

616.1/4
И 871



**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ
СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ**

**САМАРҚАНД ДАВЛАТ
ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

**ТИЗИМЛИ ҚИЗИЛ ЮГУРИК
КАСАЛЛИГИНИНГ КЛИНИКАСИ,
ДИАГНОСТИКАСИ ВА ЗАМОНАВИЙ
ДАВОЛАШ ТАМОЙИЛЛАРИ**



Самарқанд - 2014

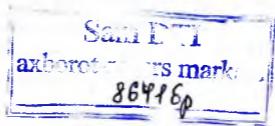
ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ
СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ

САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

1-ИЧКИ КАСАЛЛИКЛАР ВА ФТИЗИАТРИЯ
КАФЕДРАСИ

ТИЗИМЛИ ҚИЗИЛ ЮГУРИК
КАСАЛЛИГИНИНГ КЛИНИКАСИ,
ДИАГНОСТИКАСИ ВА ЗАМОНАВИЙ
ДАВОЛАШ ТАМОЙИЛЛАРИ

Магистратура резидентлари учун
ўқув-услубий кўрсатма



Самарқанд - 2014

Тузувчилар:

Исламова К.А. - Самарқанд Давлат Тиббиёт институти 1-ички касалликлар ва фтизиатрия кафедраси ассистенти

Тоиров Э.С. - Самарқанд Давлат Тиббиёт институти 1-ички касалликлар ва фтизиатрия кафедраси мудир, т.ф.д., доцент

Такризчилар:

Ярмухаммедова С.Х. - Самарқанд Давлат Тиббиёт институти 1-ички касалликлар, фтизиатрия, ички касалликлар пропедевтикаси кафедраси доценти

Шодикүлова Г.З. - Самарқанд Давлат Тиббиёт институти 3-ички касалликлар ва эндокринология кафедраси мудир, доцент

Ўқув-услубий кўрсатма 1-ички касалликлар, фтизиатрия, ички касалликлари пропедевтикаси кафедраси, терапия Тармоқ услубий Кенгаши, институт Илмий услубий Кенгаши ва институт Илмий Кенгаши йиғилишларида кўриб чиқилган ва тасдиқланган.

ТИЗИМЛИ ҚИЗИЛ ЮГУРИК КАСАЛЛИГИНИНГ КЛИНИКАСИ, ДИАГНОСТИКАСИ ВА ЗАМОНАВИЙ ДАВОЛАШ ТАМОЙИЛЛАРИ

Кириш. Системали касалликлар ҳозирги вақтга келиб кўп ўчровчи касалликлар сифатида намоён бўлмоқда. Бу касалликлар айнан репродуктив ёшдаги беморларнинг жисмоний ва маънавий азобланишига, уларнинг ҳаракати ва ўз-ўзига хизмат кўрсатиш қобилиятларини чекланишига, «ҳаёт сифат кўрсаткичлари»нинг пасайишига, кўпчилик ҳолларда ногирон бўлиб қолишларига сабаб бўлади. Системали касалликлар ичида тизимли қизил югурик учраш частотаси буйича биринчи ўринда туради.

Тизимли қизил югурик (ТҚЮ) 100 000 аҳолининг 48-250 тасини ташкил қилиб, бирламчи зарарланиш ҳар бир йил ҳисобига 1 млн аҳолига 50-70 тага ошиб бориши кўзатишмоқда. Бу ушбу касалликнинг тез кўпайиб бораётганлигини кўрсатади. ТҚЮ кўпроқ аёлларда учраши ҳарактерли бўлиб, касалликларнинг эрта асоратлари тез ривожланиши кўзатилади.

Мавзу доирасида талабаларга ТҚЮ касаллиги ҳақида тўлиқ маълумот берилган бўлиб, касалликни келтириб чиқишига сабаб бўлувчи омиллар, касалликнинг клиник кечиш вариантлари, таъхис қўйиш, қиёсий таъхис ўтказиш ва даволаш тамойиллари тўғрисида тўлиқ маълумот бериб ўтилган.

МАШҒУЛОТ УЧУН МЕТОДИК КЎРСАТМА

Тизимли қизил югурик– номаълум этиологияли систем аутоиммун касаллик бўлиб, иммун регулятор механизмларнинг генетик асосида ривожланади, бу эса ядронинг турли компонентларига ва иммун комплексларга органоспецифик бўлган кенг спектрдаги антителаларнинг (АТ) кўплаб ишланишига олиб келади, натижада тўқималар иммун яллиғланишли зарарланишга учраб ички аъзолар функцияси бузилади.

Классификацияси

ТҚЮ – клиник белгиларнинг ва касаллик кечиш турларининг ҳаддан зиёд ранг – баранглиги билан характерланади.

Кечиши буйича: 1. Ўткир 2. Ўткир ости 3. Сурункали

Активлик даражасига кўра: енгил (I), ўрта (II), юқори (III).

Зарарланишнинг клиник-морфологик турига кўра:

1. Тери (“капалак” симптоми, капиллярит, экссудатив эритема, пурпура, дискоид волчанка);
2. Бўғим (ўткир, ўткир ости ва сурункали полиартрит, ва артралгия);
3. Сероз парда (полисерозит, перигепатит, экссудатив плеврит);
4. Юрак (перикардит, эндокардит, митрал клапан етишмовчилиги);
5. Ўпка (ўткир ва сурункали пневмонит, пневмосклероз);
6. Бўйрак (Лёпус нефрит, нефротик, аралаш форма);
7. Сийдик синдроми;
8. Нерв тизими (менингоэнцефалополиневрит);

Кечиш турлари: Ўткир кечиши бўйрақлар зарарланиши ва юқори иммунологик фаоллики ўз ичига олган мультиорган белгиларнинг тез ривожланиши билан намоён бўлади. Ўртача кечишида ўткир кечишдаги каби аниқ бўлмаган вақти-вақти билан пайдо бўладиган хуружлар кўзатилади, касалликнинг I – йилида бўйрақлар зарарланади. Сурункали кечишида клиник манзарада бир ёки бир неча белгиларнинг устунлиги кўзатилади (терининг дисксимон зарарланиши, полиартрит, гематологик бузилишлар, Рейно феномени, озроқ протейнурия, эпилепсия шаклидаги тутқаноқлар ва бошқалар). ТҚЮ ва АФС нинг биргалликда келиши сурункали кечиши учун айниқса характерлидир.

КЛИНИК – ИММУНОЛОГИК ТУРЛАРИ.

Кексаларда ТҚЮ (50 ёшдан сўнг юзага келган). Ёшларда нисбатан касалликнинг бир мунча яхши кечиши кўзатилади. Клиник манзарасида конституционал белгилар, бўғимлар (асосан йирик), ўпка зарарланиши (ателектаз пневмонит, ўпка фибрози), Шёгрэн синдроми, периферик невропатия устун келади. Лаборатор текширишларда ДНК га бўлган антителалар камроқ, Ro га бўлган антителалар ёшлардаги ТҚЮ га қараганда кўпроқ учрайди.

