- 2 синф. Ўпкада димланиш белгилари, III тон мавжуд.
- 3 синф. Ўпка шиши, чап қоринча қисқарувчанлигининг пасайиши, ўткир митрал етишмовчилик.
- 4 синф. Кардиоген шок.

АРТЕРИАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯ КАСАЛЛИГИНИНГ БОСҚИЧЛАРИ БЎЙИЧА ТАСНИФИ.

(Ўзбекистон кардиологларининг IV сессиясида қабул қилинган).

АБ даражасининг БЖССҚ/МОТ (1999й.) бўйича таснифи.

Категориялар	Систолик	Диастолик
Оптималь	< 120	<80
Нормал	<130	<85
Баланд норма	130-139	85-89
I даражали гипертония	140-159	90-99
II даражали гипертония	160-179	100-99
III даражали гипертония	>180	>110
Чегараланган систолик	>140	<90

- I - Босқич. Нишон аъзоларнинг шикастланишини объектив кўринишлари бўлмайд.
- II - Босқич. Нишон аъзоларнинг шикастланишини пастда кўрсатилган бирор белгиси бўлади.
 - Юрак: чап қоринча гипертрофияси (ЭКГ, ЭхоКГ, рентгенография маълумотлари бўйича.)
 - Кўз тўр пардасида: томирларнинг умумий ёки локал торайиши.
 - Мия: миянинг қон билан таъминланиши етарли даражада, дастлабки белгиларининг кўриниши, гипертоник энцефалопатиянинг биринчи босқичи, мияда қон айланишининг ўткинчи бузилишининг камдан-кам кўриниши.
 - Буйрак: микроальбуминурия, сийдикда оқсил ёки креатинин концентрациясининг плазмада қисман кўпайиши (1,2-2,0 мг/дл).

- Томирлар: УТТ ёки ангиография (уйку артерияси, аорта, ёнбош ва сон артериялари) маълумотларига кўра, атеросклеротик ўзгаришлар (пилакчалар)нинг бузилиши.

III - Босқич. Нишон абзоларнинг шикастланишинида қуйидаги ўзгаришлар, кўринишлар:

- Юрак: стенокардия, миокард инфаркти, юрак етишмовчилиги.

- Мия: гипертоник энцефалопатиянинг II, III босқичлари, кўпинча бош миёда қон айланишининг ўткинчи бузилиши, инсультлар.

- Тўр парда: кўрув нервига қон қуйилиши ёки экссудатлар (шиш билан биргаликда ёки шишсиз), бу белгилар тез ривожланувчи ёки ёмон сифатли артериал гипертензияга хос.

- Буйрак: қон плазмасидаги креатинин >2,0 мг/дл. Буйрак етишмовчилиги.

- Томирлар: Аортанинг қаватларга ажралиши аневризмаси.

Эслатма:

Артериал гипертензияни БЖССҚТ (1996й.) таснифига кўшимча қилиш терапевтлар диққатини артериал гипертонияли беморлар миёсининг шикастланиш белгиларини дастлаб аниқлаб, ўз вақтида коррекция қилишликни уқтирди.

Агар АГ нинг III – босқичида беморда стенокардия аниқланса, стенокардия ташхиси тож (коронар) томирларнинг атеросклеротик шикастланиши инструментал текширув ёрдамида верификация қилинган тақдирдагина қуйилади, (коронаровентрикулография, ЭхоКГ, компьютер томография, велоэргометрия усуллари ёрдамида), агар ўзгариш топилмаса, беморга артериал гипертония II – босқичи қўйилади.

АГ НИНГ АСОСИЙ ЭТИОЛОГИК САБАБЛАРИГА НИСБАТАН ТАСНИФИ. (БЖССҚ 1996 й.)

А. Эссенциал гипертония.

Б. Иккиламчи Артериал гипертония.

1. Дорилар ёки экзоген моддалар.

Гормонал контроцептивлар.

Кортикостероидлар.

Симпатомиметиклар.

Эритропоедин.

2. Буйрак касалликлари.

Буйрак паренхимаси касалликлари:

Ўткир ва сурункали гломерулонефритлар.

Сурункали пиелонефритлар.

Буйрак поликистози.

Диабетик нефропатия.

Гидронефроз.

Буйрак травмаси (жарохатланиш).

Реноваскуляр АГ (мускул фиброзли дисплазия, ИАА буйрак артериялари, буйрак артериялари атеросклерози).

3. Эндокрин касалликлари:

Акромегалия.

Гипотериоз.

Гипертериоз.

Буйрак усти беши касалликлари:

А. Пўстлоқ қаватининг шикастланиши:

Бирламчи альдостеронизм (Конн синдроми).

Б. Мия қаватининг шикастланиши:

Феохромацитома ва хромофин хужайралари ўсмаси (буйрак усти безидан ташқарида жойлашган) ракли ўсма.

4. Аорта коарктацияси ва аортитлар.

5. Ҳомиладорлик асоратлари.

6. Неврологик касалликлар.

Бош мияда босимнинг ошиши (жароҳат ва бошқа сабабларга кўра).

Мия ўсмалари.

Энцефалитлар.

Уйқу вақтидаги апноэ.

7. Хирургик асоратлар.

8. Операциядан сўнгги гипертония.

Кардиомиопатиялар таснифи (БЖССТ 1995 й.)

1.Дилятацион.

2.Гипертрофик.

3.Рестриктив.

4.Специфик (метаболик, ишемик, яллиғланишли, клапанли, ва бошқалар).

Метаболик шакли ўз навбатида бўлинади: диабетик, алкоғолли ва бошқалар.

5.Ўнг қоринчанинг аритмоген дисплазияси.

6.Таснифи аниқ бўлмаган кардиомиопатия (фиброэластоз ва бошқалар)

Юрак етишмовчилиги таснифи (Нью-Йорклик кардиолоғлар уюшмаси таклиф этган, функционал синфлар NYHA 1956й)

1-ФС - чеклаш йўқ; одатдаги жисмоний зўриқиш, чарчаш, бўшашиш, ҳансираш ёки юрак ўйноғига олиб келмайди.

(Чап қоринча дисфункцияси белгиларсиз).

2-ФС - жисмоний фаоллик кам чекланади: пациентларда тинч ҳолатда патологик белгилар йўқ. Одатдаги жисмоний фаоллик чарчашга, юрак ўйноғига, ҳансираш ёки оғриқларга олиб келади.

3-ФС – жисмоний фаоллик сезиларли равишда чекланади, ҳатто кам даражали жисмоний фаоллик, клиник белгилар пайдо бўлишига олиб келади.

4-ФС – жисмоний фаоллик дискомфорт белгиларсиз ўтмайди, ЮЕ белгилари тинч ҳолатда ҳам пайдо булади.

ИНФЕКЦИОН ЭНДОКАРДИТ ТАСНИФИ.

Ҳозирги пайтда ИЭ нинг клиник шакллари, кечиши, активлик даражаси, касалликнинг патогенетик босқичи ва клиник – морфологик кўринишларига асосланган таснифи қўлланилади.

Клиник шакли.	Кечиши.	Активлик даражаси.	Патогенетик фаза.	Клиник – морфологик шакллари клиникаси.
А. Типик. Б. Атипик. 1. у ёки бу системанинг зарарланиши устунлигига кўра. 2. ифодаланмаган 3. яширин.	1. Ўткир (тез ривожланувчи). 2. Нимўткир. 3. Чўзилган. а) Хавфсиз оқибатли. б) хавfli оқибатли.	Минимал I. Кам ифодаланган. Максимал.	1. инфекцион токсик. 2. инфекцион аллергия- (иммун яллиғланиш). 3. Дистрофик.	Бирламчи (интакт клапанлар да) II. Иккиламчи А) ревматик жараён билан зарарланган клапанларда. Б) клапанлар ва қон томирларининг бошқа этиологияли зарарланиши.

ЮРАКНИНГ ОРТТИРИЛГАН НУҚСОНЛАРИ ТАСНИФИ (ЕРЕВАН, 1997 Й). МИТРАЛ КЛАПАН НУҚСОНЛАРИ:

1. Митрал клапан етишмовчилиги
2. Митрал стеноз
3. Митрал нуқсон, клапан етишмовчилиги устунлиги билан
4. Митрал нуқсон, стеноз устунлиги билан
5. Митрал нуқсон, у ёки бу нуқсон устунлигисиз

АОРТАЛ КЛАПАН НУҚСОНЛАРИ:

1. Аортал клапан етишмовчилиги
2. Аортал оғзи стенози
3. Аортал нуқсон, етишмовчилик устунлиги билан
4. Аортал нуқсон, стеноз устунлиги билан
5. Аортал нуқсон, у ёки бу нуқсон устунлигисиз

ТРИКУСПИДАЛ КЛАПАН НУҚСОНЛАРИ:

1. Трикуспидал клапан етишмовчилиги
2. Трикуспидал клапан стеноз
3. Трикуспидал нуқсон, етишмовчилик устунлиги билан
4. Трикуспидал нуқсон, стеноз устунлиги билан
5. Трикуспидал нуқсон, у ёки бу нуқсон устунлигисиз

ЎПКА АРТЕРИЯСИ КЛАПАНИ НУҚСОНЛАРИ:

1. Ўпка артерияси клапани етишмовчилиги
2. Ўпка артерияси клапани стенози

МИТРАЛ СТЕНОЗ ТАСНИФИ. (СОЛОВЬЕВ БЎЙИЧА).

Стеноз даражаси	<1,6см ²
Критик	1,7 – 2,2 ²

Ўртача
Қисман

2,3 – 3,0²
3,1 – 3,9²

НОСПЕЦИФИК ЯРАЛИ КОЛИТ ТАСНИФИ

(В.Д.Фёдоров, М.Х.Левитан - 1982 й., Г.А.Григорьев, 1996 й. бўйича).

I. Кечишига кура:

1. « Яшин » тезлигида.
2. Ўткир
3. Сурункали кайталанувчи
4. Сурункали узлуксиз

II. Оғирлик даражасига кўра:

1. Енгил даражали
2. Ўртача оғирликда
3. Оғир даражали

III. Тарқалишига кўра:

1. Тотал колит
2. Чап тарафлама колит
3. Дистал колит (проктосигмоидит, проктит)

IV. Активлик даражасига кура:

1. Минимал
2. Кам ифодаланган (максимал)

V. Асоратланиш характериға кўра:

1. Маҳаллий асоратлар
2. Умумий (тизимлар бўйича) асоратлар

Сурункали панкреатит таснифи (А. Л. Гребнев бўйича, 1982 йил)

I. Этиологиясига кура:

1. Бирламчи. 2. Иккиламчи.

II. Морфологик белгиларига кура:

1. Шишли шакли.
2. Склеротик-атрофик шакли.
3. Фиброзли шакли.
4. Псевдокистозли шакли.
5. Кальцификацияланувчи шакли.

III. Клиник кечишига кура:

1. Полисимптомли (кўп белгили).
2. Оғрикли.
3. Псевдоўсмасимон.
4. Диспептик.
5. Латент.

IV. Касалликнинг кечишига кўра:

1. Енгил даражали кечиши.
2. Ўрта оғирликда кечиши.
3. Оғир даражали кечиши.

Жигар циррозлари таснифи. (А.С. Логинов, Ю.Е.Блок, 1987 йил).

Этиология-сига кўра	Морфологик Шакли	Портал гипертензия	Жигар етишмовчил.	Активлик Даражаси	Кечишига Кўра
1.Вирусли	Макронодулляр	Компенсация	Компенсация	Кўзиш (актив), даражалари	Секин
2.Алкаголли	Микронодул	Декомпенсация бош.	Субкомпенсация	Ремиссия	Тез ривожланувчи
3.Аутоиммун	Аралаш	Декомпенсация ифод.	Декомпенсация		Стабилбарқарор
4.Токсик	Тўлиқ бўлмаган септал				
5.Генетик	Билиар				
6.Кардиал					
7.Холестаза туфайли					
8.Криптоген					

Жигар циррозининг оғирлик даражасини баҳолаш портал гипертензия ва жигар-хужайра етишмовчилигининг қай даражада ривожланишига асосланган. Бу мезон Чайлд-Пью индекси бўйича ҳам баҳоланади.

Жигар циррози оғирлик даражасининг Чайлд-Пью индекси бўйича баҳолаш мезони :

Баллар	Билирубин мг/л	Альбумин г/д/л	Протромбин индекси	Жигар энцефалопатияси босқичи	Асцит
1	2	3,5	1-4 (80-60)	Йўқ	Йўқ
2	2-3	2,8-3,5	4-6 (80-40)	I-II	Эпизотик
3	3	2,8	>6 (< 40)	III-IV	Оғир

Изоҳ:Кўрсаткичлар кўшилади, яъни,А синфи А-5-6 балл (беморлар 6-7 йил яшайди).

В синфи В-7-9 балл.

С синфи С->9 балл (2 ойгача яшайди).

СУРУНКАЛИ БУЙРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИНИНГ ТАСНИФИ. (Н.А.Лопаткин, И.Н.Кучинский, 1971 й.)

I ЛАТЕНТ (ЯШИРИН) БОСҚИЧ.

