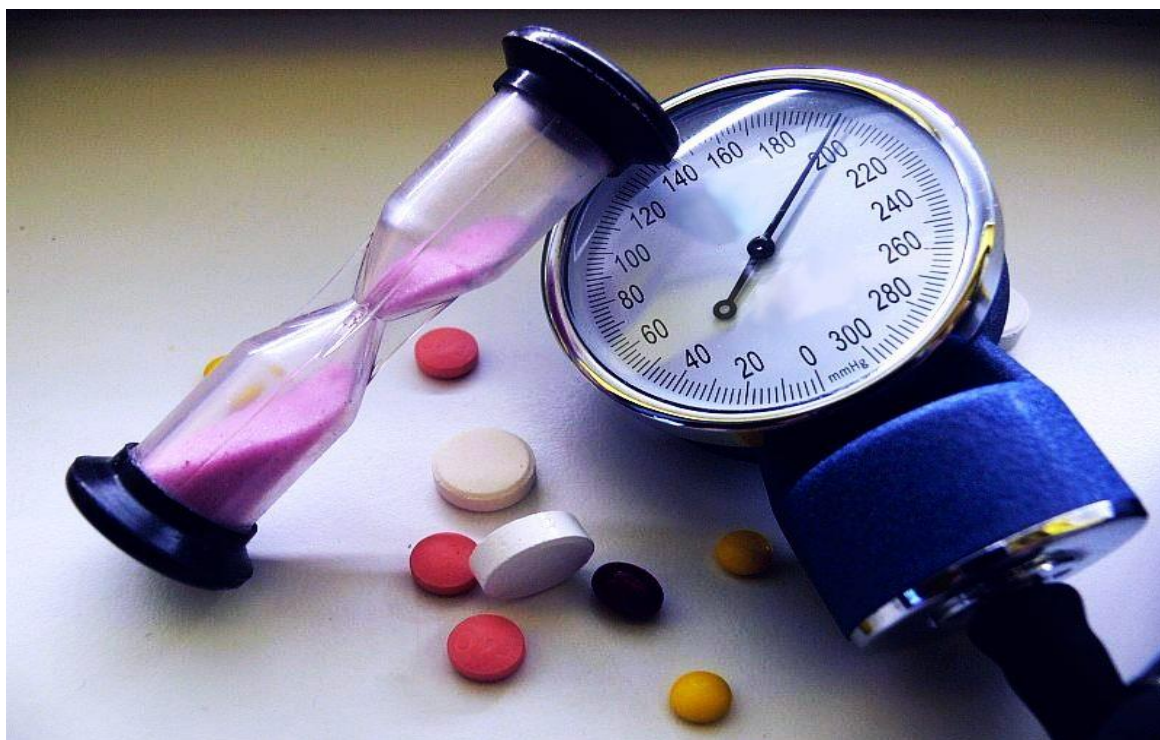


Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro tibbiyot instituti

Ichki kasalliklar propedevtikasi kafedrası

DAVOLASH VA TIBBIY PEDAGOGIKA FAKULTETI 3
KURS TALABALARI UCHUN ICHKI KASALLIKLAR
PROPEDEVTIKASI FANIDAN 2021-22 UKUV ЙИЛИ UCHUN
O'QUV-USLUBIY MAJMUA



BUXORO-2021

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY VA O'RTA MAXSUS TA'LIM VAZIRLIGI
O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
ABU ALI IBN SINO NOMIDAGI BUXORO DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI
ICHKI KASALLIKLAR PROPEDEVTIKASI KAFEDRASI**

«TASDIQLAYMAN»

O'quv va tarbiyaviy ishlar prorektori

Dots. _____ G.J. Jarilkasino

«_____» _____ 2021 yil

**3-kurs Davolash va tibbiy pedagogika fakulteti
talabalari uchun «Ichki kasalliklar propedevtikasi» fani
o'quv-uslubiy majmuasi**

Buxoro – 2021

O'zbekiston Respublikasi Oliy va O'rta Maxsus Talim Vazirligi Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot institute Ichki kasalliklar propedevtikasi kafedrası

Bilim sohasi	500000	-Sog'liqni saqlash va ijtimoiy taminot
Ta'lim sohasi	510000	-Sog'liqni saqlash
Ta'lim yo'nalishi	5510100	-Davolash ishi
	5111000	-Kasb talimi
	5510200	-Pediatriya

Ichki kasalliklar propedevtikasi kafedrası
mudiri, t.f.d. dots.

Nurboyev F.E.

Tuzuvchi:

Nurboyev F.E. Ichki kasalliklar propedevtikasi kafedrası dotsenti,
t.f.d.

Narziyev Sh.S. Ichki kasalliklar propedevtikasi kafedrası katta
o'qituvchisi, t.f.n.

Taqrizchilar:

Axmedova N. Sh. Ichki kasalliklar kafedrası dotsenti t.f.n.

Nurov U.I. LOR va oftalmologiya kafedrası mudiri t.f.n. dotsent

Buxoro Tibbiyot instituti ilmiy metodik kengashining
2021 yilgi №_2__ sonli yig'ilishida ko'rib childi

Mundarija

Annotatsiya.....	5
Fanning sillabusi.....	6
Ichki kasalliklar propedevtika fanining o'quv dasturi.....	8
Ishchi o'quv dasturi.....	31
Марузалар	91
Tarqatma materiallar. Мавзуларга оид testлар.....	252
Мавзуларга оид масалалар.....	257
Tarqatma materiallar. Assesmentlar.....	264
Mavzularga oid suratlar.....	273
Mavzularga oid rentgen tasvirlar.....	310
Amaliy mashg'ulot materiallari	317
Amaliy mashg'ulot texnologik xaritasi	493
Amaliy ko`nikmalarni bajarish texnikasi	513
Mustaqil talim mavzulari.....	518
Baholash.....	530
Glossariy.....	532
Baholash mezonlari	550
Foydalanilgan adabiyotlar ro'yxati	552

Annotatsiya

Ushbu o'quv uslubiy majmua 3 kurs davolash, tibbiy pedagogika fakultetlari talabalari foydalanishi uchun mo'ljallangan bo'lib, namunaviy dastur asosida tuzilgan. Ushbu o'quv uslubiy majmua Bilim sohasi 500000 -Sog'liqni saqlash va ijtimoiy taminot, Ta'lim sohasi 510000 -Sog'liqni saqlash, Ta'lim yo'nalishi 5510100 -Davolash ishi ta'lim yo'nalishlariga mos keladi. Mazkur o'quv uslubiy majmuada namunaviy dasturda aks ettirilgan barcha maruzalarning to'liq matni yoritilgan. Majmua ovqat hazm qilish tizimi, siydik ajratish tizimi, endokrin tizimi, qonkasalliklari va qon yaratish tizimi, suyak mushak va biriktiruvchi to'qima kasalliklari hamda allergozlar kabi kasalliklar mavzulari yoritilgan. Maskur majmuada amaliy mashg'ulotlarni sifatli o'tkazish va talabalarni mustaqil ravishda tayorlanishi va echishlari uchun mavzular yuzasidan assesmentlar (ikki test, tushuncha tahlil, vaziyatli masali va amaliy ko'nikmadan tashkil topgan), barcha mavzular bo'yicha tuzilgan testlar (murakkab testlar ham mavjud) hamda muammolili masalalar (zanjirband savollardan tashkil topgan) ham o'rin olgan. Ushbu majmuada talabalar o'qishlari uchn barcha amaliy mashg'ulot mavzular matnlari yoritilgan va mavzular yuzasidan savollar ham aks ettirilgan. Amaliy mashg'ulotlarni o'tkazish uchun amaliy mashg'ulot texnologik xaritasi mukammal yoritilgan. Ushbu o'quv uslubiy majmuada talabalar amaliy ko'nikmalarini bajarib, o'rganishlari uchun barcha mavzular yuzasidan amaliy ko'nikmalarini qadamma-qadam bajarish texnikalari keltirilgan. Talabalar mustaqil ishlarga tayorlanishlari uchun, mavzular yuzasidan savollar keltirilgan. Majmuaning glossariy qismida tibbiyot terminologiyalari va ular to'g'risida tushuncha berib o'tilgan.

O'ylaymizki, ushbu o'quv uslubiy majmua talabalar foydalanishlari uchun qulay bo'lib, ular etarlicha bilim oladilar degan fikrdamiz.

**Ichki Kasalliklar Propedevtikasi »
Fanining 2021/2022 o'quv yili uchun mo'ljallangan
SILLABUSI**

Fanning qisqacha tavsifi			
OTMning nomi va joylashgan manzili:	Buxoro tibbiyot instituti	Navoiy ko'chasi. 1	
Kafedra:	Ichki kasalliklar propedevtikasi va klinik farmakologiya	Xorijiy tillar fakulteti tarkibida	
Ta'lim sohasi va yo'nalishi:	510000 – “Sog'liqni saqlash” ta'lim sohasi 55107100- “Ta'lim yo'nalishi”	Davolash ishi	
Fanni (kursni) olib boradigan o'qituvchi to'g'risida ma'lumot:	Mirzayeva Dilorom Boltayevna	e-mail:	ikp.uz@mail.ru
Dars vaqti va joyi:	Viloyat Ko'p tarmoqli tibbiy markaz Kardiologiya va gematologiya bo'limi 3,4,5	Kursning davomiyligi:	06.09.2021 - fevral 2022
Individual grafik asosida ishlash vaqti:	Haftaning hamma kunlari 08.30 dan 14. 50 gacha		
Fanga ajratilgan Soatlar	Auditoriya soatlari		Mustaqil ta'lim:
	Ma'ruza:	20	Amaliyot 70
			65
Fanning boshqa fanlar bilan bog'liqligi (prerekvizitlar):	Odam anatomiyasi, normal fiziologiya, umumiy patologiya, umumiy fiziologiya, hamshiralik ishi nazariyasi, terapiyada hamshiralik ishi, klinik farmakologiya fanlari bilan uzviy bog'liqdir.		
(postrekvizitlar):	“Ichki Kasalliklar Propedevtikasi”, “Klinik Farmakologiya OXI”		
Fanning mazmuni			
Fanning dolzarbligi va qisqacha mazmuni:	<p>O'quv fanining maqsadi va vazifalari</p> <p>Fanni o'qitishdan maqsad- talabalarni propedevtika fani bo'yicha tanishtirish deontologiyasi ,yatrogeniya, bemorlarni klinik tekshirish usullari bo'yicha tanishtirish surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, auskultatsiya) organ va sistema qadamma qadam tekshirishni , sistema bo'yicha sindrom va simptomlarni asosiy qonuniy o'rganish, azolarni laborator va instumental tekshirishni va interpretatsiyalar ko'nikmalarini egallashdan iborat.</p> <p>Fanning vazifalari:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Talabalarni vrach texnikasi yoki tekshirish usullariga o'rgatish - Sindrom va simtomlarni asosiy qonunyatlarini o'rgatish - Organ va sistemalarni qadamma qadam tekshirishni o'rgatish - Azolarni laborator va instumental tekshirishni va interpretatsiya qilishni o'rgatish - Olingan tekshiruv natijalari asosida diagnostik xulosalarni qo'ya bilish - Ichki kasalliklarni nozologik formalarini savollarini o'rganish - Ichki kasalliklarning asosiy davolash prinsplarini o'rgatish - 		
Talabalar uchun talablar	<ul style="list-style-type: none"> - O'qituvchiga va guruhdoshlarga nisbatan hurmat bilan munosabatda bo'lish; - Institut ichki tartib-intizom qoidalariga rioya qilish; - Uyali telefonni dars davomida o'chirish; - Berilgan uy vazifasi va mustaqil ish topshiriqlarini o'z vaqtida va sifatli bajarish; 		

	<ul style="list-style-type: none"> - Darsda tibbiy formada bo'lish; - O'quv xonalarining ozodaligini saqlash; - Ko'chirmachilik (plagiat) qat'iyan man etiladi; - Darslarga qatnashish majburiy hisoblanadi, dars qoldirilgan holatda qoldirilgan darslar qayta o'zlashtirilishi shart; - Darslarga oldindan tayyorlanib kelish va faol ishtirok etish; - Talaba o'qituvchidan so'ng, dars xonasiga - mashg'ulotga kiritilmaydi; - Amaliy mashg'ulotlarda berilgan topshiriqlar talab darajasida bajarilishi va albomda aks ettirilishi va o'qituvchi imzosi bilan tasdiqlanishi lozim. - Talaba reyting ballidan norozi bo'lsa e'lon qilingan vaqtdan boshlab 1 kun mobaynida apellyasiya komissiyasiga murojat qilishi mumkin.
Elektron pochta orqali munosabatlar tartibi	Professor-o'qituvchi va talaba o'rtasidagi aloqa elektron pochta orqali ham amalga oshirilishi mumkin, telefon orqali baho masalasi muhokama qilinmaydi, baholash faqatgina institut hududida, ajratilgan xonalarda va dars davomida amalga oshiriladi. Elektron pochtani ochish vaqti soat 15.00 dan 20.00 gacha

3. O'quv soatlari miqdori

Soat hajmi	O'quv yuklama miqdorining auditoriya mashg'ulotlari bo'yicha taqsimlanishi (soat)				
	Jami:	Ma'ruza	Amaliy mashg'ulot	Klinik amaliy mashg'ulot	Mustaqil ish
155		20	24	46	65

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ
ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУСТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ

Рўйхатга олинди:

№ БД-

2018 йил "18" 08

Олий ва ўрта махсустаълим
вазирлиги

2018 йил "18" 08



ИЧКИ КАСАЛЛИКЛАР ПРОПЕДЕВТИКАСИ

ФАН ДАСТУРИ

Билим соҳаси:	500000	– Соғлиқни сақлаш ва ижтимоий таъминот
Таълим соҳаси:	110000	– Педагогика
	510000	– Соғлиқни сақлаш
Таълим йўналишлари:	5510100	– Даволаш иши
	5510300	– Тиббий – профилактика иши
	5111000	– Касбий таълим (5510100 – Даволаш иши)

Ўзбекистон Республикаси Олий ва ўрта махсус таълим вазирлигининг 2018 йил “25” 08 даги “744”-сонли буйруғининг 6-илловаси билан фан дастури рўйхати тасдиқланган.

Фан дастури Олий ва ўрта махсус, касб-хунар таълими йўналишлари бўйича ўқув-услубий бирлашмалар фаолиятини Мувофиқлаштирувчи Кенгашининг 2018 йил “18” 08 даги 4 - сонли баённомаси билан маъқулланган.

Фан дастури тошкент тиббиёт академиясида ишлаб чиқилди.

Тузувчилар:

Каримов М.Ш. -ТТА даволаш факультети “Ички касалликлар пропедевтикаси” кафедраси кафедра мудири профессор, т.ф.д.

Парпибаева Д.А. -ТТА даволаш факультети “Ички касалликлар пропедевтикаси” кафедрасидоценти, т.ф.н.

Такризчилар:

Хамроев А.А. -ТТА УАШ ва эндокринология кафедра мудири, т.ф.д., профессор.

Собиров М.О. -Стоматология давлат институти ички касалликлар кафедра мудири, т.ф.н. доцент.

Фан дастури Тошкент тиббиёт академияси Кенгашида кўриб чиқилган ва тавсия қилинган(2018 йил “24” 06 даги 12-сонли баённома).

Фаннинг долзарблиги

Ушбу дастур Давлат таълим стандарти ва умумий амал یت шифокорини тайёрлаш дастури асосида тузилган, тиббиёт олий ўқу-юртларининг талабаларига ички касалликлар пропедевтикаси фанидан таълим бериш учун мўлжалланган.

Ички касалликлар пропедевтикаси барча касалликларнинг симптом ва синдромларини, ички аъзолар касалликлари диагностикасида қўлланиладиган касаллик ва янги текширув усулларини, ташхис қўйиш ва беморнинг тиббий баённомасини ёзишни ўргатади. Симптоматология ва диагностикани ўқитишни хусусий патологияни ўргатишдан ажратб бўлмайди, яъни, бир томондан ўрганиш йўллари ва билиш усуллари, бошқа томондан объектив билиш орасида фарқ бўлмаслиги керак. Симптоматология, диагностика ва хусусий патология асослари ажралмас боғлиқликда ўрганилиши керак. Асосий терапевтик касалликларни ўрганиш симптомларнинг клиник аҳамиятини иллюстрациясидир. Талабалар диагностика усулларига муайян бемор касаллиги тарихини таҳлил қилишга кўникадилар. Талаба клиникада ишлашнинг биринчи кунлариданоқ ички касалликлар пропедевтикаси вазифаларидан бири бўлган врачлик деонтологияси асосларини ҳам ўрганиб олиши лозим. Пропедевтикани билиш кейинчалик терапияни эмас, балки бошқа клиник интизомларни ҳам ўрганиш учун зарур. Касалликлар симптомларини ва асосий диагностик усулларни билиши, ташхис услубларига фақатгина терапевт эмас, балки, хирург, гинеколог, невропатолог ва бошқа барча клиник мутахассислар ҳам эга бўлишлари шарт.

Бакалавр ички касалликлар пропедевтикаси фани бўйича назарий, услубий, ташкилий ва амалий кўникмаларни ўзлаштириш орқали мустақил ишга яъни умумий амалиёт врач бўлишига тайёрланиши, ҳамда уларни клиник, лаборатор, функционал ва асбобий текширувлар натижаларни таҳлил қилиб, диагноз қўйишга ўрганади.

Ички касалликлар пропедевтикаси фанини ўрганиш жараёнида талабаларда касаллик, диагноз, диагностика принциплари, симптом, синдромларни келиб чиқиши механизмлари тўғрисида ҳозирги замон тушунчаларини шакллантириш, талабалар онгига врачлик одоби ва ахлоқи ва деонтологияси асосларини сингдиришдир.