Неонатал ТҚЮ. Онаси ТҚЮ билан огриган чакалоқларда ёки соғлом аёллар ядроли рибонуклеопротеидлар ёки Ro га антителаси қон зардобиди бўлмаган соғлом аёллар

чакалоқларида учрайди. Тугилгандан бир неча ҳафта ёки бир неча ойдан кейин клиник белгилар ривожланади. Бунга эритематоз тошма, юракнинг тулик, кўндаланг блокадаси (35%), айрим ҳолларда ТҚЮ нинг бошқа белгилари кузатилади.

Ўртача ўткир тери қизил волчанкаси тарқалган нурга сезгир тангачали папулосквამоз (псориазсимон) ёки ануляр полициклик пиллакчалар, буларда антинуклеарантитана аксарият бўлмайди, лекин юқори даражада (70 %) антителалар топилади.

Антифосфолипид синдроми (АФС) – симптомокомплекс бўлиб, веноз ёки артериал тромбозлар, акушерлик патологияси (I ва II триместрларида ҳомиладорликни кўтара олмаслик, вақтидан олдинги туғруқ) камроқ ҳолларда тромбоцитопения ва бошқа (юрак қон – томир, неврологик, тери ва ҳоказо) белгилар билан характерланиб, булар фосфолипидларга АТ ларнинг кўплаб ишланишига боғлиқ белгиларга олиб келади. ТҚЮ билан оғриган 20 – 30 % беморларда АФС ривожланиши мумкин.

Диагноз

Клиник белгилари. Клиник манзараси турли беморларда ўзгариб туриб, унинг фаоллиги билан боғлиқ. Ўз навбатида касаллик фаоллиги эса (фаолликнинг 3 даражаси фарқ қилинади) бир беморнинг ўзида вақт ўтиши билан ўзгариши мумкин.

Конституционал белгилар (ҳолсизлик, тана вазнининг камайиши, иситма, анорексия) – ТҚЮ нинг хос белгилари мавжудлиги; бу патология жараёнининг фаол эканлигини кўрсатади. Беморда фибромиалгияни эслатувчи белгилар ривожланиши мумкин.

Тери шикастланиши. Гипермия, инфильтрация, чандикли атрофия ҳамда марказида депигментация бўлган диссимон ўчоқлар, тери фолликулларининг тикилиб қолиши ва телеангиэктазиялар кузатилади. Юз, бўйин, кўкракда («декольте» соҳаси) ва йирик бўғимлар соҳасида жойлашадиган эритема. Бурун ва ёноқларда “капалак” шакли ҳосил бўлади. Фотосенсибилизация – терининг қуёш нурига сезгирлиги ортиши. Ўртача ўткир тери қизил волчанкаси – юз, кўкрак, бўйин, қўл ва оёқларда телеангиэктазия ва гиперпигментацияли ануляр полициклик ўчоқларнинг тарқалганлиги. Соч тукилиши (алопеция) кенг авж олиб кетган ёки ўчоқли бўлиши мумкин. Панникулит. Тери васкулитининг турли белгилари (пурпура, эшакем, тирноқ олди ёки тирноқ ости микроинфаркти). Турсимон ливедо (livedo reticularis) кўпинча АФС да кузатилади.

Шиллик пардалар зарарланиши. Хейлит ва оғиз бишлиги шиллик қаватида оғриқсиз эрозиялар беморларнинг учдан бирида аниқланади.

Бўғимлар зарарланиши. Артралгиялар деярли барча беморларда. Артрит – симметрик (камроқ асимметрик) эрозив бўлмаган полиартрит, кўпроқ қўл майда бўғимлари билан қафт ва тизза бўғимлари зарарланади. Сурункали волчанкали артрит баъзан тургун деформация ва контрактуралар билан характерланиб, ревматоид артритдаги бўғимлар зарарланишини эслатади («оққуш бўйни», латерал девиация). Асептик некроз, кўпинча сон суяги бошчаси ва елка суягида учрайди.

Мушаклар зарарланиши миалгия ва/ёки проксимал мушак заифлиги, камдан–кам миастения синдроми ҳолида намоён бўлади.

Ўпка зарарланиши. Плеврит, қуруқ ёки ҳўл, кўпинча икки томонлама, 20 – 40 % касалларда кузатилади. қуруқ плевритда плевра ишқаланиш шовқини хос бўлади. Камдан – кам ҳолларда волчанкали пневмонит аниқланиши мумкин. Жуда кам ҳолларда АФСда ўпка томирлари эмболиясининг қайталаниши ҳисобига келиб чиққан ўпка гипертензияси кузатилади.

Юрак зарарланиши. Перикардит (одатда қуруқ) тахминан 20 % ТҚЮ беморларда учрайди. Камдан – кам ҳолларда эксудатив перикардит кузатилади. ЭКГ да одатда Т тишча ўзгаришлари аниқланади. Миокардит касалликнинг юқори фаоллигида ривожланади, ўтказувчанлик ва ритм бузилиши билан юзага чиқади. Эндокарднинг зарарланиши митрал, кам ҳолларда аорта клапан тавақалари қалинлашиши билан намоён бўлади. Одатда белгисиз кечади ва фақатгина ЭхоКГ – текшириш орқали аниқланади (кўпинча АФС да топилади). ТҚЮ фаоллиги ошиши оқибатида тожсимон артериялар (коронарит), васкулити ривожланиши, ҳатто миокард инфаркти келиб чиқиши мумкин.

Буйрақлар зарарланиши. Деярли 50 % беморларда нефропатия кузатилади. Волчанкали нефрит манзараси хилма – хил тулик юзага чиқмайдиган протеинурия ва микрогематуриядан тортиб то тез ривожланиб кетувчи гломерулонефрит ва СБЕ терминал босқичгача бўлади. ЖССТ

классификациясига кўра волчанкали нефритнинг куйидаги морфологик турлари фаркланади: I синф (ўзгаришлар бўлмаслиги), II синф (мезангиал), III синф (ўчоқли пролифератив), IV синф (диффуз пролифератив), V синф (мембраноз), VI синф (сурункали гломерулосклероз).

Нерв системасининг зарарланиши. Кўпинча мигрен кўринишидаги бош оғриғи, оғрик наркотик бўлмаган, ҳатто наркотик анальгетикларга ҳам чидамли бўлиши мумкин. Тиришишли тутқаноқлар (катта, кичик, чакка эпилепсияси кўринишида). Бош суяғи зарарланиши ва кўриш қобилиятининг бузилиши билан ўтадиган кўрув нервларининг зарарланиши. Инсулт, кўндаланг миелит (камдан – кам), хорёя. Периферик невропатия (симметрик сезувчан), ТҚЮ билан оғриган 10 % беморларда кузатилади. Бунга кўп сонли мононеврит (кам ҳолларда), Гийсн – Барре синдроми (жуذا кам ҳолларда) ва бошқалар киради. Ўткир психоз (ТҚЮ белгиси сифатида ёки глюкокортикоидларнинг юқори дозаси билан даволаш натижасида ривожланиши мумкин). Эмоционал лабиллик (депрессия эпизодлари билан), хотиранинг бузилиши ва аклий заифлик.

Ретикулоэндотелиал тизимнинг зарарланиши кўпинча ТҚЮ фаоллиги билан юзага чиқадиган лимфаденопатия ҳолида намоён бўлади.

Шегрен синдроми.

Рейно феномени.