Коптокчалар фильтрацияси (КФ) – 45 – 50 мл/мин

Қондаги мочевино – 8,8 ммол/л
Қондаги креатинин – 0.18 ммол/л

II. КОМПЕНСАЦИЯ БОСҚИЧИ

Коптокчалар филтрацияси (КФ) -30-40 мл/мин

Қондаги мочевино- 8.8-10.0 ммол/л

Қондаги креатинин -2-0.028 ммол/л

Енгил даражали полиурия.

III. ИНТЕРМИТТИРЛОВЧИ (ОРАЛИҚ) БОСҚИЧ

Коптокчалар филтрацияси (КФ)- 20-30 мл/мин

Қондаги мочевино -10.1-19 ммол/л

Қондаги креатинин – 0.3-0.6 ммол/л

Ифодаланган полиурия

IV. ТЕРМИНАЛ БОСҚИЧ.

Коптокчалар филтрацияси (КФ)- 15 МЛ/МИН ДАН ПАСТ

Азотемия ўсиб боради

Ацидоз. Қон айланиш етишмовчилиги

II- III босқичи. Олигоанурия

Анасарка. Ички аъзолар дистрофияси.

(Gell, R. Coombs, 1975) бўйича аллергия реакцияларнинг типлари:

Тип	Аллергия реакциянинг типии	Реакциянинг иммун механизми
I	Анафилактик	IgE ва кам ҳолда IgG антитела
II	Цитотоксик	IgG ва IgM антитела
III	Артюсфеномени-тўқималарнинг иммун бирикмалар билан зарарланиши	IgG ва IgM антитела
IV	Сезувчанликнинг аста-секин ривожланиши	Сенсибилизацияланган лимфоцитлар.

СИСТЕМАЛИ ҚИЗИЛ ЮГУРДАКНИНГ ТАСНИФИ:

1. Кечишига кўра; 2. патологик жараённинг активлигига кўра; 3. зарарланган орган ёки системалардаги клиник – морфологик ўзгаришларига кўра асосланган ишчи тасниф қабул қилинган.

1. Қасалликнинг ўткир, нимўткир ва сурункали кечиши фарқланади.

Ўткир кечиши: қасаллик тўсатдан бошланиб, беморлар хатто, кунини ҳам аниқ эслай олишади, қасаллик иситма, полиартрит, теридаги ўзгаришлар билан бошланади. Кейинги 3 – 6 ойлар ичида полисиндром кўринишлар ривожланади, яъни, люпус – нефрит, марказий асаб системасининг зарарланиши кўринишида.

Касаллик даволанилмаса, 1-2 йил ичида ўлим билан оқибатланиши мумкин, эрта аниқланиб, актив равишда кортикостероидларбилан даволанса, ремиссияга тўлиқ эришиш мумкин. Касалликнинг бу шакли асосан ўсмирлар, болалар ва ёшларда учрайди.

Ним ўткир кечиши: кўпроқ учрайди, умумий белгилар, артралгия, қайталанувчи артрит, теридаги носпецифик ўзгаришлар билан бошланиб, тўлқинсимон кечиш хос, касалликнинг тўлиқ шаклланган вақти 2-3 йил, баъзан, 3-4 йилдан кейин шаклланади.

Сурункали кечиш: касаллик узок вақт турли хил синдромлар: қайталанувчи полиартрит, полисерозит, дискоидсимон югурдак, Рейно, Верльгоф, Шегрен синдромлари шаклларида кечади, касалликнинг 5-10 йиллари бошқа органлар (буйрак ва ўпкалар) нинг зарарланиши жараёнга қўшилади.

полиартрит, полисерозит, дискоидсимон югурдак, Рейно, Верльгоф, Шегрен синдромлари шаклларида кечади, касалликнинг 5-10 йиллари бошқа органлар (буйрак ва ўпкалар) нинг зарарланиши жараёнга қўшилади.

2. Жараённинг **активлик даражаси** ва кўзғалишига кўра:

Актив кечиш (кўзғалиш даври)

Активлик даражаси: юқори (III), кам ифодаланган (II), минимал (I).

Ноактив давр (ремиссия) фарқланади.

3. Зарарланган орган ёки системалардаги клиник – морфологик ўзгаришлар характеристикасига кўра:

Тери: «капалак» белгиси, капилляритлар, экссудатив эритема, пурпура, дискоидли югурдак.

Бўғимлар: артралгия, ўткир, ним ўткир ва сурункали полиартрит;

Сероз қаватлар: полисерозит (плеврит, перикардит) экссудативли, куруқ, адгезив, перигепатит, периспленит;

Юрак: миокардит, эндокардит, митрал клапан етишмовчилиги;

Ўпкалар: ўткир, сурункали пневмонит, пневмосклероз;

Буйраклар: люпус-нефрит, нефротик ёки аралаш типли, сийдик синдроми;

Асаб тизими: менингоэнцефалит, радикулоневрит, полиневритлар фарқланади

СИСТЕМАЛИ СКЛЕРОДЕРМИЯ (СД) ТАСНИФИ.

(Гусева бўйича 1992 й.)

I. КЛИНИК КЕЧИШИГА КЎРА.

1. Диффуз склеродермия

2. Лимитланган СД ёки CREST синдром

3. Синдром ёки OVERLAP – биргаликда. ССД ДМ, РА, СКЮ билан биргаликда.

4. Асосан висцерал шакллари.

5. Ювенил СД, асосан бўғим зарарланади.

Контрактура ривожланиш синдроми.

II. КЕЧИШИГА КЎРА:

1. Ўткир

2. Нимўткир

3. Сурункали.

III. АКТИВЛИК ДАРАЖАСИГА КЎРА:

1. Минимак

2. Кам ифодаланган
3. Максимал.

IV. РИВОЖЛАНИШИ БОСҚИЧЛАРИГА КЎРА:

1. Бошланғич
2. Генераллашган
3. Терминал.

ТУГУНЛИ ПЕРИАРТЕРИИТ ТАСНИФИ. (Е.Н.Семенкова, 1988).

I. Клиник вариантлари:

1. Классик (буйрак-висцерал, буйрак-полиневритик).
2. Астматик.
3. Тери – тромбоангитик.
4. Моноорганли.

II. Кечишига кўра:

1. Хавфсиз
2. Секин авж олувчи.
3. Рецидивланувчи.
4. Тез авж олувчи.
5. Ўткир ёки “чақмоқсимон”.

III. Фазасига кўра:

1. Актив.
2. Ноактив.
3. Склеротик.

IV. Асоратлар:

Турли органларда инфаркт.

1. Геморрагиялар (аневризма ёрилиши).
2. Яра ёрилиши
3. Ичак гангренази.
4. Уремия.
5. Бош мия қон айланиши бузилиши.
6. Энцефаломиелит.

НОСПЕЦИФИК АОРТОАРТЕРИИТНИНГ 4 та анатомик типлари тафовут қилинади.

I тип: аорта ва ундан чиқувчи артериялар зарарланиши

II тип: қурак ёки қорин аортасини тармоқлар билан алоҳида зарарланиши.

III тип: аорта равоғи ва тармоқларининг қурак ёки қорин аортаси билан биргаликда зарарланиши.

IV тип: улка артерияси зарарланиши I, II ёки III вариантлари билан бирга қушилиб қелиши.

НАА НИНГ А.В.ПОКРОВСКИЙ БЎЙИЧА 10ТА КЛИНИК СИНДРОМЛАРИ.

1. Умумий яллиғланиш реакциялари.
2. Аорта ёйининг шохчаларини шикастланиши.
3. Коарктацияли синдром.
4. Вазоренал синдром.

5. Абдоминал ишемия.
6. Аорта бифуркациясининг шикастланиши.
7. Коронар синдром.
8. Аорта етишмовчилиги.
9. Аорта аневризмаси.
10. Ўпка артериясининг шикастланиши.

Бехтерев касаллигининг клиник шакллари:

1. Марказий формаси. Факат умурка ва думгаза ёнбош чигали зарарланади.
2. Ризомиелик формаси-умуртка погонаси елка бугимлари ва таз сон бугимлари зарарланади.
3. Периферик формаси. Оёк нинг пастки бугимлари зарарлагнади ва умуртка погонаси зарарланиши билан биргаликда кечади.
4. РА варанти-кул бугимлари зарарланади, эрталабки котиш руй беради, умуртка погонаси зарарланмайди.
5. Септик вариант. Ўткир иситма, кучли терлаш, артралгия, ориқлаш.

Подагрининг типлари:

I. Метаболик тип: (60% беморлар).

Юкори даражали уратурия 3,6 ммоль/суткада >, Сийдик кислотасининг нормал клиренси (6-7 мл/мин).

II. Буйракли тип: (10% беморлар).

Кам ифодаланган уратурия <1,8 ммоль/сут.). Сийдик кислотасининг клиренси пасайган (3-3,5 мл/мин)

III. Аралаш тип: (30% беморлар).

Нормал еки пасайган уратурия. Сийдик кислотасининг нормал клиренси.

Диагностик мезонлар:

Пневмонияларнинг диагностик мезонлари:

1. Касалликнинг бошланишидаги иситма мавжудлиги (харорат > 38° С).
 2. Балғамли йўтал мавжудлиги.
 3. Физикал ўзгаришлар (ўпка товушининг ўзгариши, дағал нафас, бронхиал нафас, везикуляр нафаснинг ўзгариши, крепитация ёки майда пуфакчали нам хириллашлар) мавжудлиги.
 4. Лейкоцитоз ($L > 10 \times 10^9$ г/л ва лейкоформуланинг чапга силжиши). Ташхис юкоридаги белгилардан камида иккитаси + рентгенда ўчоқли инфилтратив ўзгаришлар топилганда қўйилади.
- Рентгенологик ўпкада ўчоқли инфилтратларнинг йўқлиги ташхисни аниқ эмас, (етарли эмас) деб асосланади ва бунда ташхис эпидемиологик анамнез ва клиник белгилари мавжудлигига қараб қўйилади.

Бронхиал астманинг диагностик мезонлари:

1. Нафас чиқаришнинг қийинлиги билан кечувчи бўғилиш хуружи ва у ўпкада куруқ хуштаксимон хириллашлар (хатто бу хириллашлар масофадан ҳам эшитилади) билан кечиши;
2. Бронхиал астманинг хуружига эквивалент равишда тунда хуружсимон йўтал, у беморнинг уйқусини бузади, нафас чиқаришнинг қийинлиги ёки кўкрак қафасида сиқилиш ҳисси, ҳансираш ва хуштаксимон хириллашларнинг йилнинг маълум пайтида маълум бир антигенлар билан тўқнашилганда ёки физик зўриқишдан сўнг безовта қилиши;
3. Ташқи нафас функцияси кўрсаткичлари (НЧХ, Тиффно индекси, нафас чиқариш ҳажмининг максимал нуқтаси ва ҳ,) натижаларига кўра нафас етишмовчилигининг обструктив типини аниқлаш;
4. Ташқи нафас функцияси кўрсаткичларининг бронходилататорлар қабул қилгандан сўнг ошиши ва нафас чиқаришнинг енгиллашуви;
5. Ҳавода бронхиал астманинг биологик маркери- азот оксиди (NO) нинг кўплиги.

Бронхиал астманинг клиник вариантлари патогенетик шакллари нинг диагностик мезонлари :

БА нинг диагностикасида қуйидагилар муҳим роль ўйнайди

1. Тўлиқ йиғилган анамнез :

Бўғилиш хуружига нималар олиб келган ? :

- ноинфекцион аллергенлар (чанг, маиший, касбий, озиқ-овқат, дорилар аллергенлари билан тўқнашиш БА нинг атопик шакли ;

- нафас аъзоларининг инфекцион табиатли яллиғланиши касалликлари-инфекцияга қарам тури;

- гормонлар дозасини камайтириш бемор аҳволининг ёмонлашувига олиб келиши

- гормонал қарам шакли ;

-менструал цикл билан аҳволнинг ёмонлашувининг боғлиқлиги – дизовариал шакли

- оилада ва ишда турли кўнгилсизликлар, стресслар билан боғлиқлиги – нерв – психик шакли ;

-физик зўриқиш, совуқ ҳаводан нафас олиш билан боғлиқлиги ;

-аспирин ва бошқа НЯҚПларни қабул қилиш “ аспиринли астма ” га хос.

2. Ирсий мойилликнинг мавжудлиги.

3. Инструментал текширувлар : рентгенологик ва ТНФ, ЭКГамма ва бошқаларнинг натижалари.

4. Лаборатор текширувлар : умумий ва специфик иммуноглобулинни аниқлаш ; аллергенлар билан синамалар ўтказиш ; балғам, қон таҳлили ; аллергенлар билан синамалар ўтказиш ; 11 ОКС ва 17 ОКСНларни қон ва сийдикда аниқлаш ; замбуруғли антиген билан ўтказилган тери синамасининг мусбатлиги, иммунологик текширувлар (антителио титри ортиши), қон плазмасида (иммун комплекслар топилиши).

Инфекцион эндокардитнинг диагностик мезонлари.