Ички касалликлар пропедевтикаси фани орқали талаба организмдаги асосий патологик жараёнларни вужудга келиш сабабларини ва уларни ривожланиш механизмларини, асосий симптом ва синдромлар тўғрисида тушунчани, физикал текшириш ўтказишни, кўздан кечириш, пайпаслаш, тукиллаштиш, эшитиш, артериал босимни ўлчаш, пульсни аниқлаш, ЭКГни ёзиб олиш, қон, сийдик, нажас, балғам, меъда шираси, дуоденал маҳсулотни, плеврал суюқликни умумий таҳлили ва уларни клиник баҳолаш, клиник ўлим ҳолларида реанимация чора-тадбирларни кўришни, шифокорлик деонтологияси асосларини билишлари шарт.

Фаннинг ўқув режадаги бошқа фанлар билан ўзаро боғлиқлиги ва услубий жиҳатдан узвийлиги

“Ички касалликлар пропедевтикаси” фани умумкасбий фанлар блокига киритилган курс ҳисобланиб, даволаш, тиббий-педагогика факультетларнинг 3-курсининг 5,6-семестрларида ўқитилади.

Ички касалликлар пропедевтикасини фани клиник фанлар туркумига кириб, у барча тиббий бакалавриат таълим йўналишларида ўқитилади. Ички касалликлар пропедевтикасини – клиник фан ҳисобланади. Мазкур дастурни амалга ошириш учун талабаўқув режасида режалаштирилган клиник ва табиий-илмий ўқитиш фани (нормал анатомия, нормал физиология, умумий биология ва тиббиёт генетикаси, биохимия ва микробиология фанлари билан вертикал интеграция ва патологик анатомия, патологик физиология, умумий хирургия ва фармакалогия фанлари билан горизонтал) интеграция асосида олиб борилади.

Фаннинг илм-фан, иқтисодиёт ва ишлаб чиқаришдаги ўрни

Ички касалликлар пропедевтикасини умумий амалиёт шифокорида тиббий билимлар асосини шакллантиришда муҳим фанлардан биридир.

Касбий фаолиятини кўлланиш учун УАШ ички касалликларининг тарқалишини ва кечишини ўрганиш, эрта ташхислаш, даволаш, аҳоли ўртасида ички касалликларининг тарқалишини олдини олишга ва касалликларнинг кечиши бўйича башорат бера олишга қаратилган илмий-тадқиқот фаолиятини олиб бориш; соғлиқни сақлаш тизимининг даволаш ва профилактика ташкилотларида (марказий туман, шаҳар, вилоят, республика шифохоналари терапевтик бўлимларида, кўп тармоқли марказий шаҳар поликлиникалари, тез ва шошилиш тиббий ёрдам марказлари ва станциялари, она ва болалиқни ҳимоя қилиш ташкилотлари, санатор-курорт ташкилотлари) ташхислаш ва даволашнинг замонавий усулларида кенг фойдаланган ҳолда беморларнинг тиббий муаммолари бўйича асосий вазифаларни ҳал қилиш жуда муҳим; соғлиқни сақлаш тизимининг барча бўғинларида ички касалликлар соҳасида комплекс масалаларни ечишни ўз ичига олади.

Фанни ўқитишдаги замонавий ахборот ва педагогик технологиялар ҳамда ўқув машғулотларини лойиҳалаш

Талабаларнинг “Ички касалликлар пропедевтикасини” фанини ўзлаштиришлари учун ўқитишнинг илғор ва замонавий усулларида фойдаланиш, янги инфор­мацион-педагогик технологияларни татбиқ қилиш муҳим аҳамиятга эгадир. Фанни ўзлаштиришда дарслик, ўқув ва услубий кўлланмалар, маъруза матнлари, тарқатма материаллар, электрон материаллар, кейс-технологияларидан фойдаланилади. Маъруза ва семинар машғулотларида ўқитишнинг интерактив усуллари (визуал, муаммоли,

муаллифлик маърузалари, икки томонлама таҳлил, кластер, “Венн”, Синквейн ва бошқалар)дан фойдаланилади.

Фан ўқитувчиси томонидан педагогик технология тамойиллари асосида “Ички касалликлар пропедевтикасини” фани ўқув машғулотларининг лойиҳалари ишлаб чиқилади.

Фан модулининг дастури (module syllabus)

Ўқув курсининг тўлиқ номи:	Ички касалликлар пропедевтикаси		
Курснинг қисқача номи:	ИКП	Код: ИКП	
Кафедра:	Ички касалликлар пропедевтикаси		
Ўқитувчи ҳақида маълумот:	Ф.И.Ш.	E-mail	
Семестр ва ўқув курсининг давомийлиги	5,6семестр 18/18 ҳафта		
	Факультет	Даволаш	тиб.пед.
Ўқув соатлари хажми:	жами:	250	250
	шунингдек:		
	маъруза	32	32
	семинар		
	амалий	130	130
	мустақил таълим	88	88
Ўқув курсининг статуси	Умумқасбий фанлар блоки		
Дастлабки тайёргарлик:	Курс “Анатомия”, “Нормал физиология”, “Патологик физиология”, “Патологик анатомия”, “Фармакология”, “Гистология” фанларидан ўзлаштирилган билимларга асосланади.		
Фаннинг предмети ва мазмуни:			
<p>Фанни ўқитишдан мақсад – талабаларни пропедевтика фани бўйича таништириш ва врач деонтологияси, ятрогения, беморларни клиник текшириш усуллари бўйича таништириш (сўраб суриштириш, кўздан кечириш, пальпация, перкуссии, аускультация) орган ва системаларни кадамма-кадам текширишни, система бўйича синдром ва симптомларни асосий қонуниятларини ўрганиш,, аъзоларни лаборатор ва инструментал текширишни ва интерпретация қилиш кўникмаларини эгаллашдан иборат.</p> <p>Фаннинг мақсади – ИКП бўйича дастурнинг асосий мақсади бўлажак умумий амалиёт шифокорларни (УАШ) ички аъзоларнинг ҳолатини текшириш усуллари ва шу орқали организм ҳолатига баҳо бера олишни ўргатиш, тиббий муассасаларда ички касалликлар фанини ўқитиш методикасини ўргатиш.</p> <p>Фанни вазифаси уни ўрганувчиларга:</p> <ul style="list-style-type: none"> - синдром ва симптомларни асосий қонуниятларини ўргатиш - аъзо ва тизимларни ҳолатини кадамма-кадам текширишни ўргатиш - лаборатор ва инструментал текширувларва уларнинг натижаларининг интерпретацияси - олинган текширув натижалари асосида диагностик хулосақила олиш, - ички касалликларнинг нозологик формаларини саволларини ўрганиш - ички касалликларнинг асосий даволаш принципларини ўргатиш <p>«Ички касалликлар пропедевтикаси» фанини ўзлаштириш жараёнида бакалавр:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ички аъзоларининг анатомияси; - ички аъзоларининг физиологияси; - ички аъзоларининг вазифалари; 			

- ички аъзоларининг текшириш усуллари ҳақида **тасаввурга эга бўлиши;**
- Кукрак кафаси пальпацияси
- Упканинг таккослама перкуссияси
- Упканинг топографик перкуссияси
- Упка аускультацияси
- Юрак соҳаси пальпацияси
- Юрак перкуссияси (нисбий бугик чегаралари)
- Юрак перкуссияси (мутлок бугик чегаралари)
- Юрак аускультацияси
- АД улчаш
- Пульснинг текшириш
- ЭКГ- олиш усуллари
- Нормал ЭКГ
- Қорин бўшлиғи юзаки пальпацияси
- Қорин бўшлиғи чуқур пальпацияси
- Жигар пальпацияси
- Курлов буйича жигар перкуссияси
- Буйрак пальпацияси
- Лимфа тугунлари пальпацияси
- Талок пальпацияси ва перкуссияси
- Анализлар таҳлиллари **қўникмаларига эга бўлиши керак;**
- стационар шароитда даволанаётган беморлар касаллик тарихини юритиш
- беморлар билан мулоқот**малакаларига эга бўлиши керак.**

Курснинг тематик таркиби ва мазмуни

Т/р	Мавзу	Маъруза	Амалий	Мустақил иш
Даволаш факультети, тиббий педогогика				
1.	1. Талабаларни ИКП фани вазифаси билан таништириш. Фаннинг ривожланиш тарихи, мақсад ва вазифалари. Ташхис турлари ва усуллари. Беморни асосий клиник текшириш усуллари: субъектив ва объектив Касаллик тарихи схемаси. Талабаларнинг бемор билан мустақил ишлаши. Беморни умумий кўздан кечириш: умумий холати, эс ҳуши, вазияти, тана тузилиши. Беморни тана қисмлари бўйича кўздан кечириш: бош, юз, бўйин, тери қопламлари, тери ости ёғ қатламлари, шишлар, мушаклари, бўғимлари, суяги ва оёқ қўллари. Термометрия. Антропометрия. Лаборатор ва инструментал текширувлар ҳақида умумий тушунча. Замонавий лаборатор ва инструментал текширув усуллари ахамияти.	2/2	6	4
2.	Нафас аъзолари касалликлари билан касалланган беморларни текшириш. Сўраб-суриштириш. Асосий ва қушимча шикоятлар. Кўкрак қафасини кўздан кечириш. Пальпация (пайпаслаш) – объектив текшириш усули сифатида. Лимфатик тугунлар ва кўкрак қафаси пальпацияси. Перкуссия – объектив	2	6	3

	текширув усули сифатида. Ўпканинг қиёсий ва топографик перкуссияси. Норма ва патологияда.			
3.	Ўпкани эшитиш (аускультация). Техника ва қоидалари. Асосий (бронхиал ва везикуляр) ва кўшимча (хириллаш, крепитация, плевра ишқаланиш шовқини) нафас шовқинлари. Замонавий текшириш усуллари. Рентгенологик текширув усуллари: бронхоскопия, бронхография, томография. Ўпкани функционал текширув усуллари: спирометрия, спирография, пневмотахометрия. Балғамни текшириш.	2	6	4
4.	Бронхлар ўтказувчанлигининг бузилиш синдроми. Уткир вазурункали бронхитлар. Обструктив ва нообструктив. Ўпка тўқимасида ҳаво ортиб кетиш синдроми (бронхиал астма, ўпка эмфиземаси). Ўпкани обструктив касалликларини текшириш. Диагностика. Этиологияси ва патогенези хақида умумий тушунча Асосий даволаш принциплари		6	4
5.	Ўпка тўқимасини қаттиқлашиш (зичлашиш) синдроми (крупоз ва ўчоқли пневмония мисолида). Ўпкада бўшлиқ синдроми (Ўпка абсцесси ва бронхоэктаз касаллиги мисолида). Диагностика. Этиологияси ва патогенези хақида умумий тушунча. Асосий даволаш принциплари.		6	4
6.	Плевра бўшлиғида ҳаво ва суюқлик тўпланиш синдроми (плеврит, гидроторакс, пневмоторакс). Нафас етишмовчилиги. Диагностика. Этиологияси ва патогенези хақида умумий тушунча Асосий даволаш принциплари. Беморлар курацияси. Касаллик тарихини ёзиш.		6	4
7.	Юрак қон томир касалликларида беморларни текшириш усуллари. Семиотика. Сўраб–суриштириш: асосий шикоятлари. Патогенези. Кўздан кечириш (умумий холати, тери копламларини ранги, шишлар, буйини куздан кечириш). Диагностик ахамияти. Юрак соҳаси ва периферик томирлар соҳасини кўздан кечириш. Юрак соҳаси пальпацияси. Диагностик ахамияти.	2	6	4

8.	Юрак перкуссияси. Юракни нисбий ва мутлоқ бўғиқлик чегарасини соғлом одамда аниқлаш . Юрак конфигурацияси. Юракни нисбий ва мутлоқ бўғиқлик чегарасини патологияда аниқлаш. Юрак конфигурациясини патологияда аниқлаш. Диагностик ахамияти. Рентгенограмма таҳлили.		6	4
9.	Юракни эшитиш (аускультация). Аускултация қоидалари. Юрак тонларини эшитиш нормада. Тонларни эшитиш тартиби ва нукталари. Юрак қон томир патологиясида тонларни ўзгариши (кучайиши, сусайиши). Тонларни парчаланиши ва иккига бўлиниши. Диагностик ахамияти. Юрак қон томир касалликларида қўшимча тонлар.	2	6	4
10.	Юрак шовқинлари, ҳосил бўлиш механизми, характеристикаси (патологияда). Пульсни текшириш. Соғлом одамда ва юрак қон томир патологиясида пульсни хусусиятлари. Диагностик ахамияти. Артериал босим. Артериал босимни қадамма қадам ўлчаш. Гипертония ва гипотония ҳақида тушинча. Диагностик ахамияти. Замонавий 3лаборатор ва инструментал текшириш усуллари.		6	4
11.	Электрокардиография (ЭКГ), ёзиб олиш усули ва нормал ЭКГ таҳлили. Юрак автоматизми ва қўзғалувчанлиги бузилишида ЭКГ. Юрак ўтказувчанлик ва қисқарувчанлик функцияси бузилгандаги ЭКГ.	2	6	4
12.	Асосий клиник синдромлар. Коронар етишмовчилиги синдроми. Қон айланиш етишмовчилиги синдроми. Юрак астмаси, упка шишиси. Томир етишмовчилиги синдроми. Артериал гипертензия синдроми. Юрак ритмини бузилиш синдроми. Кардиомегалия синдроми. Кичик қон айланиш доирасида гипертензия синдроми.		6	4
13.	Ревматик иситма ва бирламчи ревмокардит симптоматологияси. Бирламчи ревмакардит белгилари ва эрта ташҳиси. Митрал нуқсонлар. Митрал қопқоқ етишмовчилиги ва стенози. Диагностика. Даволаш асосий принциплари.	2	6	4
14.	Септик эндокардит симптоматологияси. Аортал нуқсон симптоматологияси. Аортал қопқоқ етишмовчилиги ва стенози. Диагностика. Даволаш асосий принциплари.	2	6	4
15.	Гипертония касаллиги симптоматологияси. Симптоматик гипертензия ҳақида тушунча. Диагностика. Даволаш асосий принциплари. Юракнинг ишемик касаллиги(ЮИК) ҳақида	2	6	4

	тушунча. Стенокардия таснифи, симптоматологияси. Миокард инфаркти симптоматологияси. Диагностика. Даволаш асосий принциплари. Беморлар курацияси. Касаллик тарихини ёзиш №2.			
16	Хазм аъзолари билан касалланган беморларни текшириш усуллари. Сўраб–суриштириш. Асосий шикоятлари. Симптомлар механизми ва диагностик ахамияти. Умумий кўздан кечириш ва оғиз бўшлиғини кўриш, қоринни кўздан кечириш. Қорин бўшлиғи аъзоларини пальпацияси (юзаки ва чуқур). Диагностик ахамияти. Замонавий лаборатор ва инструментал текшириш усуллари. Асосий клиник синдромлар.	2	6	4
17	Гастритлар симптоматологияси (уткир ва сурункали).Меъда ва 12 бармоқ ичак яра касаллиги симптоматологияси. Энтерит ва колитлар диагностикаси. Асосий даволаш принциплари.		6	4
18	Жигар ва ўт йўллари касалликларида беморларни текшириш. Сўраб–суриштириш. Асосий шикоятлари, диагностик ахамияти. Кўздан кечириш, жигар перкуссияси (Курлов бўйича), пальпацияси. Диагностик ахамияти.	2	6	4
19	Асосий клиник синдромлар: сариклик , портал гипертензия, жигар етишмовчилиги. Замонавий лаборатор ва инструментал текшириш усуллари. Сурункали гепатит ва холециститлар диагностикаси. Жигар циррозлари симптоматологияси. Асосий даволаш принциплари		6	4
20	Буйрак касалликларида беморларни текшириш усуллари. Сўраб–суриштириш, асосий шикоятлари. Кўздан кечириш, буйракни пайпаслаш, тукиллатиш (Пастернацкий симптоми). Замонавий лаборатор ва инструментал текшириш усуллари. Ўткир ва сурункали пиелонефрит ва гломерулонефрит диагностикаси. Буйрак етишмовчилиги (ўткир ва сурункали) белгилари. Асосий даволаш принциплари. Касаллик тарихини ёзиш № 3.	2	6	4
21	Қон тизими касалликларида беморларни текшириш усуллари (асосий шикоятлари, анамнез, куздан кечириш), талокни пайпаслаш. Клиник лаборатория. Қон умумий таҳлили. Асосий клиник синдромлар. Анемиялар диагностикаси. Лейкозлар диагностикаси Асосий даволаш принциплари.	2	6	4
22	Ички секреция безлари касалликларида	2/2	4	4

	беморларни ссраб суриштириш, анамнез йи-иш.Қалқонсимон без касалликлари симптоматологияси. Қандли диабет диагностикаси.			
Жами:250		32	130	88
Таълим бериш ва ўқитиш услуби:	Маъруза, амалий машғулотлар, мустақил ишлар (айлана стол, кейс стади, мастер-класслар)			
Мустақил ишлар:	Ўқув лойиҳалар, гуруҳли тақдимот, рефератлар, кейслар, докладлар, кроссвордлар, постер, проспект, эссе ва х.з.			
Маслаҳатлар ва топшириқларни топшириш вақти	Кунлар	Вақти	Ауд.	
1.				
2.				
3.				
Билимларни баҳолаш усуллари, мезонлари ва тартиби:				
ЖН ва ОН нинг баллари ишчи дастурда берилади				
Баҳолаш усуллари	Тестлар, ёзма ишлар, оғзаки сўров, презентациялар ва х.з.			
Фан бўйича талабалар билимини назорат қилиш ва баҳолаш	Назорат шакллари			
	Баҳолаш турлари фан хусусиятидан келиб чиққан ҳолда сўровлар, оғзаки савол-жавоб, ёзма иш, тест синовлари ёки бошқа кўринишда ўтказилиши мумкин.			
	Фан бўйича талабалар билимини баҳолаш мезони			
	Балл	Талабанинг билим даражаси		
	86 - 100 балл	<ul style="list-style-type: none"> – талаба машғулотларга доимо тайёрлаган, жуда фаол, дастурий материалларни яхши билади, хулоса ва қарорлар қабул қила олади, ижодий фикрлайди, билимларни амалиётда қўллай олади; – талаба ижодий масалаларни ҳал қилиш мобайнида тегишли билимларни қўллаш доирасини мақсадга мувофиқ танлаб, ечимни топишга хизмат қилувчи янги усул ва йўналишларни топа олади, ўқув материални моҳиятини тушунади; – талаба тақдим этилган ўқув масалаларини ечиш йўларини излайди, дастурий материалларни билади ва айтиб бераолад ҳамда тасаввурга эга бўлади. 		
	71 - 85 балл	<ul style="list-style-type: none"> – талаба ўрганилаётган ҳодисалар алоқадорлигини билиш ҳамда объектни тавсифлай олиш кўникмасига эга бўлиши билан биргаликда, қўйилган масалаларни сабаб-оқибат алоқадорлигини очиб берган ҳолда еча олади, ўрганилаётган назарий билимларни амалиёт 		