Лаборатор текширувлар

Қоннинг умумий таҳлили. ТҚЮ да кўпинча ЭЧТ ошиши кузатилади. Унинг тушунарсиз ҳолда ошишининг интеркуррент инфекция белгиси бўлиб ҳисобланиши мумкин. Лейкопения (асосан лимфопения) касаллик фаоллиги билан ассоциаланади. Гипохром анемия сурункали яллиғланиш ошқозондан яширин қон оқиши, айрим ДВ ни қабул қилиш билан боғлиқ. Кўпинча енгил ва ўртача оғирликдаги анемия аниқланади. Яққол Кумбс – мусбат аутоиммун гемолитик анемия 10% дан кам беморларда кузатилади. Тромбоцитопения, асосан АФС билан оғриган беморларда топилади, жуذا кам ҳолларда тромбоцитларга нисбатан АТ синтези билан боғлиқ аутоиммун тромбоцитопения ривожланади.

Сийдикнинг умумий таҳлили. Протеинурия, гематурия, лейкоцитуря аниқланиб, уларнинг қай даражада яққоллиги волчанкали нефритнинг клиник ва морфологик турига боғлиқ.

Биокимёвий текширишлар. Биокимёвий кўрсаткичларнинг бузилиши касалликка ҳос бўлмай, балки унинг турли босқичларида ички аъзолар зарарланиши билан боғлиқ. СРО кўнайиши характерли эмас ва касаллик қўшилиб келган инфекция бўлганида кузатилиши мумкин.

Иммунологик текширишлар. Антиноклеар омил – АТ ларнинг гетероген популяцияси бўлиб, ҳужайра ядросининг турли компонентларига сезгир. Ушбу омил ТҚЮ билан оғриган 95 % беморларда юқори титрларда аниқланади ва унинг бўлмаслиги диагнозни шубҳа остига қўяди. Антиноклеар АТ (АНАТ)

• Икки спиралли ДНК га нисбатан АТ ТҚЮ учун специфик бўлиб, 50 – 90 % беморларда топилади

• Гистонларга нисбатан АТ кўпинча дори волчанкаси учун характерли

• РНК – тутувчи молекулалар (сплайсосомалар)га нисбатан АТ Sm га нисбатан ТҚЮ учун юқори специфик бўлади, аммо, фақат 10 – 30 % беморларда аниқланади; майда ядроли рибонуклеопротеидларга нисбатан АТ кўпинча бириктирувчи тўқиманинг аралаш касаллиги бор бўлган беморларда топилади

• Ro/SS – А га нисбатан АТ лимфопения, тромбоцитопения, фотодерматит, ўпка фибрози, Шегрен синдроми билан биргаликда кечади. La/SS – В га нисбатан АТ кўпинча Ro га нисбатан АТ ўрнида топилиши мумкин. Фосфолипидларга нисбатан АТ: Вассерман реакциясининг сохта мусбат бўлиши, волчанкали антикоагулянт ва кардиолипинга нисбатан АТ.

Бошқа лаборатор ўзгаришлар. Жуذا кўп беморларда LE (lupus erythematosus) – ҳужайралар (лейкоцитлар, фагоцитланган ядро материали), иммун комплекслар циркуляцияси, ревматик омиллар топилса ҳам, лекин бу лаборатор ўзгаришларнинг клиник аҳамияти унчалик катта эмас.

Диагностикаси

ТҚЮ диагностикаси учун касалликнинг бир белгиси ёки бир лаборатор ўзгариши топилиши етарли эмас. Диагноз клиник белгилар, лаборатор ва инструментал текшириш усуллар ёрдамида

топилган ўзгаришларга асосланиб, ҳамда Америка ревматологлар ассоциациясининг касаллик мезонлари таснифига кўра қўйилади.

ТҚЮ диагностикаси учун таклиф этилган Америка ревматологлар ассоциацияси мезонлари.

1. Ёноқлардаги тошма: ёноқ дўмбоқларида ёпишган эритема пайдо бўлиб, бурун - лаб соҳасига тарқалиши мумкин.

2. Дисконд тошма: ёпишувчи тери тангачали ва фолликуляр тикинли, теридан кўтарилиб турувчи эритематоз дўмбоқчалар.

3. Фотосенсибилизация: тери тошмаси бўлиб, қуёш нурига одатдан ташқари реакцияси натижасида келиб чиқади.

4. Оғиз бўшлигидаги ярачалар: оғиз бўшлиғи ёки бурун ҳалқумда асосан оғриксиз яралар ҳосил бўлиши.

5. Артрит: икки ёки ундан ортиқ периферик бўғимни зарарловчи оғрик, шиш ва суюқлик ҳосил бўлиши билан кечадиган ноэрозив артрит.

6. Серозит: плеврит, (плеврал оғрик ёки плевра ишқаланиш шовқини ёки плеврал суюқлик бўлганда) ёки перикардит (ЭхоКГ ёрдамида аниқланган ёки перикард ишқаланишидан эшитилган шовқин ёрдамида тасдиқланган).

7. Буйрак зарарланиши: персистенланган протейнурия $> 0,5$ г/кунига ёки цилиндрурия (эритроцитар, гемоглобинли, донадор ёки аралаш).

8. МНС зарарланиши: талваса ёки психоз.

9. Гематологик бузилишлар: ретикулоцитоз билан кечувчи гемолитик анемия ёки лейкопения $< 4,0 \pm 10^9$ /л (2 ва бундан кўп марта аниқланган) ёки тромбоцитопения $< 100 \pm 10^9$ /л (ДВ қабул қилинмаганда).

10. Иммунологик бузилишлар:

◆ Қўшспиралли ДНК га нисбатан АТ ёки

◆ Sm га нисбатан АТ ёки

◆ Фосфолипидларга нисбатан АТ:

✦ Кардиолипинга нисбатан IgG ёки IgM – АТ лар даражасининг ошиши

✦ Стандарт усуллар қўлланилганда волчанкали антикоагулянтга мусбат тест

✦ Сохта мусбат Вассерман реакцияси камида 6 ой давомида захм келтириб чиқармайдиган бўлса, окиш трепонема иммобилизация реакцияси ва трепонем АТ ларнинг товланувчан адсорбцияси тести билан аниқланади. 11. АНАТ титри ошиши (волчанкасимон синдром чақирувчи ДВ лар қабул қилинмаганда).

ТҚЮ диагнози юқорида кўрсатилган 11 та мезонлардан 4 ёки ундан кўпи аниқланганда қўйилади. ТҚЮ га гумон қилинганда умумий амалиёт врачлари қўйидаги текширишларни ўтказиши зарур

● Умумий қон таҳлили (ЭЧТ ни аниқлаш ва лейкоцитлар миқдорини санаш (лейкоцитар формул) ва тромбоцитлар сони)

● АНАТ ни аниқлаш

● Сийдикнинг умумий таҳлили

● Кўкрак қафаси рентгенографияси

● ЭКГ, ЭхоКГ.

Даволаш.