1. Клиник белгилари:

А. Асосийлари:

– Иситма

- Регургитация шовкини
- Спленомегалия
- Васкулит

Б. Қўшимча белгилар:

- Гломерулонефрит
- Тромбоэмболиялар

2. Параклиник белгилар

- Эхо – КГ да тасдиқланиши
- Лаборатор кўрсаткичлар: мусбат гемокультура ёки анемия ва ЭЧТ ошиши

ИЭ диагностикасида DUKE – мезонлари.

Аниқ (тасдиқланган) ИЭ	
Морфологик мезонлари	
<ul style="list-style-type: none"> • Вегетациялар, вегетация эмболлари, юрак ичи абсцессларини гистологик текширганда микроорганизмларнинг аниқланиши. • Патологик шикастланиш: вегетациялар, юрак ичи абсцесслари гистологик тасдиқланган фаол эндокардит билан. 	
Клиник мезонлари	
Катта мезонлар	<ul style="list-style-type: none"> • ИЭнинг типик кўзгатувчиси 12 соат интервал билан олинган қон култураларидаги, икки хил муҳитдаги синамада мусбат бўлиши. • ИЭ нинг Эхо – КГ белгилари: юрак клапанлари ва клапан ости тузилмалари вегетацияси, протезланган клапанлар абсцесси ёки дисфункцияси, клапан регургитацияси белгиларининг пайдо бўлиши.
Кичик мезонлар	<ul style="list-style-type: none"> • Касалликдан аввал клапанларнинг шикасланган бўлиши ёки вена ичига наркотик юбориш; • 38°C дан юқори иситма; • Томир симптомлари: артериал эмболиялар, упка инфаркти, микотик аневризмалар, интракраниал қон куйилишлар, Лукин белгиси; • Иммунологик белгилар: гломерулонефрит, Ослер тугунчалари, Рота доғлари, ревматоид омил; • Катта мезонлар талабига жавоб бермайдиган мусбат гемокультура. • Катта мезонлар талабига жавоб бермайдиган Эхо – КГ белгилар
ИЭ бўлиши мумкин	
<ul style="list-style-type: none"> • Белгилар исботланган ИЭ дагидек тўлиқ эмас, лекин мезонсиз, деб касаллик инкор этилмайди. • Яшил стрептококк, <i>Str.bovis</i>, «НАСЕК» гуруҳи, <i>cardiobakterium hominus</i>, <i>Haemophilis</i>, <i>actinobacillis actinomycetemitanus</i>, <i>eikinella corrodens</i>, <i>kingella kingae</i> ёки бошқа тилла ранг стафилакоккларнинг касалхонадан ташкари штаммлари ва энтерококк йирингли ўчоқсиз. 	

Инкор этилган ИЭ

- Кўрилган белгилар бошқа касалликка хос ёки белгиларларнинг антибиотик қабул қилгандан кейин 4 кун ичида ўтиб кетиши.
- Патологоанатомик белгиларнинг антибиотикотерапиядан 4 кун ўтгач аниқланмаслиги

Эслатма: DUKE - мезонлари бўйича ИЭ ташхиси аниқ хисобланади:

- 2 та катта мезон бўлганда
- 1 та катта ва 3 та кичик мезон бўлганда

ЧАП ҚОРИНЧА ГИПЕРТРОФИЯСИНИНГ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИК МЕЗОНЛАРИ: (Р.М.ОКИН ВА Б. 1996Й).

Соколов – Лайон белгиси: $S_{V1-2} + R_{V5-6} > 35$ мм.

Корнель волтажи белгиси: эркакларда $R_{av1} + S_{V3} > 28$ мм.

Аёлларда $R_{av1} + S_{V3} > 20$ мм..

ЎНГ ҚОРИНЧА ГИПЕРТРОФИЯСИНИНГ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИК МЕЗОНЛАРИ:

$$R_{V1} > 7 \text{ мм}$$

$$R/S_{V1} > 1.$$

$$R_{V1} + S_{V5} > 10,5 \text{ мм}$$

$R_{V1} > 10$ мм Гисс тутами ўнг оёқчаси нотўлиқ қамалида

$R_{V1} > 15$ мм Гисс тутами ўнг оёқчаси тўлиқ қамалида

V1 – V2 (-T) Ўнг бўлмача зўриқишида

СИСТЕМАЛИ ҚИЗИЛ ЮГУРДАКНИНГ ҚАЙТА КЎРИЛГАН ДИАГНОСТИК МЕЗОНЛАРИ: (А Р А, 1982 й)

- 1.Юз ёноқларида тошмалар;
- 2.Дискоидсимон тошмалар;
- 3.Фотосенсибилизация;
- 4.Оғиз бўшлиғининг яралари;
- 5.Артрит;
- 6.Серозит;
- 7.Буйракка алоқадор ўзгаришлар (турғун протенурия 0,5 г дан ортиқ суткасига, ёки цилиндрурия, эритроцитурия бўлиши, эхтимоллиги);
- 8.Неврологик ўзгаришлар (калтирашлар, тутқаноқ ёки психозлар);
- 9.Гематологик ўзгаришлар (гемолитик анемия, ретикулоцитозли ёки лейкопения <4 мингдан кам, аммо, 2 мингдан кам эмас ёки тромбоцитопения; 100 мингдан кам эмас.)
10. Иммунологик ўзгаришлар: LE таначаларнинг мусбатлиги, ёки натив ДНК га нисбатан АТ титрининг ёки СмитАГ га нисбатан АТ титрининг ошиши ёки захмга нисбатан сохта мусбат реакция бўлиши;
11. Иммунофлюоросенция орқали АнАт титрининг ошиши.

4та мезоннинг мавжудлиги СКЮ ташхисига асос бўла олади.

СИСТЕМАЛИ СКЛЕРОДЕРМИЯНИНГ ДИАГНОСТИК МЕЗОНЛАРИ: (АРН.1980 й.)

“КАТТА МЕЗОНЛАР”: тана терисининг склеродермик зарарланиши (проксимал склеродермия)

“КИЧИК МЕЗОНЛАР”: склеродактилия, бармоқлар, чандиқлар симметрик базал пневмосклероз.

Ташхис битта “катта” ва иккита “кичик” мезонлар асосланиб қўйилди.

ДЕРМАТОМИОЗИТНИНГ ДИАГНОСТИК МЕЗОНЛАРИ:

А:АСОСИЙ:

1.Терига хос ўзгаришлар; тананинг очиқ қисмларида баъзида параорбитал шиш ва эритема;

2.Мушаклар зарарланиши (проксимал қисмларда);

3.Биопсияда мушакларда топиладиган патоморфологик ўзгаришлар (дегенерация) некроз, базофил, яллиғланиш инфильтрацияси, фиброз;

4.Зардобда ферментлар активлигининг ортиши: КФК, альдолаза, трансаминазаларнинг 50% ва ундан ортиқ бўлиши;

5.Электрмиографик текширувда ўзига хос ўзгаришлар.

Б.ҚЎШИМЧА:

1.Кальциноз;

2.Дисфагия.

Диагноз (ташхис) асосланади:

3 та асосий мезон ва тошмалар бўлганда, 2 та асосий + 2 та қўшимча мезонлар ва тошмалар бўлганда.

ТУГУНЧАЛИ ПЕРИАРТЕРИИТНИНГ ДИАГНОСТИК МЕЗОНЛАРИ : (Е.М. СЕМЕНКОВА 1988 Й.).

«Катта мезонлар»:

1. Буйрак зарарланиши;

2. Коронариит;

3. Абдоминал синдром;

4. Полиневри;

5. Бронхиал астма эозинофилия билан.

«Кичик мезонлар»:

1. Иситма;

2. Тана массасини камайиши;

3. Миалгик синдром.

Ташхис 3 та катта ва 2 та кичик мезонлар аниқланганда тасдиқланади.

НОСПЕЦИФИК АОРТОАРТЕРИИТНИНГ ДИАГНОСТИК МЕЗОНЛАРИ: (Arpnd ва бошқалар 1990 й)

1.Касалликнинг 40 ёшгача бошланиши;

2. “Ўрин алмашинуви чўлоқлик” синдроми (оёқ мушакларида ҳаракатланиш вақтида бўшашиш ва оғриқ.);
 3. Бир ёки икки томондаги елка артериясида пульснинг сусайиши;
 4. Елка артерияларида А/Б нинг 10мм сим.уст.га фарқ қилиши;
 5. Ўмров ости артерияларида ёки қорин аортасида шовқиннинг мавжудлиги;
 6. Ангиографиядаги ўзгаришлар: аортанинг торайиши ёки окклюзияси ва унинг қўл ва оёқларнинг проксимал қисми йирик шохчаларининг торайиши ёки окклюзияси. (атеросклероз ва фибромускуляр дисплазияга боғлиқ бўлмаган ҳолда).
- 3 та ва ундан кўп мезонлар мавжуд бўлганда НАА ташхиси қўйилади.

БАЪЗИ ВАСКУЛИТЛАРНИНГ ДИАГНОСТИК МЕЗОНЛАРИ:

Вегенер гранулёматозининг ташхис мезонлари.

1. Бурун ва оғиз бўшлиғи шиллиқ пардаси яллиғланиши натижасида яралар ва йирингли ёки қонли ажралмалар ажралиши;
2. Ўпка рентгенологик текширувида тугунлар, инфилтрат ёки бўшлиқлар аниқланиши;
3. Сийдик таҳлилида – микрогематурия;
4. Биопсия текширувида - артерия ёки периартериал соҳада грнuleматоз яллиғланиш хослиги

Рейтер касаллигининг диагностик мезонлари:

1. Сийдик-таносил ва ичак инфекциялари, артритлар билан хронологик боғлиқлик; (уретроокуло-синовиал синдром)
2. Ёшларда учраши;
3. Ўткир ассиметрик артрит (тизза, оёқ қафти бармоқлари, тендопатия ва товон бурситлари билан);
4. Сийдик-таносил органлари яллиғланиши белгилари. Эпителий суртмаларида хламидийларнинг (80-90%) топилиши. Артрит агар қон зардобиде хламидийли антителолар титри 1:32 ва ундан ортиқ бўлса, хламидийли дейлади.

БЕХТЕРЕВ КАСАЛЛИГИНИНГ ДИАГНОСТИК МЕЗОНЛАРИ:

(Нью-Йорк 1984 й.)

1. Анамнезида бел соҳасида яллиғланиш жараёни бўлиши,
2. 40 ёшдан кичик бўлиши ва оғриқларнинг 3ой давом этиши, тинч ҳолатда оғриқ кучайиши ва физик зўриқишда ўтиб кетиши;
3. Умуртқа поғонасининг бел соҳасида ҳаракатнинг чекланиши;
4. Кўкрак қафасида ҳаракатнинг чекланиши (нафас олишда ва чиқариш масофаси фарқи 2,5см дан кам бўлиши.).

Рентгенологик мезонлар:

Икки томонлама сакроилит I-IV даражали.

Бир томонлама сакроилит II-IV даражали.

Ташхис бир ёки иккита рентгенологик белги топилганда, ҳақиқий ҳисобланади.

Подагрининг диагностик мезонлари:

(Рим 1963 йил)

1. Қонда сийдик кислотасининг эркакларда 0,42 ммоль/л дан >, аёлларда 0,36 ммоль/л дан > бўлиши;
 2. Тофуслар мавжудлиги;
 3. Сийдик кислотаси кристалларининг синовиал суюқликда бўлиши ва тўқималарга ўтириб қолиши;
 4. Зарарланган бўғимлар тўғрисида аниқ анамнестик маълумотлар бўлиши.
- Ташхис 2 та мезон мусбат бўлганда асосланади.

Подагранинг диагностик мезонлари:

Америкалик ревматологлар ассоциацияси - уюшмаси (АРА буйича)

- I. Урат кристаллари бўғим суюқлигида мавжудлиги;
- II. Тофуслар мавжудлиги;
- III. Қуйидаги 12 та белгидан 6 таси мавжуд бўлганда:
 1. Анамнезида бир мартадан кўп ўткир артрит хуружи бўлганлиги;
 2. 1-суткадаёқ бўғимларнинг кўп ифодаланган яллиғланиши;
 3. Артритнинг моноартикуляр характерлиги;
 4. Ифодаланган бўғим усти териси гиперемияси;
 5. I плюснефаланг бўғими шиши ёки оғриши;
 6. Оёқ кафти бўғимларининг бир томонлама зарарланиши;
 7. Тофусларни эслатувчи тугунлар;
 8. Гиперурикемия;
 9. I-плюснефаланг бўғимининг бир томонлама зарарланиши;
 10. Зарарланган бўғимлар ассиметрик шиши;
 11. Рентгенда эрозиясиз субкортикал кисталар мавжудлиги;
 12. Бўғим суюқлигида флоранинг йўқлиги.

V ДОРИ ПРЕПАРАТЛАРИ ;

(таснифлари, қарши кўрсатма, ножўя таъсирлари).

Дорилар келтирадиган хавфдан эҳтиёт бўл, сақлан.»

Абу Али ибн Сино.

РЕЦЕПТУРА

КАРДИОЛОГИЯ.