		<p>билан боғлай олади ва мустақил мушоҳада қилаолади;</p> <p>– билим ва кўникмалар мазмунини тадбиқ қила олиш маҳорати, бир типдаги масалаларни еча олиш, ёзиб олиш ва эслаб қолиш фаолиятини амалга оширади, билимларни амалиётда қўллай олади;</p> <p>– талаба машғулотларга тайёрланган, дастурий материалларни билади, моҳиятини тушунади ва тасаввурга эга.</p>
	55 - 70 балл	<p>– талабанинг эшитганлари, уларга берилган намуналар, тақдим этилган алгоритм ва кўрсатмалар асосида топшириқларни бажара олади, моҳиятини тушунади;</p> <p>– талаба қатор белгилар асосида маълум объектни фарқлаш билан биргаликда унга таъриф бера олади ва ўқув материални тушунтириб бера олади ва тасаввурга эга.</p>
	0 - 54 балл	<p>– талаба тасаввурга эга эмас;</p> <p>– талаба дастурий материалларни билмайди.</p>
<p>Фанга доир видео маърузалар, видео роликлар: Ҳар бир мавзуга мос видеороликлар кўрсатилади (ЎУМ)</p>		
<p>Глоссарийлар: Ҳар бир мавзу учун глоссарий тузилган (ЎУМ)</p>		
<p>Ахборот ресурс база: Асосий адабиётлар 1. Гадаева; Каримов М.Ш.; “Ички касалликлар пропедевтикаси” Т. 2012; 2. Мухин Н.А., Моисеев В.И. "Пропедевтика внутренних болезней", М. 2000. 3. Василенко В.Х.. Гребенев А.Л “Пропедевтика внутренних болезней”, М.1989</p>		

АСОСИЙ ҚИСМ

Фаннинг маърузалари мазмуни

даволаш ва тиббий педагогика факультетлари учун

1-модуль. Кириш. Ички тиббиётнинг ривожланиш тарихи. Ички касалликлар пропедевтикаси фани. Мақсади, вазифалари. Семиотика, симптоматология ва ташҳис ҳақида тушунча.

Ички касалликлар пропедевтикаси барча касалликларнинг симптом ва синдромларини, ички аъзолар касалликлари диагностикасида қўлланиладиган касаллик ва янги текширув усулларини, ташҳис қўйиш ва беморнинг тиббий баённомасини ёзишни ўргатади. Симптоматология ва диагностикани ўқитишни хусусий патологияни ўргатишдан ажратиб бўлмайди, яъни, бир томондан ўрганиш йўллари ва билиш усуллари, бошқа томондан объектив билиш орасида фарқ бўлмаслиги керак.

2-модуль. Беморларни клиник текшириш усуллари. Сўраб-суриштириш. Шикоят. Ҳаёт тарихи. Физик текширув усуллар: кўздан кечириш, пальпация, перкуссия, аускультация.

Симптоматология, диагностика ва хусусий патология асослари ажралмас боғлиқликда ўрганилиши керак. Асосий терапевтик касалликларни ўрганиш симптомларнинг клиник аҳамиятини иллюстрациясидир. Талабалар диагностика усулларига муайян бемор касаллиги тарихини таҳлил қилишга кўникадилар. Талаба клиникада ишлашнинг биринчи кунлариданоқ ички касалликлар пропедевтикаси вазифаларидан бири бўлган врачлик деонтологияси асосларини ҳам ўрганиб олиши лозим. Пропедевтикани билиш кейинчалик терапияни эмас, балки бошқа клиник интизомларни ҳам ўрганиш учун зарур. Касалликлар симптомларини ва асосий диагностик усулларни билиши, ташхис услубларига фақатгина терапевт эмас, балки, хирург, гинеколог, невропатолог ва бошқа барча клиник мутахассислар ҳам эга бўлишлари шарт.

3-модуль. Нафас тизими аъзолари касалликларида беморларни текшириш. Сўраб-суриштириш. Кўздан кечириш. Пальпация, перкуссия ва аускультация объектив текшириш усуллари. Асосий ва қўшимча нафас шовқинлари.

Нафас органлари касалликлари билан оғриган беморларни текшириш усуллари, сўраб-суриштириш, асосий шикоятлари ва патогенези. Кўкрак қафасини кўздан кечириш, пальпация. Кўкракда оғриқлар (характери, жойи давомийлиги, интенсивлиги, тарқалиши), хансираш (физиологик, патологик, объектив, субъектив, аралаш; эксператор, инсператор, аралаш). Ўўтал (куруқ, нам, давомийлиги, пайдо бўлиш вақти). Балғам ажралиши - характери, миқдори, балғам ажралишининг бемор ҳолатига боғлиқлиги. Қон кетиш (бурундан, ўпкадан, бурун-ҳалқумдан, қизилўнгачдан, меъдадан), қон тупуриш, давомийлиги, диагностик аҳамияти. Бурундан нафас олишнинг бузилиши. Юқори нафас йўллари текшириш. Қўшимча шикоятлар: иситма, ҳолсизлик, иштаҳанинг пасайиши. Касаллик ва ҳаёт анамнези. Кўкрак қафасини кўздан кечириш, қоидалари, кетма-кетлиги. Кўкрак қафаси шакли, асимметрия ва деформацияси, синхрон ҳаракатланиши. Нафас вақтида нафас мушакларининг иштироки. Нафас типи. Бир минутдаги нафаслар сони. Кўздан кечирганда нафас ритмининг бузилиши ва хансирашнинг бўлиши. Кўкрак қафасини патологик шакллари. Нафас типлари (норма ва патология). Кўкрак қафаси пальпацияси техникаси (товуш титраши, кўкрак қафаси резистентлиги). Ўпка перкуссияси техникаси. Қийсий перкуссия кетма-кетлиги. Нормада ва патологияда перкутор товуш ўзгариши. Кўкрак қафасининг шартли топографик чизиқлари. Топографик перкуссия. Ўпканинг юқори ва пастки чегараси, баландлиги, кенглиги, пастки қирраси ҳаракатчанлигини аниқлаш. Ҳар хил физиологик ва патологик ҳолатларда ўпка чегарасининг ўзгаришлари. Ўпка аускультацияси техникаси ва қоидалари. Асосий (везикуляр ва бронхиал) нафас шовқинлари, юзага келиш механизми, ўзгариши: кучайиши ва сусайиши (физиологик ва патологик) ва уларнинг диагностик аҳамияти. Хириллашлар, пайдо бўлиш механизми (куруқпаст ва юқори тонли, нам жарангли ва жарангсиз, майда,

ўрта, йирик пуфакчали), локализацияси ва тарқалиши, диагностик аҳамияти. Бронхофония. Нафас органлари билан касалланган беморларни функционал-инструментал текшириш усуллари ҳақида тушунча. Спирометрия, пневмотахометрия, оксигемотерапия. Ўпкаларни рентгенологик текшириш методлари, бронхоскопия, бронхография, томография. Спирометрия. Спирография, пневмотахометрия, оксигемометрия, пневмотахография. Балғам ва плевра суюқлигини текшириш, диагностик аҳамияти. Тарнссудатни экссудатдан фарқи. Олинган натижаларни интерпритация қилиш.

4-модуль. Нафас тизими касалланган беморларда кузатиладиган асосий клиник синдромлар.

Бронхлар ўтказувчанлигини бузилиш синдроми, патогенези. Шикоятлари, кўздан кечириш. Пальпация. Перкуссия, аускультация. Ўткир ва сурункали бронхит симптомлари, уни ривожланишида касбнинг роли. Нафас органларига чекишнинг манфий таъсири ва патогенези. Ўпка тўқимасида ҳаво ортиш синдроми патогенези. Шикоятлари, кўздан кечириш. Пальпация. Перкуссия, аускультация. Ўпка обструктив касалликлари билан оғриган беморларни текшириш. Бронхиал астма ва ўпка эмфиземаси. Ўпка тўқимасини зичлашув синдромини патогенези. Шикоятлари, кўздан кечириш, пальпация, перкуссия, аускультация. Ўпка тўқимаси яллиғланиши касаллиги билан беморларни тешкириш. Крупоз ва ўчоқли пневмония симптомлари. Плевра бўшлиғида ҳаво ва суюқлик тўпланиши синдроми патогенези. Шикоятлари, кўздан кечириш пальпация, перкуссия, аускультация. Қуруқ ва экссудатив плевритлар симптоматологияси. Гидроторакс, пневмоторакс симптоматологияси. Пневмоторакс турлари (очик, берк, қопқоқли). Ўпкада бўшлиқ синдроми патогенези. Шикоятлари, кўздан кечириш, пальпация, перкуссия, аускультация. Бронхоэктатик касаллик, ўпка абсцесси симптоматологияси.

5-модуль. Юрак-қон томир тизими касалликларида беморларни субъектив ва объектив текшириш усуллари.

Юрак қон-томир касаллиги билан беморларни текшириш усуллари. Сўраб-суриштириш, кўздан кечириш. Юрак соҳасини, периферик томирларни кўздан кечириш. Юрак соҳасини пальпация қилиш.

Сўраб-суриштириш. Ассосий шикоятлари, уларни патогенези. Юрак соҳасида оғриқ. Оғриқхосил бўлиш механизми, локализацияси, табиати, давомийлиги, иррадиацияси, интенсивлиги тарқалиши, кечасидаги оғриқ, камайиши, йўқолиши. Ҳансираш: пайдо бўлиш механизми, интенсивлиги. Юрак астмаси. Юрак уриши: доимийлиги, ҳужурилиги, интенсивлиги, давомийлиги, ҳаяжонга, зўриқишга, ҳолат ўзгаришига, овқатга боғлиқлиги. Юрак соҳасида ноҳушлик сезиш, танани турли жойларида пульсация сезиш. Йўтал, қон туфлаш характери, пайдо бўлиш механизми, диагностик аҳамияти. Кўздан кечириш. Тана тузилиши. Эс ҳуши ҳолати. Тери ранги,

қизариши, оқариши, кўқариши. Юрак цианозини ўпка цианозидан фарқи. Юрак шишини пайдо бўлиш механизми локализацияси, диагностикаҳамияти, буйрак шишларидан фарқи.

Бўйин томирларини кўздан кечириш. Веналар пульсацияси, бўртиши. Эпигастрал пульсация. Капиллярлар пульсацияси. Келиб чиқиш сабаблари, диагностик аҳамияти. Юрак соҳасини кўздан кечириш. Юрак букрилиги. Чўққи ва юрак турткиси пальпацияси. Чўққи турткисини нормадаги таърифи: жойлашиши, кучи, баландлиги, тарқалиши. Чўққи турткисини паталогик ўзгариши. Манфий чўққи турткиси. Систолик ва диастолик титрашни аниқлаш. «Мушук хириллаши» симптоми. Эпигастрал пульсацияни пальпатор ўрганиш, юрак ва жигар пульсациясидан фарқлаш.

Юрак перкуссияси техникаси ва қоидаси. Юрак нисбий бўғиқлик чегарасини ва томирлар тутамини аниқлаш усули. Юрак белини аниқлаш. Юрак нисбий бўғиқлик чегараси. Патологияда юрак бўғиқлик чегараларининг ўзгариши: нафас органлари ва юрак қон-томир касалликларида, тана ҳолати ўзгарганда.

Юрак мутлоқ бўғиқлик чегарасини аниқлаш усули. Нафас ва юрак қон-томир касалликларида юракни бўғиқлик чегарасини ўзгариши. Бу ўзгаришларни диагностик аҳамияти.

6-модуль. Юрак аускультацияси: нормал ва паталогик тонлар.

Юрак шовқинлари.

Юрак аускультацияси. Аускультация қоидалари. Кўкрак қафасини олдинги деворида қопқоқлар проекцияси ва уларни эшитиш жойлари. Юрак аускультацияси: нафас олишни турли фазасида, танани ҳар хил ҳолатида, тинч ҳолатда ва физик зўриқишдан кейин. Юрак аускультациясида систола ва диастоланинг фарқи. Юрак товушлари ҳақида тушунча (1, 2, 3, 4), уларни ҳосил бўлиш механизми. Товушларни асосий хоссалари: тембри, кучи. Асосий товушларни кучайиши ва сусайиши. Асосий (1, 2, 3, 4) ва қўшимча митрал қопқоқ очилиш товуши, перикард-тон, товушларни бўлиниши, иккиланиши, ритми, уларни паталогияда ўзгариши. От дупури ритми, бедана сайраш ритми, маятниксимон ритм, эмбриокардия. Тахикардия, брадикардия, аритмия. Нормал ФКГ, ЭХОКГ ҳақида тушунча. Фонокардиография ва уни ташхис қўйишда аҳамияти ҳақида тушунча. Поликардиографик, ЭХОКГ текширув ва уни аҳамияти ҳақида тушунча, диагностик аҳамияти, интерпритация қилиш.

7-модуль. Электрокардиография. Юрак гипертрофиясидаги ЭКГўзгаришлари. Ўткир миокардинфарктидаги ЭКГўзгаришлари.

Аритмиялар. Юрак фибриляцияси ҳақида тушунча

НормалЭКГ, ўқишусули (ритм, элекрўқи, ЮҚС, тишлар, интерваллар). Юрак ритми бузилишининг диагностик ва клиник аҳамияти.

8-модуль. Ревматик иситма. Юрак нуқсонлари:митрал қопқоқ етишмовчилиги. Чап атриовентрикуляр тешик торайиши симптоматологияси.

Қонайланиши. Юрак қопқоқлари анатомияси ҳақида тушунча. Юракшовқинлари, уларни ҳосил бўлиш механизми. Классификацияси. Функционал ва органик шовқинларни фарқи. Юрак фаолияти фазасига шовқинларни муносабати. Систолик ва диастолик шовқинлар: протодиастолик, мезодиастолик, пресистолик, тотал, тембри, давомийлиги. Шовқинларни энг яхши эшитилиш жойлари. Перикард ишқаланиш шовқини, плевроперикардиал шовқинлар. Артерия ва веналар аускультацияси. Траубе икки товуши, паталогик, диастолик Винаградов-Дюразье шовқини. Томирларни текшириш. Қоида ва усулари. Пульсни асосий характеристикаси. Артериал қон босимни ўлчаш қоида, усул ва техникаси. Максимал, минимал, ўрта босим. "Тасодифан" ва асосий босим. Гипертония ва гипотония ҳақида тушунча. Оксиллография, сфигмография, капиллярскопия. Пульс тўлқини тезлигини аниқлаш. Флебология. Вена босими, аниқлаш усули. Қон оқиш тезлигини ўлчаш, диагностик аҳамияти. Айланиб юрувчи қон миқдори. Юрак қон чиқариши ва периферик қаршилик. Ортастик синама: нафас олишни тўхтатиб текшириш синамаси.

Ревматизм этиологияси ва патогенези, беморларни текшириш. Ревматизм ва бирламчи ревмокардит симптоматологияси.

Юрак иллатлари. Орттирилган юрак илллати этиологияси, патогенези. Митрал қопқоқ етишмовчилиги, гемодинамикаси, симптоматологияси (шикояти, кўздан кечириш, пальпация, перкуссия, аускультация). Митрал стеноз. Гемодинамикаси шикояти. Кўздан кечириш. Пальпация, перкуссия, аускультация. Митрал иллатларда ЭКГ, ФКГ, ва ЭХОКГ ўзгараши.

9-модуль. Аортал нуқсонлар. Учта вақали қопқоқ етишмовчилиги симптоматологияси.

Аортал қопқоқ етишмовчилиги. Гемодинамикаси. Шикояти. Кўздан кечириш. Пальпация, перкуссия, аускультация. Аортал стеноз гемодинамикаси, симптоматологияси (шикояти, кўздан кечириш, пальпация, перкуссия, аускультация ЭКГ, ЭХОКГ, ФКГ)

Қон айланиш етишмовчилиги ҳақида тушунча. Юрак етишмовчилиги механизми. Ўткир ва сурункали юрак етишмовчилик синдроми. Чап қоринча етишмовчилиги. Клиник кўриниши (юрак астмаси, ўпка шиши диагностикаси, шошилинич ёрдам). Сурункали юрак етишмовчилик босқичлари (компенсацияланган ва декомпенсацияланган). Юрак етишмовчилик компенсация механизми.

10-модуль. Гипертония касаллиги. Юрак ишемик касаллиги, юрак санчиғи, миокард инфаркти, кардиосклероз симптоматологияси.

Гипертония касаллиги ҳақида тушунча. Этиология. Патогенез. Симптоматология. Шикояти, кўздан кечириш, пальпация, перкуссия, аускультация. Лаборатор - инструментал диагностикаси. Гипертоник криз

хақида тушунча, шошилинч ёрдам. Симптоматик гипертензия (буйрак, эндокрин, марказий, гемодинамик).

Юрак ишемик касаллиги хақида тушунча. Этиология. Патогенез, стенокардия классификацияси симптоматологияси. ЭКГ диагностика. Стенокардия хуружини тўхтатиш.

Миокард инфаркти. Этиологияси. Патогенези. Симптоматологияси. ЭКГ–диагностикаси (босқичлари ва локализацияси). Шошилинч ёрдам.

11-модуль. Хазм килиш аъзолари касалликлари билан касалланган беморларни субъектив ва объектив текшириш усуллари. Ўткир ва сурункали гастритлар. Яра касаллиги. Ошқозон раки ва уни эрта аниқлаш усуллари. Сурункали энтерит ва колитлар симптоматологияси.