ТҚЮ га чалинганлар ихтисослаштирилган бўлимларда даволанади ва ремиссия даврида умумий амалиёт врачлари назоратида бўлади. Беморлар (барча систем касалликка чалинганлар) доимий давога муҳтож эканликлари сабабли олиб бориладиган чора – тадбирлар ҳамда қўлланиладиган дориларнинг таъсир механизмлари тўғрисида улар яхши хабардор бўлишлари лозим. Даво ҳар доим индивидуал (клиник белгилар ва касаллик фаоллигига боғлиқ) ҳолда буюрилади. Иммунологик кўрсаткичлар ўзгариши даволашни тайинлаш учун кўрсатма бўлолмайди. Давони бошлашдан олдин бемор билан яхши алоқа ўрнатиш лозим, чунки у бутун умри давомида даволанади. Уни узоқ вақт мобайнида даволаш зарурлигига, тавсияларга амал қилишга ва иложи борича дориларнинг нохуш белгиларини ёки касаллик авж олишини билиб олишга ўргатилиш керак.

Даволаш мақсади. Касалликнинг клиник ва лаборатор ремиссияга эришиш. Ҳаёт учун зарур аъзолар, биринчи навбатда – буйраклар ва МНС ни зарарланишдан асраш.

Шифохонага ётқизиш учун кўрсатмалар. Ноаниқ сабабли иситма (инфекцион асоратлар – ТҚЮ ли беморларнинг ўлими учун энг тарқалган сабаблардан бири ҳисобланади). Қўқрак қафасидаги оғриқлар. МНС зарарланиш белгилари. Яққол тромбоцитопения. Тез авж олиб борадиган буйрак этишмовчилиги. Ўткир пневмонит ёки ўпқадан қон кетиши.

Дориларсиз даволаш.

Умумий тавсиялар. Психоземotional зўриқишни йўқотиш, қуёш нурида бўлишни камайтириш, ёндош инфекция касалликларни фаол даволаш. Касаллик хуружи даврида ва цитотоник препаратлар билан даволашда самарали контрацепция лозим. Таркибида эстрогенлар кўп миқдорда бўлган контрацептив препаратларни ичиш тавсия этилмайди, чунки улар ТҚЮ хуружини келтириб чиқаради.

Остеопороз профилактикаси мақсадида тавсия қилинади

- чекишни тўхтатиш
- витамин D ва кўп миқдорда кальций сакловчи овқатлар истеъмол қилиш
- жисмоний машқлар
- бисфосфонат (масалан: натрийалендронат). Атеросклероз профилактикаси мақсадида

тавсия қилинади

- ёғ ва холестерин чегараланган парҳез
- тана вазнини назорат қилиш
- фолат кислота қабул қилиш.

Дорилар билан даволаш. Энг асосий ДВ: глюкокортикоидлар, иммуносупрессив воситалар ва иммуномодуляторлар (азатиоприн, циклофосфамид), гидроксихлорин^А, яллиғланишга қарши ностеронид дори воситалари.

ЯҚНДВ ТҚЮ нинг даволашда стандарт терапевтик дозаларда қўллаш мумкин (иситма ва серозитнинг яққол кўринишларида ҳам). АФС ли беморларда циклооксигеназа – 2 нинг специфик ингибиторларини (мелоксикам, нимесулид, целекоксиб ва бошқалар) эҳтиёткорлик билан қўллаш лозим. Чунки антиромбоцитар самарасининг йўқлиги туфайли гиперкоагуляцияси бор беморларда тромбоз ривожланишига олиб келиши мумкин.

Гидроксихлорохин. Тери, бўғимлар зарарланишида ва конституционал бузилишларда бошланғич дозада суткасига 400 мг дан тайинланади. Уни қўллаш ТҚЮ хуружи ривожланишининг олдини олади. Бундан ташқари гидроксихлорохин қондаги липидлар миқдорини пасайтиради ва тромботик асоратлар ҳавфини камайтиради. Ретинопатия (1:5000) ривожланиш эҳтимоли борлиги туфайли йилига 1 марта тўлиқ офтальмологик текшируви ўтказилиши шарт.

Глюкокортикоидлар. ЯҚНДВ ва гидроксихлорохин самараси старли бўлмаганда ва касаллик фаоллиги паст беморларга глюкокортикоидларнинг кўп бўлмаган дозалари (преднизолан суткасига < 10 мг) тайинланади. Касалликнинг фаоллиги ўртача бўлган беморларда (артрит хуружи, полисерозит, гемолитик анемия, тромбоцитопения ва бошқалар) глюкокортикоидларнинг ўртача дозаси (суткасига 20 – 40 мг) 2 – 4 ҳафта мобайнида аста – секин ушлаб турувчи дозагача пасайтирилади. МНС кузатиладиган оғир клиник белгиларда, гломерулонефрит, тромбоцитопения ва гемолитик анемияда глюкокортикоидлар ва иммунодепрессантларнинг юқори дозаси тайинланади. Глюкокортикоидларнинг юқори дозасини буюришга мутлоқ кўрсатмалар (1 мг/кг/кунда ва ундан ортик) – ТҚЮ нинг юқори фаоллиги ҳисобланади. Даволанмаганда тақдирда ҳаётий муҳим аъзоларда қайтмас зарарланишлар ривожланади. Мезангиал ва кўпинча мембраноз волчанкали нефрити бўлган беморларда глюкокортикоидлар билан юқори дозаларда монотерапия (перорал ёки пульс – терапия) ўтказиш самаралидир. Уларнинг юқори дозасини қабул қилиш давомийлиги клиник самарадан қатъи назар 4 – 12 ҳафтагача ўзгариб туради. Дозани камайтиришни синчков клиник – лаборатор назорат остида аста – секин амалга ошириш лозим. Ушлаб турувчи дозани эса (5-10 мг/кунда) беморлар бир неча йиллар мобайнида қабул қилишлари керак.

Пульс – терапия (метилпреднизолонни вена ичига 500–1000 мг дан 30 минут давомида 3 кун кетма–кет) ТҚЮ нинг фаоллиги юқори бўлган беморларга натижага тезроқ эришиш, шунингдек перорал глюкокортикоидларнинг дозасини камайтириш мақсадида тавсия этилади.

Циклофосфамид – пролифератив ва мембраноз волчанкали нефрит ва оғир зарарланишда агар ГК нинг юқори дозаси берилган тақдирда ҳам касаллик кечиши «назорат» қила олинмаса, танлов препарати бўлиб ҳисобланади. Циклофосфамидни қўллаш ТҚЮ нинг клиник белгиларини назорат қилиш имконини беради, ГК ларнинг юқори дозали монотерапиясига рефрактер булган тромбоцитопения, МНС зарарланиши, ўпка геморрагияси, интерстициал ўпка фибрози, систем васкулит шулар жумласидандир. ГК ларга чидамлилиги камроқ бўлган клиник белгиларни даволашда ушлаб турувчи терапия компонентлари сифатида ГК нинг паст дозасига ўтказилади (стероид ҳимояловчи самара). Бунда азатиоприн (100–200 мг/кунда), метотрексат (7,5–15 мг/хафтада), микофенолат мофетил (1–3 г/кунда) ва циклоспорин (< 5 мг/кг/кунда) ишлатилади.

Азатиоприн волчанкали нефрит ремиссия даврида индуцирланган циклофосфамидни қувватлаб туриш учун қўлланилиб ГК ларга чидамли булган гемолитик аутоиммун анемия шаклларида, тромбоцитопенияда, тери зарарланганда ва серозитда қўлланилади.

Метотрексатни волчанкали артритнинг монотерапиясида ва тери зарарланганда қўллаш мақсадга мувофиқ.