ГИПОТЕНЗИВ ПРЕПАРАТЛАРНИНГ ТАСНИФИ:

Препаратлар гуруҳлари:

I. Диуретиклар: гипотиазид, индопамид (арифон, индоп).

II. Бетта-адреноблокаторлар:

пропраналол, атенолол, метопролол.

III. Кальций антагонистлари:

Дигидропридинлар: нифедипин, амлодипин (норваск).

Бензодиазепинлар: дилтиазем.

Фенилалкиламинлар: верапамил.

IV. Ангиотензин ўзгартирувчи фермент ингибиторлари (АЎФ) таснифи:

1-синф- липофил дорилар: каптоприл (капотен), алацеприл, альтиоприл, фентиаприл

2-синф- липофил продорилар:

2а-синф препаратлари, актив метоболитлари буйрак оркали ажралади: беназеприл (лотензин), квинаприл (акупро), периндоприл (престариум), цилазаприл (инхибейс), эналаприл (ренитек).

2в-синф препаратлари, актив метаболитлари 2 асосий йул билан элиминацияланади: моэксиприл (моэкс), рамиприл (тритане), спираприл (ренипресс), трандолаприл (гоптен), фозиноприл (моноприл).

3-синф- гидрофил дорилар: лизиноприл (зестрил), церонаприл

V. Ангиотензин I типидagi рецепторларнинг блокаторлари:

лозартан (козаар, ирбесартан, апровель), вольсартан (диован).

VI. Альфа-адреноблокаторлар: празозин, теразозин, доксазозин.

β – адреноблокаторлар. Бетта-адреноблокаторлар таснифи:

I. Носелектив:

I.1. Ички симпатомиметик фаол булмаган: пропранолол, надолол, соталол.

I.2. Ички симпатомиметик фаол: пиндолол, тразикор, карведилол, лабетолол.

I.3. Вазодилататор фаол: карведилол, лабеталол.

II. Селектив:

II.1. Ички симпатомиметик фаол булмаган: атенолол, бисопролол, нетопролол.

II.2. Ички симпатомиметик фаол: ацебутол.

II.3. Вазодилататор фаол: небивалол.

Мутлақ қарши кўрсатмалар:

1. Бронхиал астма ва оғир кечувчи обструктив нафас етишмовчилиги.
2. Синус тугуни сусайиш синдроми.
3. Атриовентрикуляр қамал II, III даражали.
4. Брадикардии (50 тадан кам)
5. Артериал гипотензия (АД 100 мм. сим.уст. ва ундан паст)

Нисбий қарши кўрсатмалар:

1. Ўтиб кетувчи чўлоқлик синдроми.
2. Инсулинга қарам қандли диабет
3. Ошқозон ва 12 бармоқли ичак яра касаллиги.

Ножўя таъсирлари:

- Бронхоспазм;
- Синусли брадикардия;
- Юрак етишмовчилиги;
- Юрак қамаллари;
- Оёқларнинг увишиши;
- Бош айланиши;
- Уйқунинг бузилиши;

- Ошқозон-ичак тракти моторикасининг кучайиши;
- Жинсий дисфункция;
- Гипогликемия, гипергликемия;
- Дислипидемия, гиперурикемия;
- Олиб ташлаш синдроми: тахикардия, аритмия, АБнинг ошиши, стенокардия хуружининг кўзиши ва ҳатто тўсатдан ўлимнинг юзага келиши.

Propranolol (Anaprilin, Obsidan) таб. 0.01; 0.04

Рр.: Tab. Anaprilini 0.04

D.t.d. №50

S. Кунига 1 таблеткадан 3 маҳал

Nadolol (Corgard) таб. 0.02; 0.04; 0.08; 0.12; 0.16;

Рр.: Tab. Corgardi 0.04

D.t.d. №50

S. Дастлаб кунига 1 таб. сўнгра ҳар 3-7 кунда 1 таб. дан 6-8 тагача ошириб бориш суткасига 1-2 маҳал қабул қилиш

Sotalolum (Sotalex) таб. 0.04

Рр.: Tab. Sotaloli 0.04

D.t.d. №50

S. Кунига 2 таб. 1 маҳал

Oxprenolol (Trasicor) таб. 0.02

Рр.: Tab. Trasicori 0.02

D.t.d. №50

S. Кунига 1 таб. . 3 маҳал қабул қилиш ҳар 3-5 кунда 1 таб ошириб. 4 таб.гача 3-4 маҳал қабул қилиш

Atenolol (Tenormin) таб. 0.05; 0.1

Рр.: Tab. Atenoloti 0.05

D.t.d. №50

S. Кунига 1 таб. . 1 маҳал, сўнгра 4 таб.гача ошириб бориш

Metoprolol (Betaloc; Vasocardin, Corvitol, Spesicor) таб. 0.05; 0.1

Рр.: Tab. Metoprololi 0.05

D.t.d. №50

S. Кунига 1 таб. . 3 маҳал қабул қилиш ҳар 3-5 кунда 1 таб ошириб. 4 таб.гача 2-3 маҳал қабул қилиш

Bisoprolol (Concor) таб. 0.0025

Рр.: Tab. Bisoprololi 0.0025

D.t.d. №50

S. Кунига 1 таб. . 1-2 маҳал қабул қилиш, ҳар 3 кунда 1 тадан ошириб бориш, 4-8 тагача 1-2 марта қабул қилиш

Carvedilol (Dilatrend) таб. 0.0125; 0.025

Rp.: Tab. Carvedilol 0.025

D.t.d. № 20

S. Кунига 1/2 таб. 2 маҳал қабул қилиш.

Nebivolol (Nebilet) таб. 0.005

Rp.: Tab. Nebivololi 0.005

D.t.d. №20

S. Кунига 1 таб. 1 маҳал

АБ ва ЮҚС назоратида.

α – адреноблокаторлар;

Селективлигига кўра таснифи:

1. Селектив (празозин, доксазозин).
2. Носелектив (фентоламин, пропарен).

Таъсир этиш вақтига кўра:

1. Қисқа таъсир этувчи (празозин).
2. Узоқ таъсир этувчи (доксазозин).

Қарши кўрсатмалар:

1. Артериал гипотензия.
2. Ортостатик гипотензия.
3. Юрак етишмовчилиги.

Ножўя таъсирлари:

Бош айланиши, юрак ўйноғи, шиш, ортостатик артериал гипотония

Prazosin (Minipress) таб. 0.001; 0.002; 0.005

Rp.: Tab. Bisoprololi 0.001

D.t.d. №50

S. Кунига 1/2 таб. 2 маҳал сўнгга 4-6 таб. 2-3 марта қабул қилиш

Doxazosin (Cardura, Kamiren, Tonocardin). таб. 0.001; 0.002; 0.004, 0.008.

Rp.: Tab. Bisoprololi 0.001

D.t.d. №50

S. Кунига 1/2 таб 2 маҳал, сўнгга доза оширилади

Bellaspon драже №30

Rp.: Dr. Bellasponi № 30

D.S. Кунига 1 драже 3 маҳал қабул қилиш, овқатдан сўнг,
6 дражегача ошириб 3 маҳал қабул қилиш

Bellataminali № 50

Rp.: Tab. Bellasponi № 30

D.S. Кунига 1 таб. . 2-3 маҳал қабул қилиш, овқатдан сўнг.

Ca²⁺ канали блокаторлари.

Кальций антагонистлари таснифи

Гуруҳлар	I авлод	II авлод		III авлод
		II а	II б	
Дигидроперидинлар	Нифедипин	Адалат СЛ	Исрадипин	Амлодипин
Бензодиазепинлар	Дилтиазем	Дилтиазем SR	Клентиазем	
Фенилалкиламинлар	Верапамил	Изоптин SR	Анипамид	

Ножўя таъсирлари:

- Вазодилатация, бош оғриғи, юз терисининг қизариши, юрак ўйноғи, периферик шишлар (нифедипин) билан характерланади;
- Манфий инотроп таъсир, юрак етишмовчилигинг кучайиши;
- АВ ўтказувчанликнинг бузилиши (верапамил, дилтиазем);
- Диспептик бузилишлар: кўнгил айниш, ич қотиш, диарея;
- Метаболик бузилишлар.

Қарши кўрсатмалар:

- АВ қамал II – III даражали (верапамил), юрак етишмовчилиги.

Verapamil (Isoptin, Finoptin). таб. 0.04; 0.08, 0.012; 0.024, амп. 2мл – 0.25%

Рр.: Tab. Verapamili 0.04

D.t.d. №50

S. Кунига 2 таб. суткасига 3 марта.

Nifedipin (Adalat, Corinfar). таб. 0.005; 0.01. капс. 0.01; 0.02.

Рр.: Tab. Corinfari 0.01

D.t.d. №50

S. Кунига 1 таб. 3 маҳал қабул қилиш.

Diltem (Diltiazem, Cardil). таб. 0.06; 0.09; 0.12; 0.18.

Рр.: Tab. Dilzemi 0.06

D.t.d. №100

S. Кунига 1 таб. 3 маҳал қабул қилиш.

Cinnarizin (Stugeronum). таб. 0.025; 0.075.

Рр.: Tab. Cinnarizini 0.025

D.t.d. №50

S. Кунига 1 – 2 таб. 3 маҳал қабул қилиш, овқатдан сўнг.

Amlodipin (Norvask). таб. 5 и 10мг.

Рр.: Tab. Norvaski 0.01

D.t.d. №100

S. Кунига 1 таб. 1 маҳал қабул қилиш.

Adalat SZ. таб. 0.02.

Rp.: Tab. "Adalat SZ". 0.02

D.t.d. №40

S. Кунига 1 таб. 1 – 2. маҳал қабул қилиш, овқатдан сўнг.

α₂ – адренорецепторлар стимуляторлари.

Naemiton (Clorphelinum). таб. 0.075; 0.3, амп. 0.01%. – 1мл

Rp.: Tab. Naemitonі 0.075

D.t.d. №50

S. Кунига 1/2 таб. 2 маҳал

Периферик вазодилататорлар:

Қарши кўрсатмалар:

- Артериал гипотензия;
- Коллапс, шок.;
- Ўткир миокард инфаркти артериал гипотензия билан;
- Геморрагик инсульт;
- Бош мия жароҳати;
- Ёпиқ бурчакли глаукома;
- Нитратларга сезувчанликнинг юқорилиги.

Ножўя таъсирлари:

- Бош оғриғи,
- Тахикардия.;
- Бош айланиши;
- АБнинг тушиши;
- Кўнгил айниши;
- Уйқучанлик;
- Ўтиб кетувчи юз терисининг гиперемияси.

Nitroglycerin (Perlinganit). капс., таб. 0.0005, амп. 0,1% - 10мл., фл. 10мл

(қўллашга эритма шаклида)

Rp.: Caps. Nitroglycerini 0.0005

D.t.d. №50

S. Кунига 1 таб. юрак оғриғида тил остига.

Issosorbide dinitrate (Isomak, Isoket, Nitrosorbid). таб. 0.01; 0.02, амп. 0.1% – 1мл

Rp.: Sol. Isoketi 0.1% - 1ml.

D.t.d. №3 in amp.

S. 1 амп. NaCl 500 мл изотоник эритмасида, минутига дастлаб 7 та томчидан сўнгра, оғриқсизлантиришгача юбориш

Issosorbide mononitrate (Monosan). таб. 0.02; 0.04.

Rp.: Tab. Monosani 0.02 №30.

D.S.По 1таб. 4 маҳал қабул қилиш.

Nanipruss (Sodium nitrosorbide). қуруқ масса шаклида амп.да 30мг.

Рр.: Nanipruss 0.03

D.t.d. №5 in amp.

S.100 мл 0.9% NaCl, в/и томчилаб 50 минутда юбориш.

Ангиотензин узгартирувчи фермент ингибиторлари (АУФ) таснифи:

1-синф-липофил дорилар: каптоприл (капотен), алацеприл, альтиоприл, фентиаприл.

2-синф- липофил продорилар:

2а-синф препаратлари, актив метоболитлари буйрак оркали ажралади: беназеприл (лотензин), квинаприл (акупро), периндоприл (престариум), цилазаприл (инхибейс), эналаприл (ренитек).

2в-синф препаратлари, актив метаболитлари 2 асосий йул билан элиминацияланади: моэксиприл (моэкс), рамиприл (тритане), спираприл (ренипресс), трандолаприл (гоптен), фозиноприл (моноприл).

3-синф- гидрофил дорилар: лизиноприл (зестрил), церонаприл.

Кўрсатмалар:

1. АГ ЧҚГ билан;

2. Анамнезда миокард инфаркти;

3. Гипергликемия, гиперлипидемиядаги юрак етишмовчилиги

Қарши кўрсатмалар:

- Ҳомиладорлик ва лактация;

- Гиперкалиемия (5,5 ммоль/лдан ошиқ);

- Икки томонлама буйрак артериялари стенози;

- СБЕ (300мкмоль/л дан ошиқ);

- Артериал гипотония;

- Аортал стеноз.

Ножўя таъсирлари:

Артериал гипотензия, катта дозани қабул қилганда буйрак етишмовчилигининг кучайиши, гиперкалиемия, қуруқ йўтал, неврологик бузилишлар.