Хазм аъзолари касалликлари билан оғриган беморларни текшириш усуллари. Сўраб-суриштириш. Асосий шикоятлари оғриқ: ҳосил бўлиш механизми, локализацияси, иррадиацияси, овқатга боғлиқлиги, характери, ич кетиш билан боғлиқлиги, интенсивлиги, кун давомида қачон пайдо бўлиши, давом этиши. Оғриқ йўқолиши: ўз-ўзидан ёки дори ичгандан, иссиққилгандан, қайт қилгандан кейин. Қусиш, механизми пайдо бўлиш вақти (наҳорга ёки овқатдан кейин - эрта, кечки). Қусуқ таркиби, миқдори, қон аралашуви, аҳлатли қусуқ, кўнгил айнаш - механизми, диагностик аҳамияти, пайдо бўлиш вақти, сони, интенсивлиги, даволийлиги. Кекириш - ҳаво билан, овқат билан, пайдо бўлиш вақти, интенсивлиги, тана ҳолатига боғлиқлиги. Жиғилдон қайнаши сони, пайдо бўлиш шароити, давомийлиги, овқатга боғлиқлиги. Иштаҳа: яхши, ўрта, йўқ, оғизда тахирлик, оғиз қуриши, ноҳуш таъм сезиш, сўлак оқиш, таъм билмаслик. Ютиниш: эркин, оғриқли, қийин (дисфагия). Диагностик аҳамияти. Метеоризм, қорин ғулдираши, қоринда оғирлик. Ичак фаолияти: ич келиш сони, характери, миқдори, қон аралашуви. Диарея сабаби, диагностик аҳамияти. Ич қотиши механизми. Оғиз бўшлиғини кўздан кечириш, бодом безлари, шиллиққавати, тишлар. Тил, намлиги, ранги, характери, сўрғичлари, карачланганлиги, ёрилиш борлиги.

Қоринни вертикал, горизонтал ҳолатда кўздан кечириш. Қоринни топографик соҳаларга бўлиш. Нафас актида қорин деворининг ҳаракати. Қорин олдинги юзасида, ён деворида веноз коллатераллар ривожланиши. Медуза боши пигментация, чурра ошқозон перистальтикаси, антиперестальтикаси. Пальпация. Юзаки пальпация усули. Тери ва тери ости ёғқавати ҳолати. Чурра, мускуллар ажралишини аниқлаш. Шеткин-Блюмберг симптоми, методик, сирпанувчи, Образцов-Стражеско усулида пальпация. 4 моментли ичак пальпацияси кетма-кетлиги аъзоларга нисбатан жойлашуви, ҳаракатчанлиги, оғриқ, консистенция, катталиги, юзаси, ғулдираш бор-йўқлиги. Жигар, талоқ, буйрак пальпацияси. Ошқозон ишрасини ва ўтқи текшириш, олинган натижаларни интерпритация қилиш. Дуоденал зондлаш методикаси, ўтқи 3 порциясини микро, макроскопик текшириш, диагностик

аҳамияти.

Ҳазм аъзоларини инструментал текшириш усуллари. (рентгенологик, эзофагогастроуденофиброскопия ректороманоскопия). Ошқозон-ичак трактини рентгенологик текшириш, диагностик аҳамияти. Ошқозон ичак йўллари эндоскопик текшириш. Гастроскопия. Колоноскопия. Ректороманоскопия. Эндоскопия усулини рентгенологик текширув усулидан афзаллиги.

Гастритлар, этиологияси, патогенези ва таснифи. Ўткир ва сурункали гастрит симптоматологиясини. Ошқозон ва 12 бармоқли ичак яра касаллиги этиологияси. Патогенези симптоматологияси.

Энтерит ва колитлар симптоматологияси этиологияси, патогенези, симптоматологияси. Копрологик текширув. Диагностик аҳамияти ва олинган натижаларни интерпритация қилиш.

12-модуль. Жигар ва ўт йўллари касалликлари билан касалланган беморларни субъектив ва объектив текшириш усуллари. Асосий клиник синдромлар: сариклик, портал гипертензия, жигар етишловчилиги.

Гепатитлар ва жигар циррозининг симптоматологияси

Жигар ва ўт йўллари касаллиги билан оғриган беморларни сўраб-суриштириш. Асосий шикоятлари: оғриққосил бўлиш механизми, локализацияси, характери, давомийлиги, иррадиацияси, сабаблари, кучайиши, сусайиши, оғриқ тўхташи, диагностик аҳамияти. Диспепсия: иштаҳа ўзгариши, оғизда тахирлик, кекириш, кўнгил айлаш, қайт қилиш, қорин димланиши, ҳулдираши. Сариклик: тери рангини ўзгариши, сийдик, ахлат ўзгариши. Диагностик аҳамияти. Тери қичиши. Қон кетиш ва геморрагик диатезни бошқа кўринишлари. Қорин катталашуви. Кўздан кечириш. Умумий кўриниши, тери ости ёғқаватини ўзгариши. Теридаги ўзгаришлар: сарғайиш, томирли юлдузчалар, жигар кафти, ноғарасимон бармоқлар, гинекомастия, эритема, диагностик аҳамияти. Қоринни кўздан кечириши: асцит ёки чегараланган (талок, жигар ўт қопи катталашуви). Киндик ҳолати. Қоринни олдинги деворида вена тугларини ҳосил бўлиши. Жигар пальпацияси, қирраси, консистенцияси, юзи, оғриқлилиги. Қорин перкуссияси, асцитни аниқлаш. Курлов буйича жигар ўлчамини аниқлаш.

Асосий клиник синдромлар ҳақида тушунча сариклик портал гипертензия, жигар етишловчилиги. Сариклик. Сариклик турлари. Сарикликнинг механизми ва патогенези. Билирубин алмашинувчини схемаси. Портал гипертензия симптоматологияси. Жигарни пигмент, углевод, ёғ алмашинувчини текшириш (қонни биокимёвий текшириш), микроэлементларни текшириш (темир, мис) тушунчалари ва аҳамияти. Ферментларни текшириш жигарнинг зарарсизлантирувчи, чиқарувчи фаолиятини текшириш жигар структураси ва фаолиятини радиоизотоп билан текшириш, радиометрик текшириш, жигарни сканерлаш методикалари. Ўт қопини сканерлаш методикаси. Рентген усули билан текшириш: холицистография, холеграфия, компьютер томография.

Жигар етишловчилиги механизми ва симптоматологияси. Сурункали холецистит ва гепатитлар симптоматологияси. Шикоятлари, кўздан кечириш, пайпаслаш, тукиллатиш. Касалликлар этиологияси ва патогенези ҳақида умумий тасаъвур. Жигар циррози симптоматологияси. Шикоятлари, кўздан кечириш, пайпаслаш, тукиллатиш. Касалликлар этиологияси ва патогенези ҳақида умумий тасаввур.

13-модуль. Буйрак касалликлари билан касалланган беморларни субъектив ва объектив текшириш усуллари. Асосий клиник синдромлар: сийдик, нефротик, гипертоник. Уткирва сурункали гломерулонефрит ва пиелонефритларни симптоматологияси.

Буйрак касаллиги билан касалланган беморларни сўраб-суриштириш, кўздан кечириш, пальпация, асосий клиник синдромлар, асосий шикоятлар ва уларнинг патогенези ҳақида умумий тушунча. Оғриқлар, уларнинг таҳлили. Шишлар жойлашуви, тарқалиши. Дизурик бузилишлар. Пешобни лаборатор текшириш усуллари. Функционал буйрак синамалари (Зимницкий, Ничепоренко, Реберга). Олинган натижаларни интерпритация қилиш.

Нефритлар симптоматологияси. Ўткир ва сурункали пиелонефрит, гломерулонефритнинг этиологияси ва патогенези ҳақида умумий тушунча.

14-модуль. Қон тизими касалликлари билан касалланган беморларни субъектив ва объектив текшириш усуллари. Клиник, лаборатор ва инструментал текшириш усуллари. Анемия ва лейкозларни симптоматологияси.

Қон касаллиги билан касалланган беморларни сўраб-суриштириш ва текшириш усуллари (шикоятини, анамнез йиғиш, наслий факторлар). Оғриқ томоқда, суякларда, ўнг ва чап қовурға остида. Қон кетиши: бурундан, милклардан, меъда-ичак тизимидан, бачадон ва бошқа органлардан. Тери кичиши, безгак, кўздан кечириш. Тери ва шиллиқ қаватларда ўзгаришлар, регионар лимфа тугунларининг катталашини. Лимфа тугунларни пайпаслаш. Жигар, талоқни пайпаслаши, консистенцияси, юзаси ва қирраси, оғриқлар. Петехиялар. Қонни текшириш. Умумий қон анализини клиник аҳамияти ва олинган натижаларни интерпритация қилиш.

Анемиялар симптоматологияси. Камқонликлар. Этиология ва патогенези тўғрисида умумий тушунчалар. Камқонликлар таснифи. Темир етишмовчилик, постгеморрагик, гемолитик камқонликлар симптоматологияси. Лейкозлар симптоматологияси. Этиология ва патогенез тўғрисида умумий тушунчалар. Лейкозлар таснифи. Ўткир ва сурункали (миелолейкоз ва лимфолейкоз) лейкозлар симптоматологияси.

15-модуль. Эндокрин тизим касалликлари билан касалланган беморларни субъектив ва объектив текшириш усуллари. Қалқонсимон без касалликлари симптоматологияси. Қандли диабет симптоматологияси.

Ички секреция безлари касалликларини билан оғриган беморларни сўраб-суриштириш (шикоят, анамнез йиғиш, наслий факторлар). Шикоятлар: ҳолсизлик, озиш, семириш, чанқоқ, иштаҳа, иситма ҳолати, юқори кўзгалувчанлик, тери қичиши, юрак уриши, тери қопламларини ранги ўзгариши, кўриши. Умумий ҳолат. Эс-хуши. Бўй ва унинг пропорциялари ўзгариши. Жинси ва ёш белгилари. Тери қопламлари ўзгариши. Терида тошмалар, стриялар борлиги. Тери ости ёғ клеткасининг ривожланиши ва бир текис тарқалиши. Шишлар. Ҳолсизлик. Суяк системасини ўзгариши. Тананинг айрим қисмларини кўриниши симптомларини аниқлаш. Юзни ўзгариши, бўйин соҳасини ўзгариши. Қолқонсимон без касалликлари. Гипо ва гипертериоз симптоматологияси. Қандли диабет этиопатогенези, симптоматологияси. Диабетик ва гипогликемик комалар тўғрисида тушунча. Тез ёрдам асослари.

15-модуль. Бириктирувчи туқима тизимли касалликлари билан касалланган беморларни субъектив ва объектив текшириш усуллари. Ревматоидли артрит, тизимли кизил бурича, склеродермия симптоматологияси.

Амалий машғулотлар

Амалий машғулотларни ташкил этиш бўйича кўрсатма ва тавсиялар

Амалий машғулотларини ўтказишда қуйидаги дидактик тамойилларга амал қилинади:

- амалий машғулотларининг мақсадини аниқ белгилаб олиш;
- ўқитувчининг инновацион педагогик фаолияти бўйича билимларни чуқурлаштириш имкониятларига талабаларда қизиқиш уйғотиш;
- талабада натижани мустақил равишда қўлга киритиш имкониятини таъминлаш;
- талабани назарий-методик жиҳатдан тайёрлаш;
- амалий машғулотлари нафақат аниқ мавзу бўйича билимларни яқунлаш, балки талабаларни тарбиялаш манбаи ҳамдир.

Амалий машғулотларнинг тахминий рўйхати

Ички касалликлар пропедевтикасининг вазифалари. Беморни текшириш тартиби.

- Касаллик тарихи схемаси.
- Беморни умумий кўздан кечириш.
- Температура эгрилиги. Антропометрия.
- Пальпация текширув усули сифатида.
- Перкуссия объектив текширув усули.
- Аускультация.

- Беморларни функционал ва инструментал текширув усуллари.
- Лаборатор машгулотлар.
- ЭКГ олиш ва тахлил килиш.
- Нафас олиш тизими.
- Юрак-қон томирлар системаси
- Овқат ҳазм қилиш системаси.
- Сийдик айирув системаси.
- Қон тизими.
- Эндокрин система.
- Бириктирувчи тукима касалликлари.
- Аллергик касалликлар буйича тушунча.

Лаборатория ишларини ташкил этиш бўйича кўрсатмалар

Фан бўйича лаборатория ишлари ўқув режада назарда тутилмаган.

Курс ишини ташкил этиш бўйича услубий кўрсатмалар

Даволаш ва тиббий педагогика таълим йўналишлари бўйича касаллик тарихи текшириш кўздатутилган.

Мустақил таълимни ташкил этишнинг шакли ва мазмуни

Талаба “ИКП” фанидан мустақил таълимни ташкил этишда муайян фаннинг хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда қуйидаги шакллардан фойдаланиш тавсия этилади ва жорий назорат сифатида баҳоланади:

1) мавзулар бўйича конспект (реферат, тақдимот) **тайёрлаш.** Назарий материални пухта ўзлаштиришга ёрдам берувчи бундай усул ўқув материалига диққатни кўпроқ жалб этишга ёрдам беради. Талаба конспекти турли назорат ишларига тайёргарлик ишларини осонлаштиради, вақтни тежайди;

2) ўқитиш ва назорат қилишнинг автоматлаштирилган тизимлари билан ишлаш. Талабалар маъруза ва амалий машгулотлар давомида олган билимларини ўзлаштиришлари, турли назорат ишларига тайёргарлик кўришлари учун тавсия этилган электрон манбалар, инновацион дарс лойиҳаси намуналари, ўз-ўзини назорат учун тест топшириқлари в.б;

3) фан бўйича қўшимча адабиётлар билан ишлаш. Мустақил ўрганиш учун берилган мавзулар бўйича талабалар тавсия этилган асосий адабиётлардан ташқари қўшимча ўқув, илмий адабиётлардан фойдаланадилар. Бунда рус ва хорижий тиллардаги адабиётлардан фойдаланиш рағбатлантирилади;

4) ИНТЕРНЕТ тармоғидан фойдаланиш. Фан мавзуларини ўзлаштириш, рефератлар, презентацияларни тайёрлашда мавзу бўйича

ИНТЕРНЕТ манбаларини топиш, улар билан ишлаш назорат турларининг барчасида қўшимча рейтинг баллари билан рағбатлантирилади;

5) мавзуга оид масалалар, кейс-стадилар ва ўқув лойиҳаларини ишлаб чиқиш ва иштирок этиш;

6) амалиёт турларига асосан материал йиғиш, амалиётдаги мавжуд муаммоларнинг ечимини топиш, ҳисоботлар тайёрлаш;

7) илмий семинар ва анжуманларга тезис ва мақолалар тайёрлаш ва иштирок этиш;

Уйга берилган вазифаларни бажариш, янги билимларни мустақил ўрганиш, керакли маълумотларни излаш ва уларни топиш йўлларини аниқлаш, Интернет тармоқларидан фойдаланиб маълумотлар тўплаш ва илмий изланишлар олиб бориш, илмий тўгарак доирасида ёки мустақил равишда илмий манбалардан фойдаланиб илмий мақола (тезис) ва маърузалар тайёрлаш кабилар талабаларнинг дарсда олган билимларини чуқурлаштиради, уларнинг мустақил фикрлаш ва ижодий қобилиятини ривожлантиради. Уй вазифаларини текшириш ва баҳолаш амалий машғулот олиб борувчи ўқитувчи томонидан, конспектларни ва мавзунини ўзлаштириш даражасини **текшириш** ва баҳолаш эса маъруза дарсларини олиб борувчи ўқитувчи томонидан ҳар дарсда амалга оширилади.

Мустақил ишни ташкил этиш бўйича услубий кўрсатма ва тавсиялар, кейс-стади, вазиятли масалалар тўплами ишлаб чиқилади. Унда талабаларга асосий маъруза мавзулари бўйича амалий топшириқ, кейс-стадилар ечиш услуби ва мустақил ишлаш учун вазифалар белгиланади.

Уйга берилган вазифаларни бажариш, янги билимларни мустақил ўрганиш, керакли маълумотларни излаш ва уларни топиш йўлларини аниқлаш, Интернет тармоқларидан фойдаланиб маълумотлар тўплаш ва илмий изланишлар олиб бориш, илмий тўгарак доирасида ёки мустақил равишда илмий манбалардан фойдаланиб илмий мақола (тезис) ва маърузалар тайёрлаш кабилар талабаларнинг дарсда олган билимларини чуқурлаштиради, уларнинг мустақил фикрлаш ва ижодий қобилиятини ривожлантиради. Уй вазифаларини текшириш ва баҳолаш амалий машғулот олиб борувчи ўқитувчи томонидан, конспектларни ва мавзунини ўзлаштириш даражасини **текшириш** ва баҳолаш эса маъруза дарсларини олиб борувчи ўқитувчи томонидан ҳар дарсда амалга оширилади.

Мустақил ишни ташкил этиш бўйича услубий кўрсатма ва тавсиялар, кейс-стади, вазиятли масалалар тўплами ишлаб чиқилади. Унда талабаларга асосий маъруза мавзулари бўйича амалий топшириқ, кейс-стадилар ечиш услуби ва мустақил ишлаш учун вазифалар белгиланади.