Циклоспорин (< 5 мг/кг/кунда) – нефротик синдромдаги 2-қатор препарати бўлиб, мембраноз волчанкали нефрит ва тромбоцитопенияда ишлатилади.

Плазмаферезни қўллаш цитопения, криоглобулинемия, васкулит, МНС зарарланиши, тромботик тромбоцитопеник пурпурада тавсия этилади. Бу усулдан ҳаёт учун зарур бўлган аъзолар функциясининг тез бузилиши билан оғирлашган беморларни циклофосфамид ва ГК билан биргаликда даволаш учун фойдаланиш керак. ТҚЮ тери белгиларини комплекс терапиясида қўшдан ҳимояловчи кремлар ва ГК ларнинг маҳаллий ишлатиладиган шаклларини ҳам қўллаш лозим. ТҚЮ хуружини ўткир инфекцион касалликлардан фарқлаш зарур. Шуни ёдда тутиш керакки, ТҚЮ билан касалланган беморлар кўпгина антибактериал ДВ ларга, хусусан сульфаниламидларга алергик реакциялар ривожланишига мойил бўладилар.

Беморларни кузатиш. ТҚЮ билан касалланган ҳамма беморлар диспансер назоратида бўлишлари керак. Бу уларга касалликнинг бошланғич хуружини аниқлаш, уни бартараф этиш чора – тадбирларини кўриш, даволашга ўзгартиришлар киритиш, шунингдек профилактика ўтказиш ва дори терапияси асоратларини ўз вақтида аниқлашга имкон беради. Тавсияларга риоя қилмаслик ва ўзбошимчалик билан даволашни тўхтатиш касалликнинг ёмон оқибатларига олиб келади. Даволаш жараёнида ТҚЮ нинг клиник – лаборатор активлигининг синчков мониторингини ўтказиб бориш ва дори терапиясининг нохуш оқибатларини олдини олиш зарур. Умумий амалиёт врачлари камида 3 ойда 1 марта ревматолог билан биргаликда, касаллик кечиши ва даволаш самарасини баҳолаш лозим. Нефрит ва цитопенияни ўз вақтида аниқлаш учун ойда 1 марта сийдик ва қоннинг умумий таҳлили, 3 ойда 1 марта қоннинг биокимёвий таҳлилинини ўтказиш зарур. Ҳар йили липид алмашинуви текшириб борилиши лозим. (атеросклероз профилактикаси мақсадида)

- денситометрия (остеопороз диагностикаси)
- чанок суяклари рентгенографияси (сон суяги бошчасининг асептик некрозини топиш)
- офтальмологик текширувлар (аминохинолинлар қўлланиш натижасида ретинопатия ривожланиш ҳавфи)
- антифосфолипид АТ титрини аниқлаш (иккиламчи АФС бўлганда ва ҳомиладорлик режалаштирилганда)
- гинекологнинг маслаҳат кўриги (гонадотоксик эффе́кт ва дисплазия ривожланиш ҳавфи).

Прогнози

Ҳозирги вақтда ТҚЮ чалинган беморларни яшаш давомийлиги ўсди. Диагноз қўйилгандан 10 йил ўтгач, 80% ни, 20 йилдан сўнг 60% ни ташкил қилади. Касалликнинг бошланғич даврида ўлим ҳолларининг ошиши ички аъзоларнинг оғир зарарланиши (биринчи навбатда буйрак ва МНС) ва интеркуррент инфекциялар билан боғлиқдир, кечки давр эса томирларнинг атеросклеротик зарарланишига асосланган.

Нохуш прогнозларга боғлиқ осмиллар қуйидагилардир

- буйрақлар зарарланиши (асосан диффуз пролифератив гломерулонефрит)
- АГ
- эркак жинси
- касалликнинг 20 ёшгача бошланиши

- АФС
- касалликнинг юксак активлиги
- зарарланиш индексининг юқори қиймати
- инфекциялар қўшилиб келиши
- дори терапиясидан асоратлар юз бериши.

НАЗОРАТ ТЕСТ САВОЛЛАРИ
(хар бир тўғри жавоб 5 балл ҳисобланади)

1. Тизимли қизил югурик учун ҳарактерли бўлмаган клиник симптомни кўрсатинг?

- *А. Қичиш бўлиши.
- В. Фолликуляр гиперкератоз.
- С. Инфилтратив тошма.
- Д. Чандикли атрофия.

2. Тизимли қизил югурик учун буйракларнинг қандай зарарланиши ҳарактерли?

- *А. Гломерулонефрит.
- В. Интерстициал нефрит.
- С. Нефролитиаз.
- Д. Амилоидоз.

3. Тизимли қизил югурикда комбинирланган пульс-терапия қабул қилишга кўрсатма ҳисобланади.

- *А. МНС зарарланиши билан ўткир кечуви
- В. Буйракни латент зарарланиши нефротик синдром билан кечиши
- С. Сурункали кечуви, I активлик
- Д. Буйрак зарарланиши билан ўткир ости кечуви ва ривожланган цитопения

4. Тизимли қизил югурикда ҳарактерли бўлган оғиз бўшлиғи шиллиқ пардасининг зарарланиши.

- *А. Кўрсатилганларнинг ҳаммаси
- В. Шиллиқ парда остига қон қўйилишлар
- С. Стоматит
- Д. Хейлит

5. Қўйдаги келтирилган тизимли қизил югурик билан кечувчи қайси ҳолатда цитостатик иммуносупрессорлар қарши кўрсатма?

- *А. Яққол ривожланган анемияда.
- В. Энцефаломиелонефритда.
- С. Артериал гипертензияда.
- Д. Сон суяги бошчаси асептик некрозида.

6. Аёл киши, шикоятли бармоқ учининг совуқда оқимтир хуружсимон огрикларига. Иситилганида аввал бармоқ учлари қўқиш рангга сунгра эса қўнғир тусга киради. Бу синдромни даволаш учун танлов дори воситасини кўрсатинг.

- *А. Аспирин.
- В. Дипиридамол.
- С. Каптоприл.
- Д. Нифедипин.

7. Қайси касаллик учун экссудатив плеврит диагностик критерия ҳисобланади?

- *А. Тизимли қизил югурик.
- В. Подагра
- С. Тизимли склеродермия
- Д. Шегрен касаллиги

8. Люпус нефрит учун қандай гистологик ва иммунологик ўзгариш ҳарактерли?

- *А. Келтирилган барча ўзгаришлар.
- В. Ядровий ўзгариш.
- С. Капиллярлар базал мембранасида иммункомплекслар фиксацияланиши.
- Д. Капиллярларда фибриноид чуқиш.

9. 22 ёшли қиз, Қримдан келгандан сунг юзида эритематоз тошмалар, панжа ва тирсак кафт бўгимларида огрик пайдо бўлди. Тана харорати 37,5 С гача кўтарилди. Қон анализиди Нв 115 г/л, СОЭ 32 мм/соатга. Сийдик анализиди овсил 0,98 %о.