Captopril (Capoten, Tensiomin) таб. 0.0125; 0.025; 0.05; 0.1.

Рр.: Tab. Captoprili 0.05 №50.

D.S. 1таб. 3 маҳал қабул қилиш, овқатдан 1 соат олдин.

Enalapril (Enam) таб. 0.0025; 0.005; 0.01; 0.02 амп. 1мл-25мг.

Рр.: Tab. Enami 0.005 №50.

D.S. 0.5 таб. 2 маҳал қабул қилиш.

Lisinopril (Diroton). Таб. 2; 5; 10; 20мг.

Рр.: Tab. Lisinoprili 0.005

D.t.d. №10

S. Кунига 1 таб. 1 маҳал қабул қилиш.

Fosinipril (Monopril). Таб. 10мг.

Рр.: Tab. Fosiniprili 0.01

D.t.d. №20

S. Кунига 1 таб. . 1 маҳал қабул қилиш.

Berlipril (Enalaprili). Таб. 5; 10; 20мг.

Рр.: Tab. Berliprili 0.005

D.t.d. №20

S. Кунига 1 таб. 2 маҳал қабул қилиш

Ангиотензинни қамал этувчилар:

Химиявий тузилишига кўра:

1. бифениптетразолли (лозартан)
2. небифениптетразолли (эпосартил, текмисартал)
3. негетероциклик (волсартан).

Қарши кўрсатмалар:

- Ҳомиладорлик ва лактация;
- Икки томонлама буйрак артериялари стенози.

Ножўя таъсирлари:

- Бош оғриғи, бош айланиши;
- Кўнгил айнаши, иштаҳанинг пасайиши;
- Тез чарчаш, йўтал.

Lazortan (Cosaar). таб. 25; 50мг.

Рр.: Tab. Fosinopriili 0.01

D.t.d. №20

S. Кунига 1 таб. 1 маҳал қабул қилиш.

Cosaar (Lazortan). таб. 50мг.

Рр.: Tab. Lazortani 0.05 №50

D.S. Кунига 1 таб. 1 маҳал.

ДИУРЕТИКЛАР

Тиазидли ва тиазидсимон	Қовузлоқли	Калий ушловчи
Гидрохлортиазид, хлорталидон, индапамин, клопамид	Фуросемид, буметанид, пиретанид	Спиринолактон, триамтерен, амилорид

Қарши кўрсатмалар:

- Оғир кечувчи подагра ва қандли диабет; (тиазидли диуретиклар)
- Қовузлоқли – сульфаниламидларга аллергия бўлганда;
- Калий ушловчилар СБЕ, гиперкалиемия, ацидоз ҳолатларида;
- АЎФИ билан калий ушловчи диуретиклар кичик дозада тавсия этилади.

Ножўя таъсирлари:

- Бош оғриғи, бош айланиши;
- Метаболик ўзгаришлар;
- гиперурикемия, гипергликемия: эндокрин бузилишлар (верошпирон).

Ковузлокли диуретиклар.

Furosemidum (Lasix) – таб. 0.04, 0.02, амп. 1%-2 мл

Rp: Tab. Lasici 0.04 №.20

D.S. 1 таблеткадан наҳорда кунора.

Uregit (Ac. Etacrinicum) таб. 0.05, амп. 0.5% - 10 мл

Rp: Tab. Urediti 0.05 №.50

D.S. 1 таблеткадан наҳорда кунора.

Тиазидли.

Hidrochlorthyazidum (Hypothyazid) таб. 0.025; 0.1

Rp: Tab. Hypothyazidi 0.1 №.50

D.S. 1 таб.дан эрталаб.

Indapamide (Arifon) таб. 0.0025

Rp: Tab. Arifoni 0.0025 №.20

D.S. 1таб.дан 3 маҳал кунига.

К – ушловчи.

Spirolactonum таб. 0.025, 0.05, 0.1

Rp: Tab. Spirolactoni 0.05 №.50

D.S. 1таб.дан 1 маҳал кунига.

Карбоангидраза ингибиторлари.

Diacarb (Diamax) таб. 0.15, 0.25, капс. 0.5, фл. 0.5 (сухое вещество)

Rp.: Diamasi 0.5

D.t.d. №10

S. флакондагини 5 мл дистилланган сувда аралаштириб, кунига м/о га.

Қўшма препаратлар.

Triampur compositum (Триамтерен + гипотиазид)

Rp: Tab. «Triampur compositum» №.20

D.S. 2 табдан. эрталаб ва кундуз.

АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНИЯНИ ДАВОЛАШДА КИЁСИЙ ЁНДАШИШ:

ЮИК	Бета-блокаторлар, кальций антагонистлари, АУФИ
Систолик/диастолик дисфункция	Диуретиклар, бета-блокаторлар, АУФИ, АРА II ингибиторлари
Кандли диабет	АУФИ/АРА II, кальций антагонистлари, тиазидсимон диуретиклар
Буйрак етишмовчилиги	Ковузлокли диуретиклар, кальция антагонистлари, АУФИ/АРА II
Бронхиал астма, УСОК	АРА II,ингибиторлари, кальций антагонистлари, диуретиклар

Юрак гликозидлари.

Digoxinum (Lanicor) таб. 0.00025, амп. 0.25%-1;2 мл

Rp.: Tab. Digoxini 0.00025 №.50

D.S. 1 таб.дан кунига

Strophanthinum K амп. 0.05%-1 мл

Rp.: Sol. Strophanthini 0.05%-1 мл

D.t.d. №10 in amp.

S. 0.5 мл дан в/и кунига 1 марта.

Corglyconum амп. 0.06%-1 мл

Rp.: Sol. Corglyconi 0.06%-1 мл

D.t.d. №10 in amp.

S. 1 мл дан в/и.

Celanidum (Isolanidum) таб. 0.00025, амп. 0.2%-2 мл, фл. 0.05%-10мл.

Rp.: Tab. Isolanidi 0.00025 №.50

D.S. 1 таб.дан 2-4 маҳал қабул қилиш.

Вазопрессорлар.

Adrenalini hydrochloridum амп. 0.1%-1мл; фл. 0.1%-10мл.

Rp.: Sol. Adrenalini hydrochloridi 0.1%-1мл.

D.t.d. №10 in amp.

S. т/о га .0,3-0.5 мл.дан юбориш.

Noradrenalini hydrotartras амп. 0.2%-1мл.

Rp.: Sol. Noradrenalini hydrotartratis 0.2%-1мл.

D.t.d. №10 in amp.

S. в/и томчи шаклда 2-4мл 5%-1000мл глюкозада аралаштириб юбориш.

Mesaton

Rp.: Sol. Mesatoni 1%-1мл.

D.t.d. №10 in amp.

S. в/и томчи шаклда (1мл 100мл 5% глюкозада). юбориш

Dopamin

Rp.: Sol. Dopamini 4%-5мл.

D.t.d. №10 in amp.

S. в/и томчи шаклда мин.га 20 та томчидан юбориш.

(4 амп. 500мл 5% глюкоза эритмасида.

АНТИАРИТМИК ПРЕПАРАТЛАР ТАСНИФИ

(Williaws E.M., Singh B.N., Horrison D.)

Таъсир механизми ва электрофизиологик хусусиятига нисбатан синфлари

I синф: натрий канали блокаторлари.

IA: хинидин, новокаинамид, дизопирамид

IB: жойга таъсир этувчи анестетиклар (лидокаин, мексилетин, токаирид) ҳамда дифенин.

IC: флекаинид, энкаинид, этмозин, этоцизин, пропофенон, аллапенин

II синф: Бетта-адреноблокаторлар: пропронолол, надолол, атенолол

III синф: реполяризацияга таъсир этувчи препаратлар: амиодарон (кордарон, амиокордин), бретилия тозилат, соталол

IV синф: кальций каналлари блокаторлари: верапамил, дилтиазем.

Novocainamidum таб. 0.25, амп. 10%-5мл, фл. 10%-10мл.

Rp.: Sol. Novocainamidi 10%-5мл.

D.t.d. №10 in amp.

S. 1-2 ампулани 0.9%-100мл эритмада в/и томчилаб.

Chinidini sulfas таб.0.1.

Rp.: Tab. Chinidini sulfatis 0.1 №10

D.S. 1таб. 2 маҳал кунига

Lidokainum амп. 2%-2мл, 10мл, 10%-2мл.

Rp.: Sol. Lidokaini 2%-2мл.

D.t.d. №10 in amp.

S. 4мл дан в/и га сўнгра, томчи шаклда юбориш.

Allapininum таб. 0.025.

Rp.: Tab. Allapinini 0.025 №20

D.S. 1таб. 3 маҳал қабул қилиш, овқатдан олдин.

Aethacizinum таб. 0.05 қобиқли

Rp.: Tab. Aethacizini 0.05 №20

S. По 1таб. 3 маҳал қабул қилиш, овқатдан олдин.

Cordaron таб. 0.2, амп. 5%-3мл.

Rp.: Sol. Cordaroni 5%-3мл.

D.t.d. №10 in amp.

S. 1ампдан. в/и суткасига 2 маҳал.

Калийли препаратлар.

Panaginum драже №50; амп. 10мл. №10

Rp.: Dr. Panagini №50

D.S. 1 дражедан кунига 2-3 марта.

Kalii chloridum порошок, амп. 4%-5мл.

Rp.: Kalii chloridi 1.0
 D.t.d. №10
 S. 1 та 2 маҳал қабул қилиш.

Микроциркуляцияни яхшиловчилар.

Preductal таб. 0.02
 Rp.: Tab. Preductali 0.02 №10
 D.S. 1таб. 2-3 маҳал кунига овқат вақти.

Agapurin 0.1 №20
 Rp.: Dr. Agapurini 0.1 №20
 D.S. 2 дражедан 3 маҳал кунига .

Trental драже 0.1, 0.4, амп. 2%-5мл
 Rp.: Dr. Trentali 0.4 №20
 D.S. о ½ дражедан 3 маҳал кунига

РЕВМАТОЛОГИЯ, НЕФРОЛОГИЯ.

Яллиғланишга қарши препаратлар:

Кортикостероид гормонлар:

Prednisolonum (Urbason) таб. 0.005, амп. 1мл-30мг.
 Rp.: Tab. Prednisoloni 0.005 №30
 D.S. Кунига 4таб.дан (2 та 8⁰⁰,1та10⁰⁰,1та 12⁰⁰), кейинчалик камайтиради.

Kenalog-40 амп. 1мл-40мг.
 Rp.: Sol. Kenalog-40 4%-1мл.
 D.t.d. №5 in amp.
 S. м/о 1амп. эрталаб.

Hydrokortison фл. 5мл-12.5%
 Rp.: Sol. Hydrokortisoni 12.5%-5мл.
 D.t.d. №5 in amp.
 S. 5мл дан бўғим ичига кунига 1 марта.

**Ностероид яллиғланишга қарши препаратлар.
 Ностероид яллиғланишга қарши препаратларнинг таснифи.**

Карбон кислоталари				Энолин кислоталар		Коксибла р	Химияви й бирикма хосилалар и
Салицил кислота хосилала ри	Сирка кислотас и хосилала	Пропио- нон кислота хосилала	Никотин кислота хосилала ри	Пира- золонлар	Оксикамб лар		

	ри	ри					
Ацетил-салициловая кислота Салициламид	Ацеклофенак Диклофенак Индометацин Кетороллак	Ибупрофен Флурбипрофен Напроксен Кетопрофен	Нифлумовая кислота	Метамизол натрия Фенилбутазон	Лорноксикам Приоксикам теноксикам Мелоксикам	Целекоксиб Рофекоксиб	Набуметон Нимесулид

Носелектив ингибиторлар ЦОГ	Селектив ингибиторлар ЦОГ 1	Селектив ингибиторлар ЦОГ 2
Кўп НЯҚП	Ацетил салицил кислотаси кичик дозада	Целекоксиб, рофекоксиб, мелоксикам, нимесулид

Acidum acetylsalicylicum таб. 0.5,0.25

Rp.: Tab. Acidum acetylsalicylici 0.5 №10

D.S. ¼ таб. дан кечкурун

Indomethacin таб. қобикли 0.025, др., капс. 0.025

Rp.: Tab. Indomethacini 0.025 №30

D.S. 1таб. 3 маҳал овқатдан кейин, сут билан ичилади.

Voltaren таб. қобикли 0.025, 0.05, 0.075, рект. шам, 0.025, 0.05, 0.1 амп. 2.5%-3мл

Rp.: Tab. Voltareni 0.05 №10

D.S. по 1таб. 3 маҳал қабул қилиш, овқатдан сўнг.

Ibuprofenum (Brufenum) таб. 0.2

Rp.: Tab. Ibuprofenum 0.2 №10

D.S. по 1таб. 3 маҳал қабул қилиш, овқатдан сўнг.

Naproxen таб. 0.25, 0.5

Rp.: Naproxeni 0.5 № 10

D.S. по 1таб. 3 маҳал қабул қилиш, овқатдан сўнг.