№	ТМИ мавзуси	соатлар
1.	Уткир респиратор дистресс синдром	3
2.	Астматик статус.	3
3.	Ўпка эмфиземаси.	3

4.	Обструктив нафас етишмовчилиги диагностикаси.	3
5.	Бронхоэктатик касаллик диагностикаси.	3
6.	Упка абсцесси.	3
7.	Упка касаллиги натижасида юрак касалликлари.	3
8.	Инфекцион экдокардит.	3
9.	Гипертоник кризлар.	3
10.	Гипотония касаллиги.	3
11.	Уткир коронар синдром.	3
12.	Уткир кон айланиш етишмовчилиги.	3
13.	Сурункали кон айланиш етишмовчилиги.	3
14.	Одам гельминтоз касалликлари	3
15.	Ошкозон ичак трактини имунопатологияси	3
16.	Сурункали панкреатит.	3
17.	Рефлюкс эзофагит.	3
18.	Буйрак касалликлари имунопатологияси.	3
19.	Тубулоинтерстеционал нефропатиялари.	3
20.	Ревматоид артрит имунопатологияси.	3
21.	Анемиялар (Темир танқис анемиялар)	3
22.	Қандли диабет. Диабетик ва гипогликемик кома	3
23.	Ревматоидли артрит.	3
24.	Тиреотоксикоз	3
25.	Аддисон касаллиги симптоматологияси	3
26.	Бехтеерев касаллиги симптоматологияси	3
27.	Бўғим синдроми қиёсий диагностикаси	2
28.	Гипер ва гипогликемик комалар қиёсий диагностикаси	2
29.	Лейкозлар	2
30.	Эритроцитозия симптоматологияси	2
31.	Тизимли қизил бўрича ташҳис мезонлари	2

Жами

88соат

Фойдаланиладиган адабиётлар рўйхати

Асосий адабиётлар

1. Гадаева; Каримов М.Ш.; “Ички касалликлар пропедевтикаси” Т.

- 2012;
2. Мухин Н.А., Моисеев В.И. "Пропедевтика внутренних болезней", М. 2000.
 3. Василенко В.Х., Гребенев А.Л. "Пропедевтика внутренних болезней", М.1989

Қўшимча адабиётлар

1. Гребенев А.Л. "Пропедевтика внутренних болезней", М. 2001.
2. Струтынский А.В. "Основы семиотики заболеваний внутренних органов" М. 2004. МЕДпресс-информ.
3. Карабаева Р.А. Практикум по пропедевтике внутренних болезней, 1992.
4. Терапия пер. с англ. \ под ред. Чучалина М. 1997.
5. Геотар М. Терапевтический справочник Вашингтонского университета, пер. с англ. -1996.
6. Textbook. Harrison's principles of internal medicine. Fauci A. Braunwald E ed. McGraw-Hill, 1998.
7. Textbook of internal medicine. William N. Kelley ed. Lippincott - Ravenpublishers, 1997.
8. Перевод с английского под редакцией акад. РАМН В.Т.Ивашкина "Внутренние болезни по Дэвидсону" Геотар М. 2009

Интернет сайтлари:

1. www.tma.uz
2. www.ziyonet.uz
3. www.medlincs.ru
4. www.medbook.ru.

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY VA O'RTA MAXSUS TA'LIM VAZIRLIGI
O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
ABU ALI IBN SINO NOMIDAGIBUXORO DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI
ICHKI KASALLIKLAR PROPEDEVTIKASI KAFEDRASI**

O'quv bo'limi
tomonidan ro'yxatga
olindi № _____
«_____» _____ 2021y.

“Tasdiqlayman”
O'quv ishlari bo'yicha prorektori
t.f.n., dots _____ G.J. Jarilkasimova
“_____” _____ 2021 y

**ICHKI KASALLIKLAR PROPEDEVTIKASI FANI BO'YICHA MODULNING
ISHCHI O'QUV DASTURI 2021-2022 O'QUV YILI**

Ta'lim yo'nalishi:

Bilim sohasi:	500000	– Sog'liqni saqlash va ijtimoiy ta'minot
Ta'limsohasi:	510000	– Sog'liqni saqlash
Ta'lim sohasi :	5510700	– Davolash ishi
	5111000	- Kasbiy ta'lim

Kurs	3
Soat hajmi	155 soat
Shu jumladan:	
Ma'ruza	20 soat
Amaliy mashg'ulot	24 soat
Klinik mashg'ulot	46 soat
Mustaqil ish	65 soat

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

Tuzuvchi:

Narziyev Sh. S. – Ichki kasalliklar propedevtikasi kafedrasida katta o'qituvchisi, t.f.n.

Taqrizchi:

Axmedova N.Sh. – Fakultet va gospital terapiya, gematologiya va klinik laboratoriya kafedrasida dotsenti

Ushbu ishchi dastur o'quv dasturi va o'quv reja asosida 5510700- davolash ishi, 5111000 - Kasbiy ta'lim yo'nalish bo'yicha tuzilgan va kafedra yig'ilishida muhokama qilingan va tasdiqlangan.

Bayonnoma № _____ « _____ » _____ 2021y.

Kafedra mudiri: t. f. d., prof. _____

(imzo)

Nurboyev F.E.

FUK rahbari: Obloqulov A.R.– Yuqumli kasalliklar, epidemiologiya, teri-tanosil kasalliklari kafedrasida mudiri, t.f.d., dotsent _____

Ushbu ishchi dastur o'quv dasturi va o'quv reja asosida 5510700- davolash ishi, 5111000 - Kasbiy ta'lim yo'nalish bo'yicha tuzilgan va Buxoro davlat tibbiyot instituti markaziy uslubiy kengashida muhokama qilingan va tasdiqlangan.

Bayonnoma № _____ « _____ » _____ 2021 y.

Uslubchi:

Odilova R. H.

KIRISH

Ichki kasalliklar propedevtikasi barcha kasalliklarning simptom va sindromlarini, ichki a'zolar kasalliklari diagnostikasida qo'llaniladigan kasallik va yangi tekshiruv usullarini, tashxis qo'yish va bemorning tibbiy bayonnomasini yozishni o'rgatadi. Simptomatologiya va diagnostikani o'qitishni xususiy patologiyani o'rgatishdan ajratib bo'lmaydi, ya'ni, bir tomondan o'rganish yo'llari va bilish usullari, boshqa tomondan ob'ektiv bilish orasida farq bo'lmasligi kerak. Simptomatologiya, diagnostika va xususiy patologiya asoslari ajralmas bog'liqlikda o'rganilishi kerak. Asosiy terapevtik kasalliklarni o'rganish simptomlarning klinik ahamiyatini illyustratsiyasidir. Talabalar diagnostika usullariga muayyan bemor kasalligi tarixini tahlil qilishga ko'nikadilar. Talaba klinikada ishlashning birinchi kunlaridanoq ichki kasalliklar propedevtikasi vazifalaridan biri bo'lgan vrachlik deontologiyasi asoslarini ham o'rganib olishi lozim. Propedevtikani bilish keyinchalik terapiyani emas, balki boshqa klinik intizomlarni ham o'rganish uchun zarur. Kasalliklar simptomlarini va asosiy diagnostik usullarni bilishi, tashxis uslublariga faqatgina terapevt emas, balki, xirurg, ginekolog, nevropatolog va boshqa barcha klinik mutaxassislar ham ega bo'lishlari shart.

Bakalavr ichki kasalliklar propedevtikasi fani bo'yicha nazariy, uslubiy, tashkiliy va amaliy ko'nikmalarni o'zlashtirish orqali mustaqil ishga ya'ni umumiy amaliyot vrachi bo'lishiga tayyorlanishi, hamda ularni klinik, laborator, funktsional va asbobiy tekshiruvlar natijalarni tahlil qilib, diagnoz qo'yishga o'rganadi.

Ichki kasalliklar propedevtikasi fanini o'rganish jarayonida talabalarda kasallik, diagnoz, diagnostika prinsiplarini simptom, sindromlarni kelib chiqishi mexanizmlari to'g'risida hozirgi zamon tushunchalarini shakllantirish talabalar ongida vrachlik odobi va axloqi va deontologiyasi asoslarini singdirishdir.

Ichki kasalliklar propedevtikasi fani orqali talaba organizmdagi asosiy patologig jarayonlarni vujudga kelish sabablarini va ularni rivojlanish mexanizmlarini asosiy simptom va sindrom haqida tushunchalarni fizikal tekshirishni o'tkazishni, ko'zdan kechirish, paypaslash, tukkillatish, eshitish, arterial bosimni o'lchash, pulsni aniqlash, EKG ni yozib olish, qon, siydik, najas, balg'am, me'da shirasi, duodenal mahsulotlarni, plevral suyuqligini umumiy tahlili va ularni klinik baholash, klinik o'lim hollarida reanimatsiya chora- tadbirlarini ko'rishni, shifokorlik deontologiyasi asoslarini bilishlari shart.

Ichki kasalliklar propedevtikasi fani o'qitish fani normal anatomiya, normal fiziologiya, umumiy biologiya va tibbiyot genetikasi, bioximiya va mikrobiologiya fanlari bilan vertikal integratsiya va patologik anatomiya, patologik fiziologiya, umumiy xirurgiya va farmakologiya fanlari bilan gorizontol integratsiya asosida olib boriladi.

Ishchi o'quv modulning maqsadi va vazifalari

Fanni o'qitishdan maqsad- talabalarni propedevtika fani bo'yicha tanishtirish va vrach deontologiyasi, yatrogeniya, bemorlarni klinik tekshirish usullari bo'yicha tanishtirish (so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, auskultatsiya) organ va sistemalarni qadamba- qadam tekshirishni, sistema bo'yicha sindrom va simptomlarni asosiy qonuniyatlarini o'rganish, a'zolarni laborator va instrumental tekshirishni va interpretatsiya qilish ko'nikmalarini egallashdan iborat.

Fanning vazifasi- uni o'rganuvchilarga:

talabalarni vrach texnikasi yoki tekshirish usullariga o'rgatish

sindrom va simptomlarni asosiy qonuniyatlarini o'rgatish
organ va sistemalarni qadamba-qadam tekshirishni o'rgatish
a'zolari laborator va instrumental tekshirishni va interpretatsiya qilish o'rgatish
olingan tekshiruv natijalari asosida diagnostik xulosani qo'ya bilish,
ichki kasalliklarning nozologik formalarini savollarini o'rganish
ichki kasalliklarning asosiy davolash printsiplarini o'rgatish

Fan bo'yicha talabalarning tasavvur, bilim, ko'nikma va malakalariga qo'yiladigan talablar

Asosiy klinik tashxis qoyish usullari ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, auskultatsiya usullarini bilish va amaliyotda qo'llash. Bemorlarni mustaqil ravishda so'rab surishtirish va organizmdagi patologik jarayonlar etiologiyasi va patogenezini haqida tasavvurga ega bo'lishi kerak.

- shifokor deontologiya asoslari.

- kasalliklarning asosiy simptom va sindromlari haqidagi tushunchalarga ega bo'lishlari kerak. Qo'shimcha tashxis uchun kerakli bo'lgan laboratoriya analizlarini tahlil qilishni bilishi va ulardan foydalana olishi;

-ko'p tarqalgan, tipik formada kechuvchi ichki kasalliklarning asosiy diagnostikasi

- birinchi tez tibbiy yordam berish choralarini tushunchasiga ega bo'lishi va asosiy tibbiy hujjatlarni yurita olish ko'nikmalariga va malakalariga ega bo'lishi kerak.

Fanning o'quv rejasidagi boshqa fanlar bilan o'zaro bog'liqligi va uslubiy jihatidan uzviy ketma-ketligi

Ichki kasalliklar propedevtikasi fani tibbiy- klinik fan hisoblanib, 5 va 6 semestrlarda o'qitiladi. Dasturni amalga oshirish o'quv rejasida rejalashtirilgan matematik va tibbiy –ilmiy (odam anayomiyasi va patologik anatomiya, normal va patologik fiziologiya, farmakologiya) fanlaridan yetarli bilim va ko'nikmalarga ega bo'lishlik talab etiladi.

Fanning ilm-fan va ishlab chiqarishdagi o'rni

Umumiy amaliyot shifokorini tayyorlashda propedevtika fani katta ahamiyatga ega. Chunki bu fan bakalavrlarga bemorlarni tekshirish usullarini o'rgatadi (anamnez yig'ish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, auskultatsiyani) hamda laborator instrumental tekshirish usullarini chuqur o'rgatadi.

Fanni o'qitishda zamonaviy axborot va pedagogik texnologiyalar

Talaba ichki kasalliklar propedevtikasi fanini o'zlashtirishda ta'limning innovasion usullaridan foydalanishi, yangi pedagogic, axborot va internet texnologiyalarni tadbiq qilishi muhim ahamiyat kasb etadi. Fanni o'zlashtirishda o'quv va uslubiy ta'minot (darslik, o'quv va uslubiy qo'llanmalar, modul topshiriqlari, ma'ruza matnlari, tarqatma materiallar, kompyuter dasturlari, elektron materiallar hamda EKG, videotizimlardan)dan foydalanish tavsiya etiladi. Ma'ruza va amaliy mashg'ulotlarda turli metod va vositalardan, xususan, aqliy hujum, klaster, amaliy ish va didaktik o'yinlar, portfolio, keys-stadi, shuningdek, kompyuter dasturlaridan, internet tizimlaridan foydalanish mumkin.

Shaxsga yo'naltirilgan ta'lim. Bu ta'limga o'z mohiyatiga ko'rata ta'lim jarayonining barcha ishtirokchilarini to'laqonli rivojlanishlarini ko'zda tutadi. Bu esa ta'limni loyihalashtirilayotganda, albatta, ma'lum bir ta'lim oluvchining shaxsini emas, avvalo

kelgusidagi mutahassislik faoliyati bilan bog'liq o'qish maqsadlaridan kelib chiqqan holda yondashilishni nazarda tutadi.

Tizimli yondashuv. Ta'lim texnologiyasi tizimning barcha belgilarini o'zida mujassam etmog'I lozim: jarayoning mantiqiyiligi, uning barcha bo'g'inlarini o'zaro bo'glanganligi, yahlitligi.

Faoliyatga yo'naltirilgan yondashuv. Shaxsning jarayonli sifatlarini shakllantirishga, ta'lim oluvchining faoliyatini aktivlashtirish va intensivlashtirish, o'quv jarayonida uning barcha qobiliyati va imkoniyatlari, tashabbuskorligini ochishga yo'naltirilgan ta'limni ifodalaydi.

Dialogik yondashuv. Bu yondashuv o'quv munosabatlarini yaratish zaruriyatini bildiradi. Uning natijasida shaxsning o'z-o'zini faollashtirishi va o'z-o'zini ko'rsata olishi kabi ijodiy faoliyati kuchayadi.

Hamkorlikdagi ta'limni tashkil etish. Demokratik, tenglik, ta'lim beruvchi va oluvchi faoliyat mazmunini shakllantirishda va erishilgan natijalarni baholashda birgalikda ishlashni joriy etishga e'tiborni qaratish zarurligini bildiradi.

Muammoli ta'lim. Ta'lim mazmunini muammoli tarzda taqdim qilish usuli ta'lim oluvchi faoliyatini aktivlashtiradi. Bunda ilmiy bilimni ob'ektiv qarama-qarshiligi va uni hal etish usullarini ijodiy tarzda qo'llanilishi dialektik mushohadani shakllantiradi va rivojlantiradi natijada talabani mustaqil ijodiy faoliyati ta'minlanadi.

Axborotni taqdim qilishning zamonaviy vosita va usullarini qo'llash – yangi kompyuter va axborot texnologiyalarini o'quv jarayoniga tatbiq etish.

O'qitishning usullari va texnikasi. Ma'ruza (kirish, mavzuga oid, vizuallashtirish), muammoli ta'lim, keys-stadi valoyihalash usullari, amaliy ishlar.

O'qitishni tashkil etish shakllari: dialog, polilog, muloqot hamkorlik va o'zaro o'rganishga asoslangan frontal, kollektiv va guruh.

O'qitish vositalari. O'qitishning an'anaviy shakllari (darslik, ma'ruzatni) bilan birqatorda – kompyuter va axborot texnologiyalari.

Kommunikatsiya usullari: tinglovchilar bilan operativ teskari aloqaga asoslangan bevosita o'zaro munosabatlar.

Teskari aloqa usullari va vositalari: kuzatish, blits-so'rov, oraliq, joriy va yakuniy nazorat natijalarini tahlili asosida o'qitish diagnostikasi.

Boshqarish usullari va vositalari: o'quv mashg'uloti bosqichlarini belgilab beruvchi texnologik xarita ko'rinishdagi o'quv mashg'ulotlarini rejalashtirish, qo'yilgan maqsadga erishishda o'qituvchi va talabaning birgalikdagi harakati, nafaqat auditoriya mashg'ulotlari mashf'ulotlari, balki auditoriyadan tashqari mustaqil ishlarning nazorati.

Monitoring va baholash: o'quv mashg'ulotida ham butun dars davomida ham o'qitishning natijalarini rejali tarzda kuzatib borish. Sikl oxirida OSKI yordamida tinglovchilarning bilimlarini baholash.

Fanning hajmi, mashg'ulotlar va reyting baholash tarkibi

semestr	Jami soat	Audatoriya soat	ma'ruza	Amaliy mashg'ulot	Klinik mashg'ulot	Mustaqil Ta'lim	Nazorat turi		
							Reyting bali		
							j/n	o/n	ya/n
5	155	90	20	24	46	65	0,5	0,2	0,3

Interfaol usullar

1. "Assisment" usuli

O'qituvchi trener qo'lida qog'oz 4 ga bo'lingan.

Mavzuga oid simptomni aytib berish.

Muammoli masalani echish.

Test yechish.

Amaliy ko'nikmani bajarish.

2. "Moychechak" usuli:

Oldindan moychechak maketini plakatda, doskada tayyorlab qo'ying.

Moychechak barglarining teskari tomoniga savol yozib, 2-3 tasiga "priz" yoki "savolga javob berishingiz shart emas, dam oling" deb yozib qo'ying. Guruh qatnashchilari navbat bilan moychechak barglaridan olib, tegishli savolga javob berishadi.

3. "Syurprizni top" o'yini:

Mashg'ulot boshlanishi oldidan qog'oz parchalariga savol yozilib, ko'rinmaydigan joyga yopishtirib qo'yiladi.

Qatnashchilar dars xonasiga kirishgach, ularga ba'zi birlari sovg'a topishlari mumkinligi aytiladi. Navbat bilan stol tagidan topilgan qog'ozlardagi savollarga javob beriladi.

4. "Miya shturmi" usuli.