Тахминий ташхисингиз:

*А. системали қизил югурик

В. ревматоидли артрит

С. ревматизм

Д. дерматомиозит

10. Системали қизил югуриқнинг 3 активлик даражасида нима тавсия этилади:

*А. пульс-терапия

В. цитостатиклар

С. преднизолон

Д. антибиотиклар

11. Қўйидагиларнинг қайси бири "буралган ковузлок" ("проволочная петля") феномени учун характерли:

*А. югурикли нефрит

В. гломерулонефрит

С. пиелонефрит

Д. бўйрак амилоидози

12. Қўйидагиларни қайси бири системали қизил югуриқда преднизолон қўллашга курсатма бўлади:

А. активлик 3 даражасида

В. активлик 1 даражасининг сурункали кечишида

С. нефротик синдромини бўлмаслиги

Д. югурикли кардит ифодаланмаганда

13. Тизимли қизил югуриқка хос лаборатор белги:

*А. лейкопения

В. лейкоцитоз

С. промиелоцитлар

Д. базофилия

14. СКЮ (СКВ) учун диагностик аҳамиятга эга эмас:

*А. лейкоцитоз

В. лейкопения

С. гемолитик анемия

Д. LE-хужайраларни аниқланиши

15. Системали қизил югуриқка характерли терини шикастланиши

*А. экссудатив эритема

В. петехиал тошма

С. буллёз тошма

Д. телеангиэктазия гиперкератоз

16. Системали қизил югуриқка характерли ўзгаришлар

*А. антинуклеар антителанинг аниқланиши

В. билирубиннинг ошиши

С. иммуноглобулинларнинг пасайиши

Д. креатинфосфокиназанинг пасайиши

17. Системали қизил югуриқдаги нишлатиладиган дори воситани танланг

*А. ГКС, цитостатиклар, антиагрегантлар

В. цитостатиклар, антибиотиклар, антикоагулянтлар

С. ГКС, ангиопротекторлар, иммуносупрессорлар

Д. ГКС, антибиотиклар

18. Системали бириктирувчи тўқима касалликларига кирмайдиган касалликни курсатинг

*А. Бехтерев касаллиги

В. системали қизил югуриқ

С. дискоид эритема

Д. гиперкератоз қафтдаги капиллярлитлар

19. Системали қизил югуриқда интенсив терапияга кирмайдиган даволаш усули

*А. НЯҚВ

В. преднизолон билан пульс-терапия

С. цитостатикларбилан пульс терапия

Д. гемосорбция

20. Бемор 28 ёшда. Инсоляциядан кейин 3-кунни юзда капалак шаклидаги эритематоз тошмалар пайдо бўлди, тана ҳарорати кўтарилди. Анамнезидан беморнинг онаси систем склеродермия билан оғриди. Қонда ЭЧТ – 42 мм/с. Дастлабки таъхис:

*А. систем қизил югуриқ

В. тугунчали периартериит

С. систем дерматомиозит

Д. ревматоид артрит

ХОЛАТИЙ МАСАЛА

1-масала. Аёл киши 40 ёшда, шикоятни ҳолсизликка, тез чарчашга, тана температурасини кўтарилишига 38 С, юз терисидagi тошмаларга, билак тирсак бўғимларидаги оғриққа. Узини 3 йилдан буён касал ҳисоблайди. Кўрганда: ёноқларида “капалаксимон” тошмаларга, билак-тирсак бўғимлари симметрик зарарланган, шишинқираган; ўпкаларда плевра ишқаланиш шовқини эшитилади. Қон таҳлилида: анемия, лейкопения, лимфопения. Сийдик таҳлилида: протеинурия ва цилиндрурия.

Саволлар:

1. Дастлабки диагноз?

2. Қўшимчатеқшириш усуллари?

3. Даволаш усуллари?

№	Жавоб	Макс. Балл	Аъло	Яхши	Қони қарли	Қони қарсиз
1.	Тизимли қизил югуриқ.	50	50-43	42-35	34-28	27-0
2.	Умумий қон, сийдик, қонда LE хужайраларни аниқлаш, ДНК га қарши антителоларни аниқлаш, ревмосинама, кўкрак қафаси рентгенографияси, буйраклар УТТ текшируви.	25	25-22	21-18	17-14	13-0
3.	НЯҚВ, ГКС, цитостатиклар, витаминотерапия,	25	25-22	21-18	17-14	13-0

2-масала. Бемор 18 ёшда. Шикоятни: билак-панжа, қафт, тизза бўғимларида оғриқ. УРВИ дан сунг бошланган. Тана температураси 37,5, 38,2 °С. Антибиотик терапияси фонида юз терилари гипермилашган. Объектив: Қовоқлар ёноқлар териси кизарган. Чапдан плевра ишқаланиш шовқини эшитилади. Пульс 1 дак. 96 та, Юрак чуққисиди систолик шовқин эшитилади. Қул-панжа бўғими шишган. Қон таҳлили: СОЭ 54 мм/с, сийдик: оқсил-0.3 г/л.

Саволлар:

1. Дастлабки диагноз?

2. Қўшимча теқшириш усуллари?

3. Даволаш усуллари?

№	Жавоб	Макс. Балл	Аъло	Яхши	Қони қарли	Қони қарсиз
1.	Тизимли қизил югуриқ.	50	50-43	42-35	34-28	27-0
2.	Умумий қон, сийдик, қонда LE хужайраларни аниқлаш, ДНК га қарши антителоларни аниқлаш, ревмосинама, кўкрак қафаси рентгенографияси, буйраклар УТТ текшируви.	25	25-22	21-18	17-14	13-0
3.	НЯҚВ, ГКС, цитостатиклар, витаминотерапия,	25	25-22	21-18	17-14	13-0

3-масала. 22 ёшли қиз, Қримдан келгандан сунг юзиди эритематоз тошмалар, панжа ва тирсак қафт бўғинларида оғриқ пайдо бўлди. Тана ҳарорати 37,5 Сгача кўтарилди. Қон анализиди Нв 115 г/л, СОЭ 32 мм/соатга. Сийдик анализиди оқсил 0,98 ‰.

Саволлар:

1. Дастлабки диагноз?

2. Қўшимча текшириш усуллари?

3. Даволаш усуллари?

№	Жавоб	Макс. Балл	Аъло	Яхши	Қони қарли	Қони қарсиз
1.	Тизимли қизил югурик.	50	50-43	42-35	34-28	27-0
2.	Умумий қон, сийдик, қонда LE ҳужайраларни аниқлаш, ДНК га қарши антителоларни аниқлаш, ревмосинама, кўкрак қафаси рентгенографияси, буйраклар УТТ текшируви.	25	25-22	21-18	17-14	13-0
3.	НЯҚВ, ГКС, цитостатиклар, витаминотерапия,	25	25-22	21-18	17-14	13-0

4-масала. Бемор аёл 35 ёшда, шикоят билан бугимидаги шишга, юз ва кўкрак соҳасида тери рангининг ўзгаришига, ютиниш қийинлигига. 5 йилдан буён касал. Қурик вақтида: бурун ўткирлашган, қўл панжалари терилари симметрик шишган, тортилган, индурациялашган. Ўпкаларда қуруқ хириллаш; юрак тонлари бўғиқ, аритмик, ўпка артерияси устида II тон акценти эшитилади, ЮҚС – 98/ мин. Қон таҳлилида: ЭЧТ тезлашган, гипергаммаглобулинемия.

Саволлар:

1. Касаллик ривожланишида асосий патогенетик механизм қандай?