Movalis таб. 7.5мг, 15мг, рект.шам, 15мг

Rp.: Suppos. Rektale cum Movale 0.015

D.t.d. №10

S. 1 та шамдан тунда.

Piroxicam капс. 0.01, 0.02

Rp.: Caps. Piroxicami 0.01

D.t.d. №10

S. по 1капс. 2 маҳал қабул қилиш, овқатдан сўнг.

В. Олтин препарати:

Rp.: Susp. **Crisanolini** 5%-2мл

D.t.d. №8

S. 2млдан м/о ҳар 2 ҳафтада, 3-4 ой мобайнида.

Г. Аминохинолин ҳосилалари:

Placvenilum таб. 0.2

Rp.: Tab. Placvenili 0.2 №50

D.S. Кунига 1таб.дан .

Rp.: **Delagili** 0.25 №50

D.S. Кунига 1таб.дан.

Антибиотиклар таснифи:

I. Пенициллинлар.

1. Табиий пенициллинлар:

1.1. парентерал: бензилпенициллиннинг натрийли тузи, бензилпенициллиннинг калийли тузи, бензатин бензилпенициллин (экстенциллин), бициллин –3, бициллин –5.

1.2. перорал: феноксиметилпенициллин.

2. Яримсинтетик:

2.1. метициллин, оксациллин.

2.2. аминопенициллинлар: ампициллин, амоксициллин.

2.3. карбоксипенициллинлар: карбенициллин, тикарциллин.

2.4. уреидопенициллинлар: азлоциллин, мезлоциллин, пиперациллин.

II. Цефалоспоринлар (ЦФ).

1. ЦФ биринчи катори (авлоди):

1.1. Парентерал: цефалотин (кефлин), цефазолин (кефзол), тотациф, цефамезин.

1.2. Орал: цефалексин (сукцил), цефрадроксил.

2. ЦФ иккинчи катори (авлоди):

2.1. Парентерал: цефуроским натрий (зинацеф, кетоцеф), цефамандол (мандол), цефокситин.

2.2. Перорал: цефуроским аксетил (зиннат), цефаклор (цеклор).

3. ЦФ учинчи катори (авлоди):

3.1. цефатаксим (клафоран, лифоран, тарцефоксим), цефтриаксон (лендацин, лонгацеф, роцефин, лифаксон), цефодизим (модивид), цефтазидин (фортум, тазицеф, цефтидин).

3.2. Перорал: цефиксим (цефспан), цефпадоксим (орелокс).

4. ЦФ туртинчи катори (авлоди):

4.1. Парентерал: цефпирам, цефипим.

III. Аминогликозидлар:

Стрептомицин 1-катори (авлоди) - гентамицин. 2-катори (авлоди) - амикацин, нетилмицин (нетромицин). 3-катори (авлоди) - тобрамицин.

IV. Амфениколлар:

Хлорамфеникол (левомецетин).

V. Ансамицинлар: рифампицин.

VI. Гликопептидлар: ванкомицин, капуреомин, тейкопланин.

VII. Карбапенемалар: меропенем, имипенем.

VIII. Линкозамидлар: клиндамицин, линкомицин.

IX. Макролидлар ва азалидлар: эритромицин, азитромицин (сумамед), кларитромицин (кларитромицин), рокситромицин (рулид), мидекамицин (макропен), спирамицин (ровамицин).

X. Тетрациклинлар: доксациклин, метациклин.

XI. Хинолонлар: ципрофлоксацин (ципринол, ципробай, ципролет), офлоксацин (таривид), пефлоксацин (абактал), норфлоксацин (нолицин), максаквин.

XII. Монобактамлар: азтреонам.

XIII. Бетта лактамаза ингибиторлари: сульбактам, клавулолон кислотаси, амоксиклав, аугментин.

Benzylpenicillinum флакда куруқ масса. 500 000 Б., 1 000 000 Б.

Rp.: Benzylpenicillini 1 000 000 Б

D.t.d. №28

S. M/o 1 000 000 Б. ҳар 6 с.да, 0.5% ли новокаинда эритиб.

Ampicillinum капс. 0.2; 0.25.

Rp.: Caps. Ampicillini 0.5

D.t.d. №20

S. 1 капс.дан 4 маҳал қабул қилиш.

Rp.: Caps. **Ampiox**i №20

D.S. 2 капс.дан. 3 маҳал қабул қилиш.

Amoxiclav таб. №15, флаконда куруқ масса, иньек. учун 100 мл (в/и том.).

Rp.: Tab. Amoxiclavi №15

D.S. 1 таб.дан 3 маҳал қабул қилиш.

Cefzol флаконада куруқ масса 0.5, 1.0 (в 10 мл)

Rp.: Cefzoli 1.0

D.t.d. №. 10

S. флаконнинг ичидагини 10 мл 0.9% NaCl да эритиб, м/о 2 маҳал юбориш.

Claforan 1.0 флаконда куруқ масса ҳолида

Rp.: Claforani 1.0

D.t.d. №.10

S. флаконни ичидаги 4 мл 0.9% NaCl да эритиб, м/о 2 маҳал юбориш.

Abactal таб. 0.4, амп. 8% - 5мл

Rp.: Sol. Abactali 8%-5мл

D.t.d. №.10 in amp.

S. амп.дагини. 250 мл 5% ли глюкозада эритиб, в/ига томчи шаклда,

2 марта кунига.

Tarivid таб. қобикли 0.2, 0.2%- эритма 100мг

Рр.: Tab. Tarividi 0.2 №.20

D.S. 2 таб.дан эрталаб

Gentamycin амп. 1%, 2%, 4%, 6%-2 мл; 1мл; фл. 4%-15.0, кўз томчилари. 0.3 %-10мл.

Рр.: Sol. Gentamycini

D.t.d. №.30 in amp.

S. 2 мл дан в/и га кунига 3 марта юбориш.

Levomycetinum таб. қобикли капс. 0.25, 0.5, 0.65

Рр.: Tab. Levomycetini 0.25 №.20

D.S. 2таб.дан 4 марта қабул қилиш.

Рр.: Sol. **Сanamycini** 5%-10мл

D.t.d. №.10 in amp.

S. 10 мл дан в/и кунига 2 марта юбориш.

Metacyclini hydrochloridum капс. 0,3

Рр.: Caps. Metacyclini hydrochloride 0,3 №.30

D.S. 1 капс.дан 3 маҳал қабул қилиш.

Doxycycline капс. 0.05, 0.1, 0.2, флаконда қуруқ масса 0.1 0.2 (инъек. учун)

Рр.: Caps. Doxycyclini 0,1 №.20

D.S. 1 капсдан. 2 маҳал қабул қилиш.

Erythromycinum таб. қобикли 0.25, 0.5, 0.05, 0.1, 0.2

Рр.: Tab. Erythromycini 0.5 №.20

D.S. 1 таб.дан. 2 маҳал қабул қилиш.

Riphampicin (Rimactane) капс. 0.15, 0.3

Рр.: Caps. Rimactani 0,3 №.30

D.S. 1 капс.дан 3 маҳал қабул қилиш.

Lincocin (Lincomycinum) капс. 0.5, фл. 30%-2 мл

Рр.: Sol. Lincocini 30%-2 мл

D.t.d. №.30

S. 2 мл дан м/о га кунига 3 марта.

Nystatinum таб. қобикли 250 000 Б, 500 000 Б, вагинал шамлар 250 000 Б, 500 000 Б, суртма 15.0 г. 1 гр.да 50 000, 350 000, 100 000 Б.

Рр.: Tab. Nystatini 500 000 ED №.30

D.S. 1 таб.дан 2 маҳал қабул қилиш.

Trichopol таб. 0.25

Rp.: Tab. Trichopoli 0.25 №.30

D.S. 1 таб.дан 3 маҳал қабул қилиш.

Сульфаниламидлар

Sulfadimetoxinum таб. 0.2, 0.5

Rp.: Tab. Sulfadimetoxinumi 0.2 №.20

D.S. 1 таб.дан 2 маҳал қабул қилиш.

Biseptol -480 таб. № 20; амп. 5 мл

Rp.: Sol. Biseptoli -480 -5 ml

D.t.d. №.20 in amp.

S. 10 мл дан в/и кунига 2 марта юбориш.

Уросептиклар.

Nitroxolinum (5-NOK)

Rp.: Tab. Nitroxolini 0.05№.20

D.S. 2 таб.дан 2 маҳал қабул қилиш.

Nevigramon капс. 0.5

Rp.: Caps. Nevigramoni 0,5 №.20

D.S. 1 капс.дан 2 маҳал қабул қилиш

ПУЛЬМОНОЛОГИЯ.

Бронхолитиклар, В2-адреномиметиклар:

Salbutamol таб. 0.002, 0.004, 400 доз

Rp.: Tab. Salbutamoli 0.004 №.20

D.S. 1 таб.дан 2 маҳал қабул қилиш

Berotec 200 доз, порошок, капс. ингал.учун №.50

Rp.: «Berotec» 200 доз

D.S. дозаланган аэрозоль, 1-2 марта нафас олиш учун,
2-3 маҳал қабул қилиш.

Фосфодиэстераза ингибиторлари:

Euphyllinum таб. қобиқли 0.015, 0.24, 0.025, амп. 2.4%-10 мл, 24%-1 мл

Rp.: Tab. Euphyllini 0.024 №.30

D.S. 1 таб.дан эрталаб ва кечқурун, овқатдан кейин.

Teofillinum капс. 0.2, 0.35, 0.5

Rp.: Caps. Teofilini 0.5

D.t.d. №.40

S. 1 капсдан. 2 маҳал қабул қилиш, овқатдан кейин.

Teophedrinum таб №.10

Rp.: Tab. Teophedrini №10

S. 1 таб.дан 2 маҳал қабул қилиш, овқатдан кейин.

М-холинорецептор блокаторлари:

Atrovent 300 доз (15 мл), порошок, ингал.учун капс. №100

Рр.: «Атровент» – 15 мл

D.S. дозаланган аэрозоль, 1-2 марта нафас олиш учун
3-4 маҳал қабул қилиш.

Қўшма препаратлар:

Berodual 300 доз, ингал учун эритма. 20 мл

Рр.: Berodual – 300 доз

D.S.. 1-2 марта нафас олиш учун, 3-4 маҳал қабул қилиш.

Broncholytin сироп 125 мл

Рр.: Siropi Broncholytini – 125 мл

D.S. 1 ош қошиқдан кунига 3-4 марта.

Solutanum ичиш учун томчи 50 мл

Рр.: Sol. Solutani -50 мл

D.S. 10-30 том.дан. кунига 2-4 марта, овқатдан сўнг.

Муколитик ва балғам кўчирувчилар:

Bromhexinum таб. 0.004, 0.008, 0.016, сироп 100 мл, драже 0.004, 0.012

Рр.: Tab. Bromhexini 0.008 №.20

D.S. 1 таб.дан. 3 маҳал қабул қилиш, овқатдан сўнг.

Рр.: Tab. **Ambrosani** 0.03 №.20

D.S. 1 таб.дан. 3 маҳал қабул қилиш, овқатдан сўнг

Йўталга қарши препаратлар:

Tusuprex таб. қобикли 0.01, 0.02

Рр.: Tab. Tusuprexi 0.02 №.20

D.S.1 таб.дан. 3 маҳал қабул қилиш, овқатдан сўнг

Рр.: Tab. **Libexini** 0.1 20

D.S. 1 таб.дан. 3 маҳал қабул қилиш, овқатдан сўнг

ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ.

H2-рецептор блокаторлари.

Ranitidin таб. 0.15, 0.3, амп. 2.5%-2мл

Рр.: Tab. Ranitidini 0.15 №.50

D.S 1 таб.дан 2 маҳал қабул қилиш (4-8 ҳафта мобайнида).

Famotidin (Ulfamed, Famosan) таб. 0.02, 0.04

Рр.; Tab. Famotidini 0.02 №.50

D.S. 1 таб.дан 2 маҳал қабул қилиш (4-8 ҳафта мобайнида)

М-холинорецептор блокаторлари.

Gastrozepin таб. 0.025, 0.05, амп. 50 мг инъекция учун, курук масса ҳолида

Rp.: Tab. Gastrozepini 0.05 №.50

D.S. 1 таб.дан 2 маҳал қабул қилиш.

Atropini sulfas таб. 0.0005, амп. и шприц-тюбик 0.1%-1 мл, кўз суртмаси 1%,ли

Rp.: Sol. Atropini sulfatis 0.1%-1 мл

D.t.d. 10 in amp.

S. 1 мл дан т/о га кунига 2 марта.

«**Almagel**» сусп. 170 мл ва 200 мл

Rp.: Susp. «Almagel» 170 мл

D.S. 2 қошиқдан овқатдан 30 минут олдин ва уйқудан олдин.

Maalox таб. № 40, сусп. 250 мл, сусп. 15 мл пакетда №.30

Rp.: Tab. Maaloxi №.40

D.S. 1 таб.дан 1-1.5 соат овқатланишдан олдин, чайнаш.

De-Nol таб. 0.12

Rp.: Tab. «De-Nol» 0.12 №.50

D.S. 1таб.дан овқатдан 30 минут олдин ва уйқудан олдин, 4-6 ҳафта мобайнида.

Фермент препаратлари:

Mesim forte (Pancreatin) таб. қобиқли № 20

Rp.: Tab. «Mesim forte» in idb. №.20

D.S. 2 таб.дан овқатланишдан олдин.