Usulning asosiy koidalari:

-fikrlarni tuzishga xalakit beradigan xech kanakangi ogoxlantirish ishlari va kritikalar bulmasligi

-agar fikr kanchalik gayritabiyy bulsa, shuncha yaxshiligini inobatga olish

-kuprok takliflar olishga xarakat kilish

-fikrlarni kombinatsiyalash va rivojlantirish

-keng asoslab bermay, kiska ta'rif berish

-guruxning fikrlarini aytadigan va kayta ishlaydiganlarga bulish

Ushbu metod talabalarga uz fikrlarini asoslash, ximoya kilish, mustakil fikrlash kobiliyatini oshirish .

5. "Rotatsiya" usuli

Guruhni kichik guruhlarga bo'lib ularga bir nechta muammoli savol yoki vaziyatli masala beriladi.

Har bir kichik guruh 10 daqiqa davomida o'z javobini yozib keyingi savolga o'tadi. Oxirigacha barcha savollarga javob yoziladi. Yozilgan javoblar muhokama qilinib to'g'ri javob tanlanadi.

Ko'rgazmali plakatlardan foydalanadi.

6. "Zaif halka" usuli

Guruhdagi talabalar doira hosil qilib o'tirishadi. Talabalarga navbat bilan mavzu yuzasidan tez va qisqa javoblar talab qilinadigan savollar beriladi. Savolga javob bera olmagan talaba o'yindan chiqadi. Eng oxirida qolgan talaba ko'p savollarga to'g'ri javob bergan bo'ladi.

7. Savol-javob usuli "Bum" o'yini

Trener –o'qituvchining qo'lida o'tilgan mavzu-materiallar bo'yicha tayyor savollar bo'lishi lozim.

Qatnashchilarga o'yin qoidasi tushuntiriladi: ular 1,2,3 deb sonlarni ovoz chiqarib aytishlari, 3,3 ga bo'linadigan, 3 bilan tugaydigan sonlar o'rniga "Bum" so'zini aytishlari kerak. Diqqat qilib o'tirmagan, hisobda adashgan talabaga oldindan tayyorlangan savol berib, uning fikri o'rganiladi;

Shu tariqa guruh qatnashchilari orasida o'yin davom ettiriladi.

8. "Akademik polemika" «Akademik polemika» guruh 2 komandaga bo'linadi. Ularga vaziyatli masala beriladi. Har bir komanda to'g'ri javoblarni aytib beradigan (Advokatlar) va noto'g'ri javoblarni aytib beradigan (prokurorlar) 2 ta talaba tayinlanadi.

9. "3 pog'onali intervyu" «3 pog'onali intervyu» har bir guruhga (3 kishidan) rollarga bo'lib beriladi. "Vrach", "bemor", "VOP ekspert". "Bemorlarga" anonim ravishda tashxis aytiladi. Har bir guruh 10-15 daqiqa ichida muhokama o'tkazadi. "Ekspert" vrach harakatini uch qism bo'yicha baholaydi.

nima to'g'ri bajarildi 2. nima noto'g'ri bajarildi 3. qanday bajarish kerak edi

10. "Guruh tekshirish" - guruhda mavzuga oid 2-3 ta savol beriladi. Ma'lumot yig'ish uchun vaqt beriladi.

11. "Galereya bo'yicha" - kichik guruhlarga bitta topshiriq beriladi. Har bir guruh 10 daqiqa ichida o'z fikrini yozadi va javob varaqasini 2 guruh bilan almashinadi. Keyingi guruh ularni baholaydi va javob to'liq bo'lmasa to'ldiriladi.

3. O'quv soatlari miqdori

Soat hajmi	O'quv yuklama miqdorining auditoriya mashg'ulotlari bo'yicha taqsimlanishi				Mustaqil ish 65
155	Jami 90	Ma'ruza 20	Amaliy mashg'ulot 24	Klinik mashg'ulot 46	

4. Ma'ruzalar

4.1. Ma'ruza mashg'ulotlarining tematik rejasi

	Nomi	Soat	adabiyotlar
1	Ovqat hazm qilish tizimi. Qizilungach, oshqozon, ichaklarni tekshirish usullari (surab-surishtirish, fizikal, laborator-asbobiy). Asosiy klinik sindromlar.	2	1. GadaevA; Karimov M.Sh.; "Ichki kasalliklar propedevtikasi" T. 2012; 2. Muxin N.A., Moiseev V.I. "Propedevtika vnutrennix bolezney", M. 2000. 3. Vasilenko V.X.. Grebenev A.L "Propedevtika vnutrennix bolezney", M.1989 4. Narziyev Sh.S. Abdullayeva M.A. «Ichki kasalliklar propedevtikasi».Buxoro.2018;
2	Ovqat hazm qilish tizimi kasalliklari: qizilo'ngach kasalliklari, gastritlar klinikasi diagnostikasi.	2	1. GadaevA; Karimov M.Sh.; "Ichki kasalliklar propedevtikasi" T. 2012; 2. Muxin N.A., Moiseev V.I. "Propedevtika vnutrennix bolezney", M. 2000. 3. Vasilenko V.X.. Grebenev A.L "Propedevtika vnutrennix bolezney", M.1989 4. Narziyev Sh.S. Abdullayeva M.A. «Ichki kasalliklar propedevtikasi».Buxoro.2018;
3	Ovqat hazm qilish tizimi kasalliklari. Yara kasalligi, mal`absorbtsiya sindromi, surunkali kolitlar klinikasi diagnostikasi.	2	1. GadaevA; Karimov M.Sh.; "Ichki kasalliklar propedevtikasi" T. 2012; 2. Muxin N.A., Moiseev V.I. "Propedevtika vnutrennix bolezney", M. 2000. 3. Vasilenko V.X.. Grebenev A.L "Propedevtika vnutrennix bolezney", M.1989 4. Narziyev Sh.S. Abdullayeva M.A. «Ichki kasalliklar propedevtikasi».Buxoro.2018;

4	Jigar va o't yo'llar kasalliklari. Tekshirish usullari: so'rab-surishtirish, fizik tekshirish usullari (ko'zdan kechirish, pal`patsiya, perkussiya, laborator-asbobiy tekshirish usullari). Asosiy klinik sindromlar.	2	1. GadaevA; Karimov M.Sh.; "Ichki kasalliklar propedevtikasi" T. 2012; 2. Muxin N.A., Moiseev V.I. "Propedevtika vnutrennix bolezney", M. 2000. 3. Vasilenko V.X.. Grebenev A.L "Propedevtika vnutrennix bolezney", M.1989 4. Narziyev Sh.S. Abdullayeva M.A. «Ichki kasalliklar propedevtikasi».Buxoro.2018;
5	Surunkali gepatitlar. Jigar sirrozi, surunkali xoletsistit klinikasi diagnostikasi.	2	1. GadaevA; Karimov M.Sh.; "Ichki kasalliklar propedevtikasi" T. 2012; 2. Muxin N.A., Moiseev V.I. "Propedevtika vnutrennix bolezney", M. 2000. 3. Vasilenko V.X.. Grebenev A.L "Propedevtika vnutrennix bolezney", M.1989 4. Narziyev Sh.S. Abdullayeva M.A. «Ichki kasalliklar propedevtikasi».Buxoro.2018;
6	Buyrak va siydik ajratish tizimi. Tekshirish usullari: so'rab-surishtirish, fizik tekshirish usullari (ko'zdan kechirish, pal`patsiya, perkussiya, laborator-asbobiy tekshirish usullari). Asosiy klinik sindromlar.	2	1. GadaevA; Karimov M.Sh.; "Ichki kasalliklar propedevtikasi" T. 2012; 2. Muxin N.A., Moiseev V.I. "Propedevtika vnutrennix bolezney", M. 2000. 3. Vasilenko V.X.. Grebenev A.L "Propedevtika vnutrennix bolezney", M.1989 4. Narziyev Sh.S. Abdullayeva M.A. «Ichki kasalliklar propedevtikasi».Buxoro.2018;
7	Buyrak va siydik ajratish tizimi kasalliklari. O'tkir va surunkali glomerulonefrit va pielonefritlarni simptomatologiyasi. O'tkir va surunkali buyrak yetishmovchiligi klinikasi diagnostikasi.	2	1. GadaevA; Karimov M.Sh.; "Ichki kasalliklar propedevtikasi" T. 2012; 2. Muxin N.A., Moiseev V.I. "Propedevtika vnutrennix bolezney", M. 2000. 3. Vasilenko V.X.. Grebenev A.L "Propedevtika vnutrennix bolezney", M.1989 4. Narziyev Sh.S. Abdullayeva M.A. «Ichki kasalliklar propedevtikasi».Buxoro.2018;
8	Ichki sekretiya bezlari va modda almashinuvi tizimi. Tekshirish usullari. So'rab-surishtirish, fizikal-tekshirish usullari. Laborator-asbobiy tekshirish usullari.	2	1. GadaevA; Karimov M.Sh.; "Ichki kasalliklar propedevtikasi" T. 2012; 2. Muxin N.A., Moiseev V.I. "Propedevtika vnutrennix bolezney", M. 2000. 3. Vasilenko V.X.. Grebenev A.L "Propedevtika vnutrennix bolezney", M.1989 4. Narziyev Sh.S. Abdullayeva M.A. «Ichki kasalliklar propedevtikasi».Buxoro.2018;
9	Ichki sekretiya bezlari va modda almashinuvi tizimi kasalliklari qandli diabet, nireotoksikoz, gipotireoz.	2	1. GadaevA; Karimov M.Sh.; "Ichki kasalliklar propedevtikasi" T. 2012; 2. Muxin N.A., Moiseev V.I. "Propedevtika vnutrennix bolezney", M. 2000. 3. Vasilenko V.X.. Grebenev A.L "Propedevtika vnutrennix bolezney", M.1989 4. Narziyev Sh.S. Abdullayeva M.A. «Ichki kasalliklar propedevtikasi».Buxoro.2018;

10	Qon tizimi. Tekshirish usullari. Fizik tekshirish usullari laborator-asbobiy tekshirish usullari. Qon tizimi kasalliklari anemiyalar klinikasi diagnostikasi.	2	1. GadaevA; Karimov M.Sh.; "Ichki kasalliklar propedevtikasi" T. 2012; 2. Muxin N.A., Moiseev V.I. "Propedevtika vnutrennix bolezney", M. 2000. 3. Vasilenko V.X.. Grebenev A.L "Propedevtika vnutrennix bolezney", M.1989 4. Narziyev Sh.S. Abdullayeva M.A. «Ichki kasalliklar propedevtikasi».Buxoro.2018;
	Jami	20	

4.2. Ma'ruza materiallarining mazmuni

1-mavzu. Ovqat hazm qilish tizimi. Qizilungach, oshqozon, ichaklarni tekshirish usullari (surab-surishtirish, fizikal, laborator- asbobiy). Asosiy klinik sindromlar. Me'da-ichak yo'llari bilan kasallangan bemorlarni tekshirish: so'rab-surishtirish, ko'zdan kechirish, paypaslash. Me'da-ichak organlarida laborator-instrumental usullari haqida tushuncha. Me'da-ichak kasalliklaridagi asosiy sindromlar. O'tkir va surunkali gastrit simptomatologiyasi. Me'da-ichak yo'llari kasalliklarini tekshirish. So'rab-surishtirish. Ko'zdan kechirish. Qorinni paypaslash. Shikoyatlari: og'riq hosil bo'lish mexanizmining joylashishi, tarqalishi, sutka davomida paydo bo'lish vaqti, davomiyligi, qusish vujudga kelish mexanizmi. Nahorda yoki ovqatdan so'ng qon aralashmi yoki yo'q. Ko'ngil aynishi, hosil bo'lish mexanizmi, kekirish, jig'ildon qaynashi, ularning tez-tez bo'lib turishi, paydo bo'lish sharoiti. Ishtahasi, ishtaha bo'lmasligi. Ovqatdan ijirg'anish. Og'izning qurib qolishi, achchiqlik sezish, yutish erkinmi, qiyinmi, qorin oldingi va yon devorlarida kollaterallar bo'lishi, chandiqlar. Mo'ljalli yuzaki paypaslash usuli. V.L.Obraztsov va N.D.Strajesko bo'yicha chuqur metodik, sirpanchiq paypaslash usuli. Ichakni tartib bilan paypaslash. Enterit va kolitlar simptomatologiyasi Axlalni tekshirish va diagnostik ahamiyati.

Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)-4

2. (qo'shimcha)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21
Internet saytlari

2-mavzu. Ovqat hazm qilish tizimi kasalliklari: qizilo'ngach kasalliklari, gastritlar. Qizilo'ngach kasalliklari, O'tkir va surunkali gastritlar simptomatologiyasi.

Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)-4

2. (qo'shimcha)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21
Internet saytlari

3-mavzu. Ovqat hazm qilish tizimi kasalliklari: Yara kasalligi, mal`absorbtsiya sindromi, surunkali kolitlar. Oshqozon va 12 barmoqli ichak yara kasalligi etiopatogenezi, simptomatologiya-si. Enteritlar va kolitlar etiopatogenezi, simptomatologiyasi. Koprologik tekshiruv. Diagnostic ahamiyati. Makroskopik tekshirish: hidi, rangi, shakli, konsisten-tsiyasi. Ximik tekshirish: reaksiyasi, yashirin qon ketishini aniqlash, o't pig-mentlarini, muskul tolalarini, yog', o'simlik hujayrasi, kraxmal, shilliq, epiteliy, leykotsit, eritrotsit, makrofag, gelmentlarni aniqlash.

Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)-4

2. (qo'shimcha)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21,
Internet saytlari

4-mavzu. Jigar va o't yo'llari. Tekshirish usullari: so'rab-surishtirish, fizik tekshirish usullari (ko'zdan kechirish, pal`patsiya, perkussiya, laborator-asbobiy tekshirish usullari). Asosiy klinik sindromlar. Jigar va o't yo'llari kasalligi bilan og'rigan bemorlarni so'rab-surishtirish,

ko'zdan kechirish, jigar palpatsiyasi va perkusiyasi. Kurlov bo'yicha. Kasallik belgisi, paydo bo'lish mexanizmlari, aniqlash usullari. Asosiy shikoyatlari: og'riq hosil bo'lish mexanizmi, lokalizatsiyasi, xarakteri, davomiyligi, irradiatsiyasi, sabablari, kuchayishi, susayishi, og'riq to'xtashi, diagnostik ahamiyati. Dispepsiya: ishtaha o'zgarishi, og'izda tahrilik, kechirish, ko'ngil aylash, qayt qilish, qorin dimlanishi, huldirashi. Sariqlik: teri rangini o'zgarishi, siydik, axlat o'zgarishi. Diagnostik ahamiyati. Teri qichishi. Qon ketish va gemorragik ko'rinishlari. Qorin kattalashuvi.

Asosiy klinik sindromlar haqida tushuncha: sariqlik, portal gipertenziya, jigar yetishmovchiligi.

Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)-4

2. (qo'shimcha)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21, Internet saytlari

5-mavzu. Jigar va o't yo'llari kasalliklari. Surunkali gepatitlar. Jigar sirrozi, surunkali xolesistit.

Surunkali gepatitlar simptomatologiyasi. Surunkali xolesistit va jigar sirrozi simptomatologiyasi. Jigar yetishmovchiligi mexanizmi va simptomatologiyasi. Jigarning dori vositalaridan zararlanishi. Asosiy klinik sindromlar haqida tushuncha: sariqlik, portal gipertenziya, jigar yetishmovchiligi. Surunkali gepatitlar shikoyalari, ko'zdan kechirish, paypaslash, tukillatish. Kasalliklar etiologiyasi va patogenezi haqida umumiy tasavvur. Surunkali xolesistitshikoyatlarni, ko'zdan kechirish, paypaslash, tukillatish. Kasalliklar etiologiyasi patogenezi haqida umumiy tasavvur. Jigar sirrozi ;shikoyatlarni, ko'zdan kechirish, paypaslash, tukillatish. Kasalliklar etiologiyasi patogenezi haqida umumiy tasavvur. Jigar yetishmovchiligi mexanizmi va simptomatologiyasi.

Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)-4

2. (qo'shimcha)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21, Internet saytlari

6-mavzu. Buyrak va siydik ajratish tizimi. Tekshirish usullari: so'rab-surishtirish, fizik tekshirish usullari (ko'zdan kechirish, pal`patsiya, perkussiya, laborator-asbobiy –tekshirish usullari).

Asosiy klinik sindromlar. Buyrak kasaligi bilan kasalangan bemorlarni so'rab-surishtirish, ko'zdan kechirish, palpasiya, asosiy klinik sindromlar. O'tkir va surunkali pielonefrit, glomerulonefritning simptomatologiyasi. Shikoyatlar va ularning patogenezi haqida umumiy tushuncha. Og'riqlar, ularning tahlili. Shishlar joylashuvi, tarqalishi. Dizurik buzilishlar. Peshobni laborator tekshirish usullari. Funktsional buyrak sinamalari (Zimniskiy, Nicheporenko, Reberga). Olingan natijalarni interpretatsiya qilish.

Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)-4

2. (qo'shimcha)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21, Internet saytlari

7-mavzu. Buyrak va siydik ajratish tizimi kasalliklari. O'tkir va surunkali glomerulonefrit va pielonefritlarni simptomatologiyasi. O'tkir va surunkali buyrak yetishmovchiligi.

O'tkir va surunkali pielonefritlar va glomerulonefrit, o'tkir va surunkali buyrak yetishmovchiligining etiopatogenezi haqida tushuncha. So'rab-surishtirish.

Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)-4

2. (qo'shimcha)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21, Internet saytlari

8-mavzu. Ichki sekretiya bezlari va modda almashinuvi tizimi. Tekshirish usullari. So'rab-surishtirish, fizikal-tekshirish usullari. Laborator-asbobiy tekshirish usullari. Ichki sekretiya

bezlari kasalliklarini bilan og'rigan bemorlarni so'rab-surishtirish. shikoyatlari, anamnez yig'ish, nasliy faktorlar. holsizlik, ozish, semirish, chanqoq, ishtaha, isitma holati, yuqori qo'zg'aluvchanlik,teri qichishi,yurak urishi,teri qoplamlarini rangi o'zgarishini ko'rish. Umumiy holat, es-hushi, bo'y va uning Umumiy holat, es-hushi, bo'y va uning proporsiyalari o'zgarishi. Jinsi va yosh belgilari. Terida toshmalar, striyalar borligi. Teri osti yog' klechatkasining rivojlanishi va bir tekis tarqalishi shishlar, holsizlik.

Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)-4

2. (qo'shimcha)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21,
Internet saytlari

9-mavzu. Ichki sekretsiya bezlari va modda almashi-nuvi tizimi kasalliklari. Qalqonsimon bez kasalliklari. Gipo va giperterioz simptomatologiyasi. Qandli diabet simptomatologiyasi. Diabetik va gipogligemik komalar to'g'risida tushuncha. Tez yordam asoslari. Qalqonsimon bez kasalliklari.

Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)-4

2. (qo'shimcha)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21,
Internet saytlari

10-mavzu. Qon tizimi. Tekshirish usullari. Fizik tekshirish usullari laborator-asbobiy tekshirish usullari.Qon tizimi kasalliklari. Qon kasalligi bilan kasallangan bemorlarni so'rab-surishtirish va tekshirish usullari. Anemiyalar tasnifi. Temir yetishmovchilik, postgemorragik, gemolitik kamqonliklar simptomatologiyasi. Leykozlar simptomatologiyasi. Qonni tekshirish.Umumiy qon analizini klinik ahamiyati va olingan natijalarni interpretatsiya qilish.

Kamqonliklar.Etiologiya va patagenezi to'g'risida umumiy tushunchalar.Leykozlar etiologiyasi va patagenez to'g'risida umumiy tushunchalar.Leykozlar tasnifi.O'tkir va surunkali (mieloleykoz va limfaleykoz) leykozlar simptomatologiyasi. Qon ketishi: burundan,milkdan,me'da-ichak tizimidan, bachadon va boshqa organlardan.Limfa tugunlarni paypaslash. Jigar, taloqni paypaslashi, konsistensiyasi, yuzasi va qirrası,og'riqlar

Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)-4

2. (qo'shimcha)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21,
Internet saytlari

Amaliy mashg'ulotlarning tematik rejalari

№	Mashg'ulotlar mavzusi	Dars soati	adabiyotlar
1	Ovqat hazm qilish tizimi. Qizilo'ngach, oshqozon, ichaklarni tekshirish usullari (so'rab-surishtirish, fizikal, laborator- asbobiy).	2	1. GadaevA; Karimov M.Sh.; "Ichki kasalliklar propedevtikasi" T. 2012; 2. Muxin N.A., Moiseev V.I. "Propedevtika vnutrennix bolezney", M. 2000. 3. Vasilenko V.X.. Grebenev A.L "Propedevtika vnutrennix bolezney", M.1989 4. Narziyev Sh.S. Abdullayeva M.A. «Ichki kasalliklar propedevtikasi».Buxoro.2018;

2	Asosiy klinik sindromlar: hazm qilish yetishmovchiligi sindromi, ichak so'rilish yetishmovchiligi sindromi, o'tkir qorin, ovqat hazm qilish tizimidan o'tkir qon ketishlar.	2	<p>1. GadaevA; Karimov M.Sh.; "Ichki kasalliklar propedevtikasi" T. 2012;</p> <p>2. Muxin N.A., Moiseev V.I. "Propedevtika vnutrennix bolezney", M. 2000.</p> <p>3. Vasilenko V.X.. Grebenev A.L "Propedevtika vnutrennix bolezney", M.1989</p> <p>4. Narziyev Sh.S. Abdullayeva M.A. «Ichki kasalliklar propedevtikasi».Buxoro.2018;</p>
3	Ovqat hazm qilish tizimi kasalliklari: qizilo'ngach kasalliklari-ezofagit, gastritlar klinikasi diagnostikasi.	2	<p>1. GadaevA; Karimov M.Sh.; "Ichki kasalliklar propedevtikasi" T. 2012;</p> <p>2. Muxin N.A., Moiseev V.I. "Propedevtika vnutrennix bolezney", M. 2000.</p> <p>3. Vasilenko V.X.. Grebenev A.L "Propedevtika vnutrennix bolezney", M.1989</p> <p>4. Narziyev Sh.S. Abdullayeva M.A. «Ichki kasalliklar propedevtikasi».Buxoro.2018;</p>
4	Yara kasalligi, mal`absorbtsiya sindromi, surunkali kolitlar klinikasi diagnostikasi.	2	<p>1. GadaevA; Karimov M.Sh.; "Ichki kasalliklar propedevtikasi" T. 2012;</p> <p>2. Muxin N.A., Moiseev V.I. "Propedevtika vnutrennix bolezney", M. 2000.</p> <p>3. Vasilenko V.X.. Grebenev A.L "Propedevtika vnutrennix bolezney", M.1989</p> <p>4. Narziyev Sh.S. Abdullayeva M.A. «Ichki kasalliklar propedevtikasi».Buxoro.2018;</p>
5	Jigar va o't yo'llari. Tekshirish usullari: so'rab-surishtirish, fizik tekshirish usullari (ko'zdan kechirish, pal`patsiya, perkussiya)	2	<p>1. GadaevA; Karimov M.Sh.; "Ichki kasalliklar propedevtikasi" T. 2012;</p> <p>2. Muxin N.A., Moiseev V.I. "Propedevtika vnutrennix bolezney", M. 2000.</p> <p>3. Vasilenko V.X.. Grebenev A.L "Propedevtika vnutrennix bolezney", M.1989</p> <p>4. Narziyev Sh.S. Abdullayeva M.A. «Ichki kasalliklar propedevtikasi».Buxoro.2018;</p>
6	Jigar va o't yo'llari. Tekshirish usullari: laborator-asbobiy tekshirish usullari).	2	<p>1. GadaevA; Karimov M.Sh.; "Ichki kasalliklar propedevtikasi" T. 2012;</p>

	Asosiy klinik sindromlar. Sariqliklar klinikasi diagnostikasi		<p>2. Muxin N.A., Moiseev V.I. "Propedevtika vnutrennix bolezney", M. 2000.</p> <p>3. Vasilenko V.X.. Grebenev A.L "Propedevtika vnutrennix bolezney", M.1989</p> <p>4. Narziyev Sh.S. Abdullayeva M.A. «Ichki kasalliklar propedevtikasi».Buxoro.2018;</p>
7	Jigar va o't yo'llari. Surunkali gepatitlar klinikasi diagnostikasi	1	<p>1. GadaevA; Karimov M.Sh.; "Ichki kasalliklar propedevtikasi" T. 2012;</p> <p>2. Muxin N.A., Moiseev V.I. "Propedevtika vnutrennix bolezney", M. 2000.</p> <p>3. Vasilenko V.X.. Grebenev A.L "Propedevtika vnutrennix bolezney", M.1989</p> <p>4. Narziyev Sh.S. Abdullayeva M.A. «Ichki kasalliklar propedevtikasi».Buxoro.2018;</p>
8	Jigar sirrozi, surunkali xoletsistit klinikasi diagnostikasi.. Oraliq nazorat № 3	1	<p>1. GadaevA; Karimov M.Sh.; "Ichki kasalliklar propedevtikasi" T. 2012;</p> <p>2. Muxin N.A., Moiseev V.I. "Propedevtika vnutrennix bolezney", M. 2000.</p> <p>3. Vasilenko V.X.. Grebenev A.L "Propedevtika vnutrennix bolezney", M.1989</p> <p>4. Narziyev Sh.S. Abdullayeva M.A. «Ichki kasalliklar propedevtikasi».Buxoro.2018;</p>
9	Buyrak va siydik ajratish tizimi. Tekshirish usullari: surab-surishtirish, fizik tekshirish usullari (ko'zdan kechirish, pal`patsiya, perkussiya, laborator-asbobiy –tekshirish usullari)	1	<p>1. GadaevA; Karimov M.Sh.; "Ichki kasalliklar propedevtikasi" T. 2012;</p> <p>2. Muxin N.A., Moiseev V.I. "Propedevtika vnutrennix bolezney", M. 2000.</p> <p>3. Vasilenko V.X.. Grebenev A.L "Propedevtika vnutrennix bolezney", M.1989</p> <p>4. Narziyev Sh.S. Abdullayeva M.A. «Ichki kasalliklar propedevtikasi».Buxoro.2018;</p>
10	Buyrak va siydik ajratish tizimi kasalliklari.Asosiy klinik sindromlar	1	<p>1. GadaevA; Karimov M.Sh.; "Ichki kasalliklar propedevtikasi" T. 2012;</p> <p>2. Muxin N.A., Moiseev V.I. "Propedevtika vnutrennix bolezney", M. 2000.</p>

			<p>3. Vasilenko V.X.. Grebenev A.L “Propedevtika vnutrennix bolezney”, M.1989</p> <p>4. Narziyev Sh.S. Abdullayeva M.A. «Ichki kasalliklar propedevtikasi».Buxoro.2018;</p>
11	O'tkir va surunkali glomerulonefrit klinikasi diagnostikasi..	1	<p>1. GadaevA; Karimov M.Sh.; “Ichki kasalliklar propedevtikasi” T. 2012;</p> <p>2. Muxin N.A., Moiseev V.I. "Propedevtika vnutrennix bolezney", M. 2000.</p> <p>3. Vasilenko V.X.. Grebenev A.L “Propedevtika vnutrennix bolezney”, M.1989</p> <p>4. Narziyev Sh.S. Abdullayeva M.A. «Ichki kasalliklar propedevtikasi».Buxoro.2018;</p>
12	O'tkir va surunkali pielonefritlarni simptomatologiyasi. O'tkir va surunkali buyrak yetishmovchiligi klinikasi diagnostikasi.	1	<p>1. GadaevA; Karimov M.Sh.; “Ichki kasalliklar propedevtikasi” T. 2012;</p> <p>2. Muxin N.A., Moiseev V.I. "Propedevtika vnutrennix bolezney", M. 2000.</p> <p>3. Vasilenko V.X.. Grebenev A.L “Propedevtika vnutrennix bolezney”, M.1989</p> <p>4. Narziyev Sh.S. Abdullayeva M.A. «Ichki kasalliklar propedevtikasi».Buxoro.2018;</p>
13	Suyak-mushak va biriktiruvchi tuqima tizimi. Tekshirish usullari: so'rab-surishtirish, fizik tekshirish usullari, laborator-asbobiy tekshirish usullari. Asosiy klinik sindromlar.SQB, sistemali sklerodermiya klinikasi diagnostikasi.	1	<p>1. GadaevA; Karimov M.Sh.; “Ichki kasalliklar propedevtikasi” T. 2012;</p> <p>2. Muxin N.A., Moiseev V.I. "Propedevtika vnutrennix bolezney", M. 2000.</p> <p>3. Vasilenko V.X.. Grebenev A.L “Propedevtika vnutrennix bolezney”, M.1989</p> <p>4. Narziyev Sh.S. Abdullayeva M.A. «Ichki kasalliklar propedevtikasi».Buxoro.2018;</p>
14	Ichki sekretiya bezlari va modda almashinuvi tizimi. Tekshirish usullari. So'rab-surishtirish, fizikal-tekshirish usullari. Laborator-asbobiy tekshirish usullari.	1	<p>1. GadaevA; Karimov M.Sh.; “Ichki kasalliklar propedevtikasi” T. 2012;</p> <p>2. Muxin N.A., Moiseev V.I. "Propedevtika vnutrennix bolezney", M. 2000.</p> <p>3. Vasilenko V.X.. Grebenev A.L “Propedevtika</p>

			<p>vnutrennix bolezney”, M.1989</p> <p>4. Narziyev Sh.S. Abdullayeva M.A. «Ichki kasalliklar propedevtikasi».Buxoro.2018;</p>
15	Ichki sekretiya bezlari va modda almashinuvi tizimi kasalliklari. Qandli diabet, tireotiksikoz, gipotireoz klinikasi diagnostikasi.	1	<p>1. GadaevA; Karimov M.Sh.; “Ichki kasalliklar propedevtikasi” T. 2012;</p> <p>2. Muxin N.A., Moiseev V.I. "Propedevtika vnutrennix bolezney", M. 2000.</p> <p>3. Vasilenko V.X.. Grebenev A.L “Propedevtika vnutrennix bolezney”, M.1989</p> <p>4. Narziyev Sh.S. Abdullayeva M.A. «Ichki kasalliklar propedevtikasi».Buxoro.2018;</p>
16	Qon tizimi. Tekshirish usullari. Fizik tekshirish usullari laborator-asbobiy tekshirish usullari.	1	<p>1. GadaevA; Karimov M.Sh.; “Ichki kasalliklar propedevtikasi” T. 2012;</p> <p>2. Muxin N.A., Moiseev V.I. "Propedevtika vnutrennix bolezney", M. 2000.</p> <p>3. Vasilenko V.X.. Grebenev A.L “Propedevtika vnutrennix bolezney”, M.1989</p> <p>4. Narziyev Sh.S. Abdullayeva M.A. «Ichki kasalliklar propedevtikasi».Buxoro.2018;</p>
17	Qon tizimi kasalliklari. Anemiyalar klinikasi diagnostikasi.	1	<p>1. GadaevA; Karimov M.Sh.; “Ichki kasalliklar propedevtikasi” T. 2012;</p> <p>2. Muxin N.A., Moiseev V.I. "Propedevtika vnutrennix bolezney", M. 2000.</p> <p>3. Vasilenko V.X.. Grebenev A.L “Propedevtika vnutrennix bolezney”, M.1989</p> <p>4. Narziyev Sh.S. Abdullayeva M.A. «Ichki kasalliklar propedevtikasi».Buxoro.2018;</p>
18	Kasallik tarixi. Amaliy ko'nikmalar.	1	<p>1. GadaevA; Karimov M.Sh.; “Ichki kasalliklar propedevtikasi” T. 2012;</p> <p>2. Muxin N.A., Moiseev V.I. "Propedevtika vnutrennix bolezney", M. 2000.</p> <p>3. Vasilenko V.X.. Grebenev A.L “Propedevtika vnutrennix bolezney”, M.1989</p> <p>4. Narziyev Sh.S. Abdullayeva M.A. «Ichki</p>

			kasalliklar propedevtikasi».Buxoro.2018;
	Jami	24	

5.2. Amaliy va klinik mashg'ulotlar mavzulari mazmuni.

1- mavzu. Ovqat hazm qilish tizimi. Qizilo'ngach, oshqozon, ichaklarni tekshirish usullari (so'rab-surishtirish, fizikal, laborator- asbobiy). Qorinni ko'zdan kechirish. Qorin bo'shlig'i organlarini palpatsiya qilish. Oshqozon va ichak palpatsiyasi. Ketma-ketligi. Laboratoriya mashg'uloti: oshqozon shirasini va o'tni tekshirish. Oshqozon shirasini tekshirish: umumiy, erkin, bog'langan xlorid kislotaligini titrlash usulida aniqlash. Duodenal zondlash, o'tni 3 portsiyasini makro, mikroskopik tekshirish, diagnostik ahamiyati. Qorinni vertical, gorizontal holatda ko'zdan kechirish. Qorinni topografik sohaga bo'lish. Nafas aktida qorin devorini harakati. Qorinni oldingi yuzasida, yon devorida venoz kollateral rivojlanishi. Medusa boshi, pigmentatsiya, churra oshqozon peristaltikasi, antiperistaltikasi. Palpatsiya. Yuzaki palpatsiya usuli, teri va teri osti yog' qavati holati. Debit-soat, uni hisoblash. Pepsinni aniqlash, oshqozon shirasini zondsiz laborator tekshirish usuli (atsidotest, uropepsinni aniqlash). Oshqozon shirasini mikroskopik tekshirish. Bazal shira. Oshqozon sekretsiasini stimullovchi (gistamin, karam sho'rva).

Interaktiv usul: Akademik polemika, qor uyumi, ratatsiya usuli

Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)-1,2,3
(qo'shimcha)- 1,2,3,4,5,6

Internet saytlari

2-mavzu. Asosiy klinik sindromlar: hazm qilish yetishmovchiligi sindromi, ichak so'rilish yetishmovchiligi sindromi, o'tkir qorin, ovqat hazm qilish tizimidan o'tkir qon ketishlar.

Hazm a'zolarini instrumental tekshirish usullari (rentgenologik, ezofagogastroduodenofibroskopiya, rektoromanoskopiya, kolonoskopiya). Gastritlar simptomatologiyasi (o'tkir va surunkali). Oshqozon-ichak traktini rentgenologik tekshirish. Diagnostic ahamiyati. Oshqo-zon-ichak yo'llarini endoskopik tekshirish. Gastroskopiya. Kolonoskopiya. Rek-toromanoskopiya. Endoskopiya usulini rentgenologik tekshiruv usulidan afzalligi. Gastritlar etiopatogenezi, tasnifi. O'tkir va surunkali gastrit simptomatologiyasi.

Interaktiv usul: Ari uyasi, qor uyumi, 3 pog'onali interv'yu

Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)-4
2. (qo'shimcha)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21,

Internet saytlari

3-mavzu. Ovqat hazm qilish tizimi kasalliklari: qizilo'ngach kasalliklari, gastritlar. Gastritlar simptomatologiyasi (o'tkir va surunkali). Gastritlar etiopatogenezi, tasnifi.

Interaktiv usul: svod usuli., qor uyumi, 3 pog'onali interv'yu

Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)-4
2. (qo'shimcha)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21,

Internet saytlari

4-mavzu. Yara kasalligi, mal`absorbtsiya sindromi, surunkali kolitlar. Oshqozon va 12 barmoqli ichak yara kasalligi simptomatologiyasi. Enterit va kolitlar simptomatologiyasi. Laborator mashg'ulot: axlatni tekshirish. Oshqozon va 12 barmoqli ichak yara kasalligi etiopatogenezi, simptomatologiya-si. Enteritlar va kolitlar etiopatogenezi, simptomatologiyasi. Koprologik tekshiruv. Diagnostic ahamiyati. Makroskopik tekshirish: hidi, rangi, shakli, konsisten-tsiyasi. Ximik tekshirish: reaksiyasi, yashirin qon ketishini aniqlash, o't pig-mentlarini, muskul tolalarini, yog', o'simlik hujayrasi, kraxmal, shilliq, epiteliy, leykotsit, eritrotsit, makrofag, gelmentlarni aniqlash.