2. Касалликни тасдиқлаш учун қандай текширувлар ўтказамиз?

3. Қайси касалликлар ҳақида уйлаш мумкин?

№	Жавоб	Макс. Балл	Аъло	Яхши	Қони қарли	Қони қарсиз
1.	Микроциркуляция ва фиброз ҳосил бўлиши бузилиши.	50	50-43	42-35	34-28	27-0
2.	Умумий қон, сийдик, қонда LE ҳужайраларни аниқлаш, ДНК га қарши антителоларни аниқлаш, ревмосинама, кўкрак қафаси рентгенографияси, буйраклар УТТ текшируви.	25	25-22	21-18	17-14	13-0
3.	Тизимли склеродермия, тизимли қизил югурик, тизимли дерматомиозит, ревматоид артрит	25	25-22	21-18	17-14	13-0

5-масала. 34 ёшли бемор УАШ га ютинишнинг бузилиши, туш ортидаги ачишиш ҳиссига, қўлларнинг совуқотишига, қўл бугимларидаги оғриққа, ҳансирашга, йўталга, оғизнинг қийин очилишига ва умумий дармонсизликка шикоят қилиб келди. Объектив: умумий аҳволи ўрта оғирликда, хуши ўзида. Териси қаттиқ, ялтироқ, билан ва қўл соҳасида тери бурмалар олинмайди. Ўпкасида қуруқ хириллашлар. Юрак тонлари бўғиқ, ритмик. Пульси 104 марта 1 мин. АД 120/80 мм сим уст. Қорни юмшоқ эпигастрал соҳада оғрикли. Жигар ва талок пайпасланмайди. Ҳожати регулар.

Саволлар:

1. Дастлабки ташхис?

2. Қўшимча текшириш усуллари?

3. Қиёсий ташхис ўтказиладиган касалликлар?

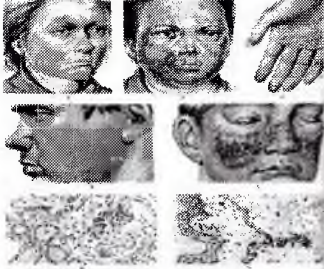
№	Жавоб	Макс. Балл	Аъло	Яхши	Қони қарли	Қони қарсиз
1.	Тизимли склеродермия.	50	50-43	42-35	34-28	27-0
2.	Умумий қон, сийдик, қонда LE ҳужайраларни аниқлаш, ДНК га қарши антителоларни аниқлаш, ревмосинама, кўкрак қафаси рентгенографияси, буйраклар УТТ текшируви.	25	25-22	21-18	17-14	13-0
3.	Тизимли қизил югурик, тизимли дерматомиозит, ревматоид артрит,	25	25-22	21-18	17-14	13-0

РАСМЛИ ТЕСТЛАР

(ҳар бир тўғри жавоб 20 балл ҳисобланади, максимал балл 100 балл)

1. Бемор 28 ёш, қуёшда тобланганидан кейин 3-кун юзида капалак шаклидаги эритематоз тошма пайдо бўлган, ҳарорати кўтарилган. Анамнезидан онаси системали склеродермия билан огрийди. Қонда ЭҚТ- 42 мм/соат.

Дастлабки ташхис:



- А. тизимли қизил югурик
- В. тугунчали периартериит
- С. системали дерматомиозит
- Д. ревматоид артрит

2. Бемор 30 ёшда қуёшда тобланганидан сунг умумий ҳолсизлик кўзатилди, субфебриль температура, теринингочиқ сохаларида (буйин, кукрак) – тошмалар (эритематоз-сквамоз элементлар), қўл панжаларида – эритемали элементлар цианотик кўринишда. ЭҚТ–25 мм/с. Қайси касаллик ҳақида уйлаш мумкин?



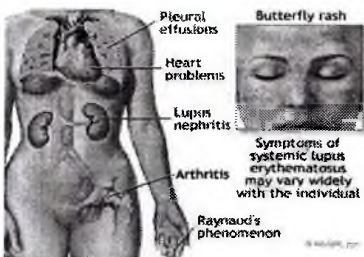
- А. Ўткир ости тизимли қизил югурик, тери шакли.
- В. Дерматит
- С. Псориаз
- Д. Многоформли эритема

3.ТҚЮ учун диагностик аҳамиятга эга эмас:



- А. лейкоцитоз
- В. лейкопения
- С. гемолитик анемия
- Д. LE-хужайраларни аниқланиши

4.Расмда кўрсатилган касалликда суяк-мушак тизимида қўйидаги ўзгариш энг кўп учрайди.



- А. Кучиб юрувчи артралгия ва артрит.
- В. Икки томонлама сакроилеит.
- С. Сон суяги бошчаси асептик некрози.
- Д. Жакку синдроми.

5. Қуйидаги касалликда ўлим сабаби:



- А. сурункали буйрак етишмовчилиги
- В. Ошқозон ичакдан қон кетиш
- С. аутоиммун криз
- Д. Юрак етишмовчилиги

АМАЛИЙ КЎНИКМА LE-хужайрани аниқлаш

LE хужайра нима?

LE хужайралари лейкоцитларни лизисга учраган ядросини ўзига қамраб олган нуқсонли нейтрофиллардир. Бу хужайраларнинг номланиши Тизимли югурукнинг лотин тилидаги бош ҳарфларидан олинган (Lupus erythematosus). Шу касаллик билан оғриган беморда биринчи бўлиб аниқланган. LE хужайралари ТҚЮ да энг юқори фоизда аниқланади, аммо бошқа системли касалликларда ҳам пайдо бўлади

- ревматоид артрит
- дерматомиозит
- тизимли склеродермия

LE хужайраларининг қонда топилиши аутоагрессиядан дарак беради. Иммуни хужайраларининг бузулиши натижасида LE хужайралари шаклланади.

LE фактор комплекс ҳисобланиб айланиб юрувчи иммункомплекс билан антинукляр активлик, қайсики фақатгина ҳимоя хужайраларини ядросини бузубгина қолмасдан, бугум юзаларига, томирлар деворига чуқади, буйракларда ушланиб қолинади (люпус нефрит) ва бу тўқималарга зарарловчи таъсир кўрсатади.



Текшириш ўтказиш методи

LE хужайраларини текшириш учун қон эрталаб оч қоринга венадан 10 мл ҳажмда олинади. Кейин қон ўзининг таркибини ўзгартирмаслиги ва ивиб қолмаслиги учун антикогулянт этилендиамин уксус кислотаси (ЭДТА) қўшилади. Бу қоннинг узок вақт сақланиши учун ва аниқ малумот олиш учун хизмат қилади.

Текширишдан олдин пробиркага бевосита ЭДТА қўшилади, концентрацияси 1 мл қонга 1,5 мг қуруқ антикогулянт лаборантни ишини осонлаштириш учун деворида керакли миқдорда қайта ишланган ЭДТА бўлган махсус пробиркалар бўлади.



ЭДТА бўлган пробиркани ярмигача қон билан тўлдирамиз ва аралаштириш учун чайқатамиз шундан кейин пробирканинг белгисигача тўлдиришда давом этамиз. Пробиркани чайқатиш мумкин эмас, бу кўпик ҳосил бўлиши ва хужайраларни зарарланишини чакиради.