.Festal драже ,қобиқли №.20

Rp.: Dr. «Festal» №.20

D.S. 1 дражедан овқатланиш пайти ёки овқатдан сўнг.

Panzinorm forte драже, қобиқли №.30

Rp.: Dr. «Panzinorm forte» №.30

D.S. 1 дражедан 3 маҳал қабул қилиш овқатланиш пайти, бутунлайига сув билан ютиб юбориш.

Допамин блокаторлари:

Cerucal таб. 0.01, амп. 0.5%-2 мл

Rp.: Tab. Cerucali 0.01 №.30

D.S. 1 таб.дан 3-4 маҳал қабул қилиш.

Ичакларга таъсир этувчи препаратлар:

Bisacodylum таб. қобиқли, драже 0.005, рект.шам 0.01

Rp.: Tab. Bisacodyli 0.005 №.10

D.S. 2 таб.дан тунда.

Linex капс. №16

Rp.: Caps. «Linex» №.16

D.S. 2 капс.дан кунига 3 маҳал қабул қилиш.

Imodium капс. 0.002, ичиш учун 0.02%-100мл ли эритма

Rp.: Caps. Imodii 0.002 №.20

D.S. 2 капс.дан кунига, сўнгра ошириб борилади.

Intetrix капс. №.20

Rp.: Caps. «Intetrix» №.20

D.S. 2 капс.дан 2 маҳал қабул қилиш.

Sulfasalasin таб. 0.5 №..50

Rp.: Tab. Sulfasalasini 0.5 №.50

D.S. 3-4 таб.дан 4 маҳал қабул қилиш (бошланғич дозаси 1 таб. 1маҳал.

Ўт ҳайдовчи препаратлар:

Allocholium таб. қобикли №.24, 50

Rp.: Tab. Allocholium №.50

D.S. 2 таб.дан.1-3 марта овқатдан сўнг, 2-3 ой мобайнида.

Cholenzymum таб. қобикли №50

Rp.: Tab. Cholenzymi №.50

D.S. 1 табдан. 3 марта овқатдан сўнг.

Гепатопротекторлар:

Essentiale капс. № 50; амп. 5 мл №.5

Rp.: Sol. Essentiale 5 мл

D.t.d. №.5 in amp.

S. 2 ампула ичидагини қон билан аралаштириб, в/ига аста-секин.

Carsil капс. 0.07; драже 0.035; сироп 100 мл -1%

Rp.: Caps. Carsili 0.07 №.80

D.S. 1 капс.дан 3 марта, 3 ой мобайнида.

Liv-52 таб. № 100; ичишга томчи шаклда 60, 120 мл

Rp.: Tab. «Liv-52» №.100

D.S. 2-3 таб.дан 3-4 маҳал қабул қилиш.

H+-K+-ATФ-азалар ингибиторлари:

Omeprazol (Omez, Omezol) капс. 0.02

Rp.: Caps. Omezoli 0.02 №.30

D.S. 1 капс.дан кунига, 2-4 ҳафта мобайнида.

Моддалар алмашинувини коррекциялаш.

Антисклеротик препаратлар:

Lovastatin (Mevacor) таб. 0.01, 0.02, 0.04

Rp.: Tab. Lovastatini 0,02 №30

D.S. 1 таб.дан кечкурун, овқатдан сўнг, узоқ вақт мобайнида.

Simvastatin (Zocor) таб. 0.005, 0.01, 0.02

Rp.: Tab. Simvastatini 0.005 №.20

D.S. 2 таб.. дан кечкурун, овқатдан сўнг

Allopurinolum таб. 0.1

Rp.: Tab. Allopurinoli 0.1 №.50

D.S. 2 таб. дан кечкурун, овқатдан сўнг, узоқ вақт мобайнида.

Rumalon амп. 1;2 мл №.25

Rp.: Sol. Rumaloni 2 мл

D.t.d. №.25 in amp.

S. 2 мл дан м/о ҳафтада 2 марта, даволаш курси 25 та инъекция.

Retabolil 5%-1 мл ли ёғли эритма амп.да;

Rp.: Sol. Retabolili 5%-1 мл

D.t.d. №.5

S. тана ҳароратигача иситиб, м/о га ҳафтасига 1 марта.

Cocarboxilasa инъекция учун куруқ масса ҳолида, амп.да 3 мл, эритиш учун эритма 50 мг/амп.да.

Rp.: Cocarboxilasae 0,05

D.t.d. №10 in amp.

S. Эритувчи билан эритиб, в/ига аста-секин юборилади.

Kalli orotat таб. 0,1; 0,5

Rp.: Tab. Kalli orotatis 0,1 №.10

D.S. ½ таб.дан 1таб.дан овқатдан 30 минут олдин.

(Natrii adenosintriphoshas) амп. 1%-1 мл

Rp.: Sol. Natrii adenosintriphoshatis 1%-1мл

D.t.d. 10 in amp.

S. в/ига аста-секин 10 мл 5% глюкоза эритмасида.

Actovegin драже №50; амп. 2 мл №25; амп. 5 и 10 мл №5; фл. 10%-250 мл, гель 20%-20 грамм, суртма 5%-20.0, кўз томчиси- 20%-5.0

Rp.: Ung. Actovegini 5% -20.0

D.S.Куйган соҳага юпқа қават шаклида.

Lidasum амп.да куруқ масса ҳолида 5 мл 64 Б №.10

Rp.: Lidasi 64 ED №.10

D.S. 5 мл 0.9% NaCl эритмасида эритилиб, юборилади

Magnii cutras (Magnesol) таб. 0.15

Rp.: Tab. Magnesoli 0.15 №.20

D.S. 2 таб.дан 3 марта овқатдан сўнг.

ВИТАМИНЛАР:

Piridoxini hydrochloridum (B6) таб. 0.002, 0.01, амп. 1%-1 мл 5%-1мл

Rp.: Sol. Piridoxini hydrochloridum 5% -1 мл

D.t.d. 10 in amp.

S. 1 мл.дан м/ога кун ора.

Riboflavin таб. 0.002, 0.005, 0.01

Rp.: Tab. Riboflavini 0.002 №.30

D.S. 1 таб.дан 2 маҳал қабул қилиш.

Thiamini chloridum (B1) амп. 5%-1 мл

Rp.: Sol. Thiamini chloride 5%-1 мл

D.t.d. №.10 in amp.

S. 1 мл.дан м/ога кун ора.

Acidum folicum таб. 0.001

Rp.: Tab. Acidum folici 0.001 №.50

D.S. 1 таб.дан кунига, 3-4 ҳафта мобайнида.

Суанособаламинум амп. 0.01%, 0.02%, 0.05%-1 мл

Rp.: Sol. Суанособаламини 0.01%-1 мл

D.t.d. №.10 in amp.

S. 1 амп.дагини м/о га юбориш ёки параневрал қамал учун қўллаш.
(новокаианда эритиб).

Acidum ascorbinicum (C) драже ва таб. 0.05, 0.025, 2.5 амп.10% 5%-1; 2 мл

Rp.: Sol. Acidum ascorbinici 5%-2 мл

D.t.d №.10 in amp.

S. 1 амп. ни в/ига , 40% ли 10 мл глюкоза эритмасида юбориш.

Retinoli acetat (A) капс. 3300; 5000; 33000 ХБ №.25 амп.1 мл ёғли эритмаси 25000; 50000; 100000 ХБ

Rp.: Caps. Retinoli acetates 5000 ME №.25

D.S. Кунига 1 капс. дан.

Acidum nicotinicum (PP) таб. 0.05, амп. 1%-1 мл

Rp.: Tab. Acidum nicotinicici 0.05 №.20

D.S. 1 таб.дан 3 маҳал қабул қилиш.

ГЕМОСТАЗГА ТАЪСИР ЭТУВЧИ ПРЕПАРАТЛАР:

Vicasolum таб. 0.015, амп. 1%-1 мл

Rp.: Sol. Vicasoli 1%-1 мл

D.t.d. №.10 in amp.

S. 1-2 амп.дан 2-3 маҳал м/ога қабул қилиш.

Gordox амп.10 100000 Б

Rp.: Sol. Gordoxi 10ml №.25

D.t.d. №.25 in amp.

S. томчи шаклда 50.000 Б дан.

Acidum aminocapronicum 5 -100 ml.

Rp.: Sol. Acidum aminocapronici 5-100 ml.

D.t.d. №.1

S. 100 мл в/ига томчи шаклда.

Heparin фл. 5 мл (5000 Б 1 млда)

Rp.: Heparini 5ml (5000 Б)

D.t.d. №.5

S. 10.000 Б (2мл) т/о, киндик атрофига суткасига 4 марта.

Syncumar таб. 0.002

Rp.: Tab. Syncumari 0.002 №.50

D.S. 2 таб.дан1 маҳал қабул қилиш, ПТИ назоратида

Streptokinas флаконда куруқ масса 250.000; 750.000; 1.500.000 Б

Rp.: Streptokinasae 1.500.000 Б

D.t.d. №.1

S. 100 мл 0.9% NaCl, эритмасида эритиб, в/и га томчи шаклда,
30-60 минут мобайнида юбориш.

Actilise флаконда куруқ масса + эритма (0.02 + 50 мл)

Rp.: Actilise 0.02

D.S. в/и га болус ҳолида 10мг 1-2 мин. мобайнида, сўнгра 0.02% ли
дистилланган сувда эритиб, қолганини 60 мин.мобайнида юбориш.

Curantyl драже ва таб.қобиқли 0.025, 0.075

Rp.: Dr. Curantyl 0.075

D.t.d. №.30

S. 1таб.дан 3 маҳал қабул қилиш.

АЛЛЕРГОЛОГИЯ.

H-1 - гистамин рецептор блокаторлари.

Dimedrolum птаб. 0.02, 0.05, амп. 1%-1 мл

Rp.: Sol. Dimedroli 1%-1ml

D.t.d. №.10 in amp.

S. 2 мл .дан тунда м/ога.

Tavegil таб. 0.001, амп. 0.1%-2 мл

Rp.: Tab. Tavegili 0.001 №.30

D.S. 1 таб.дан 2 маҳал қабул қилиш, овқатдан сўнг.

Suprastin таб. 0.025, амп. 2%-1 мл

Rp.: Sol. Suprastini 2%-1 ml

D.t.d. №.10 in amp.

S. 2 мл .дан тунда м/ога.

Intal доз. Аэрозоль 200 доз, 112 доз, порошок , капсулада ингаляция учун №.30,
№.48, амп. 2 мл.

Rp.: Intali 200 доз.

D.S 1-2 нафас олинади, кунига 4 марта.

ИММУНОМОДУЛЯТОРЛАР:.

Interferonum leucociticum humanum siccum ампада қуруқ масс ҳолида. 1000 ХБ.

Rp.: Interferonum leucociticum humanum sicci 100 ХБ

D.t.d. №.10 in amp.

S. инъекция учун сувда эритиш. бурунга 2-3 томчидан ҳар 6 соатда.

БЕМОРЛАРНИ ЛАБОРАТОР-ИНСТРУМЕНТАЛ ТЕКШИРИШ РЕЖАСИ:

1. КАРДИОЛОГИК БЕМОРЛАРНИ ЛАБОРАТОР-ИНСТРУМЕНТАЛ ТЕКШИРИШ РЕЖАСИ:

I. Анамнез йиғиш: вите, морби (оилавий ва аллергик).

II. Клиник кўрик: юрак сохаси пальпацияси, биллак, уйқу, сон, тизза ости, хамда оёқ панжаси артерияларида пульсацияни аниқлаш.

Юрак аускультацияси (эшитиш нуқталари ва шовқинларни иррадиация худудлари).

Томирлар аускултацияси (уйқу, аорта ва буйрак сон артерияларида). Кўл ва оёқларда пульс ва қон босимини ўлчаш. Кўз тубини кўрикдан ўтказиш (АГда).

Неврологик статусни баҳолаш (АГда).

A. Юрак ишемик касаллиги ва кардиомиопатияли беморларни текшириш:

I. Умумклиник:

1. Клиник кўрик: юрак сохаси пальпацияси, биллак, уйқу, сон, тизза ости, хамда оёқ панжаси артерияларида пульсацияни аниқлаш

2. Юрак чегараларини аниқлаш, аускультация.

3. Кўллар ва оёқларда АБ ни ўлчаш.

4. Қоннинг умумий таҳлили. Сийдикнинг умумий таҳлили.

5. Яллиғланишни кўрсатувчи ўткир синамалар.

II. Қонни биохимик текшириш:

1. Ферментдиагностика: креатинфосфокиназа (КФК) МВ фракцияси; лактатдегидрогеназа (ЛДГ), фракции ЛДГ I и ЛДГ II; АСТ; миоглобин; тропонин I ва T; АЛТ (ҚАЕ).