Бу текшириш усули Е.Н Новоселова олиб кирган модификацияси Цинкома-Конли методи бўйича ўтказилади.

Қондан лейкоцитлар массасини ажратиб кейинчалик уни олинган массани суспензия билан филтрлаб кейин уни ойнали шарик билан чайқаймиз. Мақсад лейкоцитларни қобигини бузиш.

Бажарилган манипуляциядан кейин 1 соат давомида материални 37 С га қўйилади, бу вақт мобайнида LE хужайралари бор ёки йўқлиги аниқланади.

ПЕДАГОГИК ТЕХНОЛОГИЯЛАР

1. “Бемор ва шифокор” интерактив ролли уйин усули

Бу уйин орқали талабаларнинг амалий кўникмаларини ўзлаштириш ва мустаҳкамлаш учун қўллаш мумкин. Уйиннинг сценарийси олдиндан келгуси топшириқнинг мавзусини ҳисобга олиб аниқ бир касаллик куп учрайдиган вазиятли мисолида тузилади. Бемор ва шифокорнинг ролини ижро этадиган талабаларга олдиндан йўл-йўриқлар кўрсатилади. Асосий эътиборни талабаларда бемор билан мулоқотга, коммуникацион, деонтологик кўникмаларга бериш керак. Уйинни ўтказгандан сунг қолган талабалар «Беморнинг», «Шифокорнинг» тактикасида қўйилган камчиликлар ҳақида фикрларини айтишлари керак бўлади.

“Бемор ва шифокор” интерактив ролли уйини учун касалликнинг ташхислари

1. Тизимли қизил югурик, фаол даври, фаоллик II даража. Тери, бугум, буйрак, юрак, кон яратувчи тизимларнинг зарарланиши билан.
2. Тизимли склеродермия, фаол даври, фаоллик III даража. GREST синдроми.

Кичик гуруҳларда ишлаш.

Бу уйин орқали магистр талабаларнинг мавзунини ўзлаштириш ва мустаҳкамлаш учун қўллаш мумкин. Магистр талабалар 3 та кишидан кичик гуруҳларга бўлинади. Мавзу доирасида назарий саволлар тузилиб конвертга солинади. Ҳар бир кичик гуруҳдан бир иштирокчи чиқиб савол танлайди. Танланган саволларга гуруҳ иштирокчилари жавоблар ёзишади. Вақт тугагандан кейин ҳар бир гуруҳчанинг сардори кластерни намойиш этади. Савол-жавоблар билан натижалар муҳокама қилинади. Энг тўлиқ ва аниқ ёритилган жавоблар берган гуруҳ голиб деб топилади.

Гуруҳлар учун топшириқлар

(хар бир тугри жавоб 10 балл, жами 100 балл)

1-гуруҳ: “Тизимли склеродермия» касаллиги белгиларига кластер тузинг

2-гуруҳ: Дерматомиозит касаллиги белгиларига кластер тузинг

3-гуруҳ: ТҚЮ клиник белгиларига кластер тузинг.

1-гуруҳ: “Тизимли склеродермия» касаллиги белгиларига кластер намунаси.

ТСД клиник белгилари:

• Тери зарарланиши: яралар ҳосил бўлиши, Кисет белгиси, терини калинлашуви;

• Юрак зарарланиши: миокард фибрози, миокардит, перикардит, аритмия, СЮЕ.

• Мушаклар зарарланиши;

• Томир зарарланишлари: Рейно синдроми, телеангиоэктазия.

• Ўпка зарарланишлари: ўпка интерстициал касалликлари.

• ўпка артерияси гипертензияси;

• ОИТ зарарланишлари: қизилунгач гипотонияси, мальабсорбция синдроми;

• Бўғим зарарланишлари: артрит, артралгия, контрактура.

• Асаб тизими зарарланишлари;

• Буйрак зарарланишлари.



2-гуруҳ: Дерматомиозит касаллиги белгиларига кластер намунаси. Дерматомиозит клиник белгилари:

• Тери зараланишлари: эритематоз тошма, “Механик кули”, “Гторон” белгиси;

• Бўғим зарарланишлари;

• Симметрик зарарланиш синдроми;

• Ўпка зарарланиши: ўпка интерстициал фибрози,

• ўткир диффуз альвеолит;

• Рейно феномени;

- Юрак зарарланишлари: аритмиялар, СЮЕ;
- Буйрак зарарланишлари: нефротик синдром,
- буйрак етишмовчилиги;
- Антисинтез синдром;

3-гурух: ТҚЮ клиник белгиларига кластер намунаси.

ТҚЮ клиник белгилари:

- Умумий белгилар: иситма, вазн камайиши;
- Мушак зарарланишлари: миастения, миалгия;
- Ўпка зарарланишлари: эксудатив ва курук плеврит;
- Юрак зарарланишлари: миокардит, эндокардит, перикардит, ритм бузилишлари, ўтказувчанлик бузилиши;
- Буйрак зарарланишлари: нефротик синдром, буйрак етишмовчилиги, протеинурия, гематурия;
- Бўғим зарарланишлари: артралгия, артрит;
- Тери зарарланишлари: дискоид учоклар – чандикли атрофиялар, учокли инфилтратлар, телеангиоэктазлар,
- эритема - “капалак” симптоми, алопеция, панникулит,
- васкулитлар – пурпура, тирноқ ости микроинфаркти;
- Нерв зарарланишлари: талваса хуружлари.

АДАБИЁТЛАР:

1. Основы внутренней медицины. Под ред. Передерий В.Г., Ткач С.М. «Новая книга», 2010 г.
2. Пропедевтика внутренних болезней. Лис М.А., Солоненко Ю.Т., Соколов К.Н., 2011 г.
3. Алгоритмы диагностики. Вялов С.С. МЕДпресс-информ. 2010 г.
4. Ревматология: Национальное руководство. Под Ред. Е.Л. Насонов, В.А. Насонова. 2011 г.
5. Диагностика и лечение болезней суставов. О. В. Синяченко. 2012 г.
6. Ревматология: - Санкт-Петербург, ГЭОТАР-Медиа. 2011 г.
7. Боли в суставах. Дифференциальная диагностика. Руководство. Филоненко С.П., Якушин С.С. 2010 г.
8. Болезни суставов: руководство для врачей. Под ред. В.И. Мазурова. 2008 г.
9. Ревматические заболевания. Том 1. Основы ревматологии. Под ред. Джона Х. Клиппела, Джона Х. Стоуна, Лесли Дж. Уайт ГЭОТАР-Медиа. 2011 г.
10. Ревматология. Клинические рекомендации. Под ред. Е.Насонова. ГЭОТАР-Медиа. 2011 г.

ИНТЕРНЕТ МАНБАЛАРИ:

- <http://www.medline.uz>
- <http://www.mednavigator.com.ua>
- <http://www.karelia.ru>
- <http://www.simhos.ru>
- <http://ru.wikipedia.org>

17.06.2014 йилда босишга рухсат этилди.

Бичими 60x84 ^{1/16}. Офсет қоғози.

Адади 100 нусха. Буюртма №199.

СамДЧТИ нашр-матбаа марказида чоп этилди.
Манзил: Самарқанд шаҳри, Бўстонсарой кўчаси, 93.