2. Қондаги қанд миқдорини аниқлаш

3. Коагулограмма, ҚИВ, тромбоцитларнинг агрегациясини текшириш. Қондаги липидларнинг спектрини текшириш (умумий холестерин, ЮЗЛП, ПЗЛП, триглицеридлар

4. Қондаги липидларнинг спектрини текшириш (умумий холестерин, ЛПВП, ЛПНП, триглицеридлар

5. Билирубин ва умумий **оксилни аниқлаш (ҚАЕ да).**

III. Инструментал текширишлар:

1. Юрак ва ўпкани рентгенологик текшириш (графия, скопия).

2. Электрокардиография (ЭКГ).

3. Эхокардиография (ЭхоКГ) ва доплерли ЭхоКГ.

IV. Махсус текшириш усуллари:

1. Юрак ритмини мониторинг кузатиш- Холтерли мониторинг кузатиш

2. Физик юклаган тестларни ўтказиш: велоэргометрия, тредмил, қизилўнғач орқали кардиостимуляция

3. Миокард сцинтиграфияси (Тl, Тх).

4. Коронаграфия.

5. Фармокологик тестларни ўтказиш (дипиридомолли, добутаминли, нитроглицерин синамаси, калий билан ва БАБ).

6. КТ ва ЯМР билан кўкрак қафасини текшириш

7. Аортаграфия (аневризмада ва аорта коарктациясида), уйқу, буйрак ва сон артерияларини рентген контраст модда орқали текшириш.

8. Миокард биопсияси (ДКМП).

Б. Артериал гипертонияли беморни текшириш:

I. Умумклиник:

1. Клиник кўрик: юрак сохаси пальпацияси, биллак, уйқу, сон, тизза ости, хамда оёқ панжаси артерияларида пульсацияни аниқлаш.

2. Юрак чегараларини аниқлаш, аускультация.

3. Қўллар ва оёқларда АБ ни ўлчаш

4. Қоннинг умумий таҳлили. Сийдикнинг умумий таҳлили

5. Нечипоренко, Зимницкий синамалари.

6. Кўз тубини текшириш.

7. Неврологик статусни баҳолаш.

8. Диурезнинг назорати.

II. Қонни биохимик текшириш:

1. Қондаги қанд миқдори..

2. Коагулограмма, ҚИВ, тромбоцитлар агрегацияси.

3. Қондаги липидларнинг спектрини текшириш (умумий холестерин, ЮЗЛП, ПЗЛП, триглицеридлар.

4. Қондаги мочевина ва креатининни аниқлаш.

5. Қондаги катехоламинлар, ренинни, кортизолни, 17 ОКС ни сийдикда, альдостеронни аниқлаш.

III. Инструментал текшириш усуллари:

1. Юрак ва ўпкани рентгенологик текшириш (графия, скопия)
2. ЭКГ в 12 стандарт уланишларда.
3. ЭхоКГ, доплерли ЭхоКГ.
4. Аорта ва буйрак артериялари УТТ.
5. Буйраклар УТТ.
6. Абни суткалик мониторинг
7. Фармокологик тестларни ўтказиш (капотенли буйрак артериялари икки томонлама стенозига шубҳа қилинганда).

IV. Махсус текшириш усуллари:

1. Сийдикнинг ишқорий муҳитини аниқлаш (бирламчи альдостеронизмда).
2. Қон ва сийдикда адреналин, норадреналин, вининилбодом кислотасини (феохромоцитомага шубҳа қилинганда).
3. Сийдикда кортизол, 17 ОКС (Иценг – Кушинг синдроми), альдостеронни аниқлаш.
4. Буйрак усти КТ текшируви.
5. Ангиография (аневризма ва аорта коарктациясида), буйраклар ва буйрак усти томирларини текшириш.
6. Экскретор урография.
7. Радиоизотоп ренография.

V. Ревматизмли, миокардитли, юрак нуқсонли, инфекцион эндокардитли беморларни текшириш:

I. Умумклиник:

1. Клиник кўрик: юрак соҳаси пальпацияси, биллак, уйку, сон, тизза ости, хамда оёқ панжаси артерияларида пульсацияни аниқлаш.
2. Юрак чегараларини аниқлаш, аускультация.
3. Қоннинг умумий таҳлили. Сийдикнинг умумий таҳлили.
4. 3 соатли термометрия (ўткир миокардит ва инфекцион эндокардитда).

II. Қонни биохимик текшириш .

1. Коагулограмма, ҚИВ, тромбоцитлар агрегацияси.
2. Қондаги мочевина ва креатининни аниқлаш
3. Билирубин ва умумий оқсилни аниқлаш.
4. Яллиғланишни кўрсатувчи ўткир синамалар.

III. Инструментал текшириш усуллари:

1. Юрак ва ўпкани рентгенологик текшириш (графия, скопия)
2. ЭКГ в 12 стандарт уланишларда.
3. ЭхоКГ, доплерли ЭхоКГ.

IV. Махсус текшириш усуллари:

1. Қонни бактериал экиш: икки мартали 12 соатлик интервал билан ёки 4 марталик интервал билан 1 ва охиригина синама оралиғи 1 соат (инфекцион эндокардитда).
2. Вентрикулография юрак бўшлиқларини зондлаш орқали (юрак нуқсониди).
3. Ревмо синамалар (ревматизм, ўткир миокардит РО (РА да), LE- хужайра (СКЮ да).
4. Ферментдиагностика (АЛТ, АСТ, миоглобин, тропонин (миокардитда).
5. КТ ва ЯМР билан кўкрак қафасини текшириш
6. Миокард биопсияси (миокардитда).

ПУЛЬМОНОЛОГИК БЕМОРЛАРНИ ЛАБОРАТОР-ИНСТРУМЕНТАЛ ТЕКШИРИШ РЕЖАСИ:

I. Умумклиник:

1. Умумий қон таҳлили (УҚТ), умумий сийдик таҳлили (УСТ).
2. Умумий балғам таҳлили (БК га ҳам текшириш).
3. Балғамни экиш ва антибиотикларга сезгирликни аниқлаш.
4. Қоннинг биохимик таҳлили (ҚБТ): қоннинг кислота-ишқор мувозанатини, артериал қондаги (pO_2 , pCO_2); қондаги ферментлар (АСТ, АЛТ); яллиғланишни кўрсатувчи ўткир синамалар.
5. Ташқи нафас функциясини текшириш: спирография, пикфлоуметрия.

II. Инструментал текшириш:

1. Кўкрак қафаси рентгенологик текшируви (графия,- скопия, флюорография, томография, бронхография).
2. Компьютерли томография.
3. Плеврал пункция + плеврал суюқликни текшириш.
4. Фибробронхоскопия + ўпканинг трахеобронхиал биопсияси.
5. Бронхография

ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИК БЕМОРЛАРНИ ЛАБОРАТОР-ИНСТРУМЕНТАЛ ТЕКШИРИШ РЕЖАСИ:

I. Умумклиник:

1. Умумий қон таҳлили (УҚТ), умумий сийдик таҳлили (УСТ) .
2. Умумий ахлат таҳлили + яширин қон кетишни аниқлаш.
3. Меъда ширасини текшириш.
4. Дуоденал зондлаш.

II. Биохимик текширув:

1. Қондаги АСТ, АЛТ, ишқорий фосфатаза (ИФ), билирубин ва унинг фракциялари, холестерин, тимол синамаси, диастазани аниқлаш.
2. Қондаги қанд миқдорини аниқлаш.
3. Протромбин индекси, коагулограмма.
4. Электролитлар, мочевина, аммиак, қон зардобдаги темир миқдорини аниқлаш.
5. Умумий оксил ва унинг фракцияларини аниқлаш.
6. В,С виусли гепатитнинг маркерларини аниқлаш.

III. Бактериологик текширув:

1. Ахлатни патоген ичак флорасига текшириш.
2. Ахлатни дисбактериозга текшириш.
3. Ўт суюқлигини экиш.

IV. Инструментал текшириш усуллари:

1. Ошқозон-ичак тракти йўллари рентгеноскопияси ва рентгенографияси, ирригография.
2. Эзофагогастродуоденоскопия (ЭФГДС).
3. Колонофиброскопия, ректороманоскопия биопсия билан.
4. Жигар, ўт пуфаги, ошқозон ости беши, талоқ ультратовуш текшируви (УТТ)
5. Қорин бўшлиғи органлари компьютер томографик текшируви.

НЕФРОЛОГИК БЕМОЛЛАРНИ ЛАБОРАТОР-ИНСТРУМЕНТАЛ ТЕКШИРИШ РЕЖАСИ:

I. Умумклиник:

1. Умумий қон таҳлили (УҚТ), умумий сийдик таҳлили (УСТ).
2. Нечипоренко синамаси.
3. Зимницкий синамаси.
4. Реберг синамаси.
5. Қонни биохимик текшириш : мочевина, креатинин, холестерин, β -липопротеидлар, сийдик кислотаси, (қон ва сийдикда).
6. Коагулограмма.
7. Қоннинг кислота-ишқор мувозанати (КИМ).
8. Сийдикни экиш ва антибиотикларга нисбатан сезгирликни аниқлаш (сийдик йўллари инфекциясида).

II. Инструментал текшириш усуллари:

1. Обзор ва экскретор урография.
2. Радиоизотоп ренография.
3. Буйраклар, сийдик пуфаги УТТИ.

III. Махсус текшириш усуллари:

1. Буйраклар биопсияси.
2. Ангиография (вазоренал гипертония ва буйрак ўсмаларига шубҳа қилинганда).

РЕВМАТОЛОГИК БЕМОЛЛАРНИ ЛАБОРАТОР-ИНСТРУМЕНТАЛ ТЕКШИРИШ РЕЖАСИ:

I. Умумклиник:

1. Умумий қон таҳлили (УҚТ), умумий сийдик таҳлили (УСТ)
2. Халқумдан суртма олиш ва уни антибиотикларга нисбатан сезгирлигини аниқлаш.
3. Бўғим пункцияси + синовиал суюқликни экиш.
4. Қонни биохимик текшириш (ҚБТ): умумий оқсил ва фракциялари, мочевина ва креатинин, сийдик кислотаси.
5. Яллиғланишни кўрсатувчи ўткир синамалар: қондаги С – реактив оқсил, серомукоид, фибриноген, гаптолобин, АСЛО, АСЛS.ни аниқлаш.
6. LE-хужайраси, РО (латекс тест, Валер-Роузе реакцияси), Райт-Хедельсон реакцияси (бруцеллезга), хламидияларга, иерсинийларга нисбатан титрни, (ПЦР), туберкулинли синамалар.
7. Иммун статусни, HLA – В27ни аниқлаш.

II. Инструментал текшириш усуллари:

1. Умуртқа поғонаси, бўғимлар рентгенографияси.
2. Буйраклар УТТ(кўрсатмага биноан).
3. Умуртқа поғонаси, бўғимлар компьютерли томографияси.

III. Махсус текшириш усуллари:

1. Бўғимлар синовиал қаватини гистологик текшириш.

ВАРАҚА

Госпитал терапиядан талабаларни билимини OSCE усули бўйича оралик назорати

Талабанинг Ф.И. _____ гуруҳ № _____ т\п фак.

Оралик назорат ўтказиш вақти _____ Максимал балл 100. Семестр 10

№ Стан	Жавоб	Ма к Бал л	№ Стан ц.	Жавоб	Ма к Бал л
1.	Саволга жавоб беринг:	10	6	Вазиятли масалани ечинг	10
2.	Саволга жавоб беринг:	10	7	Тест мувофиқлигини ечинг	10
3.	Саволга жавоб беринг:	10	8	ЭКГ нинг таҳлили:	10
4.	Рецепт ёзинг:	10	9	Умумклиник текширишлар натijasини тушунтиринг, асосланг:	
5.	ЭКГ нинг таҳлили:	10	10	Биохимик текширув натijasига тушунтириш беринг:	10

Оралик назоратга жавобгар шахснинг имзоси _____ Талаба имзоси _____

Ўртача балл ЖН _____ ОН (OSCE) _____

Кафедра мудири, профессор _____ АЛЯВИ А.Л.

ВАРАҚА

Госпитал терапиядан талабаларни билимини «OSCE» усули бўйича якуний назорати

Талабанинг Ф.И. _____ № гуруҳ _____ т\п фак.

Якуний назорат ўтказиш вақти _____ Максимал балл 100 Семестр 10

№ Станц	Жавоб	Мак Балл	№ Станц	Жавоб	Мак Балл
1.	Касалларнинг текшириш режаси:	10	6	Умумклиник анализларни таҳлил қилиш:	10
2.	Диагностик мезонларни кўрсатинг:	10	7	Биохимик анализларни таҳлил қилиш:	10
3.	Таснифини келтиринг:	10	8	Рентгенограммани таҳлил қилиш	10
4.	Вазиятли масалани ечиш:	10	9	Тест мувофиқлигини аниқланг	10
5.	ЭКГ ни таҳлил қилиш:	10	10	Рецептура	10

Якуний назоратга жавобгар шахснинг имзоси _____ Талабанинг имзоси _____

Балл (ТМ)___ Балл OSCE ___ ЯН балл йиғн. ___ ўртача бал ЯН ___

Умумий баллар йиғиндиси (ЖН, ОН, ЯН) _____ фан бўйича ўртача балл _____

Баҳо _____

Кафедра мудири, профессор _____ АЛЯВИ А.Л.