Interaktiv usul: klasster, qor uyumi, ruch.stol.o'rt.

Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)-4
2. (qo'shimcha)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21,

Internet saytlari

5-mavzu. Jigar va o't yo'llari. Tekshirish usullari: so'rab-surishtirish, fizik tekshirish usullari (ko'zdan kechirish, pal`patsiya, perkussiya). Jigar va o't yo'llari kasalliklari bilan og'rigan bemorlarni so'rab-surishtirish shikoyatkari, anamnez, ko'zdan kechirish, palpatsiyasi va perkussiyasi. Asosiy klinik sindromlar haqida tushuncha: sariqlik, portal gipertenziya, jigar yetishmovchiligi. Jigar va o't yo'llari kasalligi bilan kasallangan bemorlarni so'rab-surishtirish. Asosiy shikoyatlari. Og'riq lokalizatsiyasi, xarakteri, davomiyligi, irradiatsiyasi, sabablari, kuchayishi, susayishi, og'riq to'xtashi. Dispepsiya: ishtaha o'zgarishi, og'izda taxirlik, ko'ngil aynishi, qayd qilish, qorin damlanishi. Sariqlik: teri rangini o'zgarishi, siydik, axlat o'zgarishi. Diagnostic ahamiyati. Teri qichishi. Qorin kattalashuvi. Ko'zdan kechirish. Qorin perkussiyasi, astsitni aniqlash. Kurlov bo'yicha jigar o'lchamini aniqlash.

Interaktiv usul:Intsident usuli, ratastiya usuli, akademik polemika

Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)-4

2. (qo'shimcha)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21,
Internet saytlari

6-mavzu. Jigar va o't yo'llari. Tekshirish usullari: laborator-asbobiy tekshirish usullari).

Asosiy klinik sindromlar. Jigar va o't yo'llari kasalliklari bilan og'rigan bemorlarni laborator va instrumental tekshirish usullari (xoletsistografiya, jigarni skanirlash, ultratovush bilan jigar va o't qopini tekshirish). Komp'yuter tomografiyasi. Jigarni pigment, uglevod, yog' almashinuvini tekshirish (qonni bioximiyaviy tekshirish), mikroelementlarni tekshirish (temir, mis). Fermentlarni tekshirish, jigarning zararsizlantiruvchi, chiqaruvchi faoliyatini tekshirish. Jigar strukturasi va faoliyatini radioizotop bilan tekshirish, radiometrik tekshirish, jigarni skanirlash. O't qopini skanirlash. Rentgen usuli bilan tekshirish: xoletsistografiya, xolegrafiya, komp'yuter tomografiya. Asosiy klinik sindromlar haqida tushuncha. Sariqlik, portal gipertenziya, jigar yetishmovchiligini mexanizmi va simptomatologiyasi. Sariqlik turlari, mexanizmi va patogenezi. Bilirubin almashinuvini cxemasi. Portal gipertenziya simptomatologiyasi.

Interaktiv usul: svod usuli, zaif halqa, galereya bo'yicha

Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)-4

2. (qo'shimcha)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21,
Internet saytlari

7-mavzu. Jigar va o't yo'llari. Surunkali gepatitlar. Surunkali gepatitlarning simptomatologiyasi. Jigarning dori vositalaridan zararlanishi. Shikoyatlar, ko'zdan kechirish, paypaslash, to'qillatish. Kasallikning etiopatogenezi.

Interaktiv usul:svod usuli, zaif halqa, galereya bo'yicha

Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)-4

2. (qo'shimcha)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21,
Internet saytlari

8-mavzu. Jigar sirrozi, surunkali xoletsistit. Oraliq nazorat № 3. Surunkali xoletsistit simptomatologiyasi. Jigar tsirrozi simptomatologiyasi. Shikoyatlar, ko'zdan kechirish, paypaslash, to'qillatish. Kasallikning etiopatogenezi.

Interaktiv usul:svod usuli, zaif halqa, galereya bo'yicha

Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)-4

2. (qo'shimcha)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21,
Internet saytlari

9-mavzu. Buyrak va siydik ajratish tizimi. Tekshirish usullari: surab-surishtirish, fizik tekshirish usullari (ko'zdan kechirish, pal`patsiya, perkussiya, laborator-asbobiy – tekshirish usullari). So'rab-surishtirish. Asosiy shikoyatlar va ularning patogenezi. Og'riqlar. Ularning tahlili. Shishlar joylashuvi, tarqalishi. Laboratoriya tekshirishlari. Peshobni umumiy tahlili. Peshobni Nechiporenko usulida tekshirish. Leykotsitlar, eritrotsitlar, tsilindrlarni nisbati va diagnostic ahamiyati. Zimnitskiy sinamasi. Buyraklarning funktsional holatini baholashda peshob nisbiy og'irlikni ahamiyati. Giposteniuriya. Izosteniuriya. Nikturiya. Reberg sinamasi, qon zardobida kreatinin, mochevinani aniqlash

Interaktiv usul: qor uyumi, ari uyasi, zaif halqa

Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)-4

2. (qo'shimcha)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21,
Internet saytlari

10-mavzu. Buyrak va siydik ajratish tizimi kasalliklari. Asosiy klinik sindromlar.

Proteinuriya, glyukozuriya, bilirubinuriya, urobilinuriya, atsetonuriya aniqlash usullari va diagnostic ahamiyati. Dizurik buzilishlar.

Interaktiv usul: qor uyumi, ari uyasi, zaif halqa

Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)-4

2. (qo'shimcha)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21,
Internet saytlari

11-mavzu. O'tkir va surunkali glomerulonefrit. O'tkir va surunkali pielonefritlar va glomerulonefritlarning etiopatogenezi haqida tushuncha. So'rab-surishtirish.

Interaktiv usul: qor uyumi, ari uyasi, zaif halqa

Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)-4

2. (qo'shimcha)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21,
Internet saytlari

12-mavzu. O'tkir va surunkali pielonefritlarni simptomatologiyasi. O'tkir va surunkali buyrak yetishmovchiligi. O'tkir va surunkali pielonefritlar, o'tkir va surunkali buyrak yetishmovchiligi. etiopatogenezi haqida tushuncha. So'rab-surishtirish.

Interaktiv usul: qor uyumi, ari uyasi, zaif halqa

Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)-4

2. (qo'shimcha)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21,
Internet saytlari

13-mavzu. Suyak-mushak va biriktiruvchi tuqima tizimi. Tekshirish usullari: so'rab-surishtirish, fizik tekshirish usullari, laborator-asbobiy tekshirish usullari. Asosiy klinik sindromlar. Bo'g'im kasalligi. So'rab-surishtirish. Asosiy shikoyatlar va ularning patogenezi: bo'g'imlarda va muskullarda og'riq. Isitma. Holsizlik. Bo'g'imlar konfiguratsiyasi, shishlar, qizarish, aktiv va passiv harakatlar miqdori. Palpatsiya, bo'g'im haroratini aniqlash, tugunchalar paydo bo'lishi, muskul o'griqlari. Lumfa tugunlarni sistematik kattalashishi. Revmatik kasalliklar to'g'risida tushuncha. Biriktiruvchi to'qima kasalligi. So'rab-surishtirish. Asosiy shikoyatlar va ularning patogenezi: suyak, muskul, bo'g'imlarda og'riq, ularning harakatga bog'liqligi. Shishlar va ularning tasnifi.

Interaktiv usul: Aylana stol usuli, akademik polemika, zaif halqa

Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)-4

2. (qo'shimcha)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21,
Internet saytlari

14-mavzu. Ichki sekretiya bezlari va modda almashinuvi tizimi. Tekshirish usullari.

So'rab-surishtirish, fizikal-tekshirish usullari. Laborator-asbobiy tekshirish usullari. Ichki sekretiya bezlari kasalliklari. Shikoyatlar. Holsizlik, ozish, semirish, chanqoq, ishtaha, isitma holati, yuqori qo'zg'aluvchanlik, teri qichishi, yurak urishi, teri qoplamlari rangini o'zgarishi, qurishi. Umumiy holat. Es-hushi. Bo'yi va proporsiyalari o'zgarishi. Jinsi va yoshi belgilari. Teri qoplamlari o'zgarishi. Terida toshmalar, striyalar borligi. Teri osti yog' kletchatkasining rivojlanishi va bir tekis tarqalishi. Shishlar. Ko'z simptomlarini aniqlash. Yuz va bo'yin sohasini o'zgarishi.

Interaktiv usul: Klaster, zaif halqa, qor uyumi

Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)-4

2. (qo'shimcha)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21,
Internet saytlari

15-mavzu. Ichki sekretiya bezlari va modda almashinuvi tizimi kasalliklari. Qalqonsimon bez kasalliklari. Gipo va giperterioz simptomatologiyasi. Qandli diabet etiopatogenezi, simptomatologiyasi. Diabetik va gipoglikemik komalar to'g'risida tushuncha. Tez yordam asoslari.

Interaktiv usul: Rastasiya usuli, guruh tek., sinetika

Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)-4

2. (qo'shimcha)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21,
Internet saytlari

16-mavzu. Qon tizimi. Tekshirish usullari. Fizik tekshirish usullari laborator-asbobiy tekshirish usullari. Qon ketishi: burundan, milklardan, me'da-ichak tizimidan, bachadondan va boshqa organlardan. Teri qichishi, bezgak, ko'zdan kechirish. Teri va shilliq qavatlarda o'zgarishlar, regional limfa tugunlarning kattalashishi. Qon ketishi. Petexiya, limfa tugunlarni, jigarni va taloqni paypaslash.

Konsistentsiyasi, yuzasi va qirrasini, og'riq. Qonni umumiy klinik analizi. Leykotsitlar, trombotsitlar, eritrotsitlar (retikulotsitlar), limfotsitlar formula, E.CH.T aniqlash. Qon quyilish tezligi holatini aniqlashning umumiy usullari bilan tanishish.

Interaktiv usul: Ari uyasi, zaif halqa, ruchka stol o'rtasida

Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)-4

2. (qo'shimcha)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

Internet saytlari

17-mavzu. Qon tizimi kasalliklari. Kamqonliklar etiopatogenezi to'g'risida umumiy tushuncha.

Tasnifi. Temir yetishmovchiligi, postgemorragik, gemolitik. Leykozlar etiopatogenezi to'g'risida umumiy tushuncha. Tasnifi.

Interaktiv usul: Klaster, zaif halqa, qor uyumi

Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)-4

2. (qo'shimcha)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

18-mavzu. Kasallik tarixi. Amaliy ko'nikmalar. O'qituvchini nazoratida talabalarning mustaqil ishlashi. Bemorlarni kuratsiyasi. Amaliy ko'nikmalarni va kasallik bayonini yozish.

Interaktiv usul: akademik polemika, zaif halqa

Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)-4

2. (qo'shimcha)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

Klinik mashg'ulotlarning tematik rejalari

№	Mashg'ulotlar mavzusi	Dars soati	Adabiyotlar
1	Ovqat hazm qilish tizimi. Qizilo'ngach, oshqozon, ichaklarni tekshirish usullari (so'rab-surishtirish, fizikal, laborator-asbobiy). Koronavirus haqida tushuncha, epidemiologiyasi va uning klinikasi	2	1. Gadaev A.; Karimov M.Sh.; "Ichki kasalliklar propedevtikasi" T. 2012; 2. Muxin N.A., Moiseev V.I. "Propedevtika vnutrennix bolezney", M. 2000. 3. Vasilenko V.X., Grebenev A.L "Propedevtika vnutrennix bolezney", M.1989 4. Narziyev Sh.S. Abdullayeva M.A. «Ichki kasalliklar propedevtikasi».Buxoro.2018;
2	Asosiy klinik sindromlar: hazm qilish yetishmovchiligi sindromi, ichak so'rilish yetishmovchiligi sindromi, o'tkir qorin, ovqat hazm qilish tizimidan o'tkir qon ketishlar. Koronavirus diagnostikasi, differentsial diagnostikasi, kechishi	2	1. Gadaev A.; Karimov M.Sh.; "Ichki kasalliklar propedevtikasi" T. 2012; 2. Muxin N.A., Moiseev V.I. "Propedevtika vnutrennix bolezney", M. 2000. 3. Vasilenko V.X., Grebenev A.L "Propedevtika vnutrennix bolezney", M.1989 4. Narziyev Sh.S. Abdullayeva M.A. «Ichki kasalliklar propedevtikasi».Buxoro.2018;
3	Ovqat hazm qilish tizimi kasalliklari: qizilo'ngach kasalliklari-ezofagit,	2	1. Gadaev A.; Karimov M.Sh.; "Ichki kasalliklar propedevtikasi" T. 2012;

	gastritlar klinikasi diagnostikasi. Koronavirusning davolash tartibi		2. Muxin N.A., Moiseev V.I. "Propedevtika vnutrennix bolezney", M. 2000. 3. Vasilenko V.X.. Grebenev A.L "Propedevtika vnutrennix bolezney", M.1989 4. Narziyev Sh.S. Abdullayeva M.A. «Ichki kasalliklar propedevtikasi».Buxoro.2018;
4	Yara kasalligi, mal`absorbtsiya sindromi, surunkali kolitlar klinikasi diagnostikasi.	2	1. GadaevA; Karimov M.Sh.; "Ichki kasalliklar propedevtikasi" T. 2012; 2. Muxin N.A., Moiseev V.I. "Propedevtika vnutrennix bolezney", M. 2000. 3. Vasilenko V.X.. Grebenev A.L "Propedevtika vnutrennix bolezney", M.1989 4. Narziyev Sh.S. Abdullayeva M.A. «Ichki kasalliklar propedevtikasi».Buxoro.2018;
5	Jigar va o't yo'llari. Tekshirish usullari: so'rab-surishtirish, fizik tekshirish usullari (ko'zdan kechirish, pal`patsiya, perkussiya)	2	1. GadaevA; Karimov M.Sh.; "Ichki kasalliklar propedevtikasi" T. 2012; 2. Muxin N.A., Moiseev V.I. "Propedevtika vnutrennix bolezney", M. 2000. 3. Vasilenko V.X.. Grebenev A.L "Propedevtika vnutrennix bolezney", M.1989 4. Narziyev Sh.S. Abdullayeva M.A. «Ichki kasalliklar propedevtikasi».Buxoro.2018;
6	Jigar va o't yo'llari. Tekshirish usullari: laborator-asbobiy tekshirish usullari). Asosiy klinik sindromlar. Sariqliklar klinikasi diagnostikasi	2	1. GadaevA; Karimov M.Sh.; "Ichki kasalliklar propedevtikasi" T. 2012; 2. Muxin N.A., Moiseev V.I. "Propedevtika vnutrennix bolezney", M. 2000. 3. Vasilenko V.X.. Grebenev A.L "Propedevtika vnutrennix bolezney", M.1989 4. Narziyev Sh.S. Abdullayeva M.A. «Ichki kasalliklar propedevtikasi».Buxoro.2018;
7	Jigar va o't yo'llari. Surunkali gepatitlar klinikasi diagnostikasi	3	1. GadaevA; Karimov M.Sh.; "Ichki kasalliklar propedevtikasi" T. 2012; 2. Muxin N.A., Moiseev V.I.

			<p>"Propedevtika vnutrennix bolezney", M. 2000.</p> <p>3. Vasilenko V.X.. Grebenev A.L "Propedevtika vnutrennix bolezney", M.1989</p> <p>4. Narziyev Sh.S. Abdullayeva M.A. «Ichki kasalliklar propedevtikasi».Buxoro.2018;</p>
8	Jigar sirrozi, surunkali xoletsistit klinikasi diagnostikasi.. Oraliq nazorat № 3	3	<p>1. GadaevA; Karimov M.Sh.; "Ichki kasalliklar propedevtikasi" T. 2012;</p> <p>2. Muxin N.A., Moiseev V.I. "Propedevtika vnutrennix bolezney", M. 2000.</p> <p>3. Vasilenko V.X.. Grebenev A.L "Propedevtika vnutrennix bolezney", M.1989</p> <p>4. Narziyev Sh.S. Abdullayeva M.A. «Ichki kasalliklar propedevtikasi».Buxoro.2018;</p>
9	Buyrak va siydik ajratish tizimi. Tekshirish usullari: surab-surishtirish, fizik tekshirish usullari (ko'zdan kechirish, pal`patsiya, perkussiya, laborator-asbobiy –tekshirish usullari)	3	<p>1. GadaevA; Karimov M.Sh.; "Ichki kasalliklar propedevtikasi" T. 2012;</p> <p>2. Muxin N.A., Moiseev V.I. "Propedevtika vnutrennix bolezney", M. 2000.</p> <p>3. Vasilenko V.X.. Grebenev A.L "Propedevtika vnutrennix bolezney", M.1989</p> <p>4. Narziyev Sh.S. Abdullayeva M.A. «Ichki kasalliklar propedevtikasi».Buxoro.2018;</p>
10	Buyrak va siydik ajratish tizimi kasalliklari. Asosiy klinik sindromlar	3	<p>1. GadaevA; Karimov M.Sh.; "Ichki kasalliklar propedevtikasi" T. 2012;</p> <p>2. Muxin N.A., Moiseev V.I. "Propedevtika vnutrennix bolezney", M. 2000.</p> <p>3. Vasilenko V.X.. Grebenev A.L "Propedevtika vnutrennix bolezney", M.1989</p> <p>4. Narziyev Sh.S. Abdullayeva M.A. «Ichki kasalliklar propedevtikasi».Buxoro.2018;</p>
11	O'tkir va surunkali glomerulonefrit klinikasi diagnostikasi	3	<p>1. GadaevA; Karimov M.Sh.; "Ichki kasalliklar propedevtikasi" T. 2012;</p> <p>2. Muxin N.A., Moiseev V.I. "Propedevtika vnutrennix bolezney", M.</p>

			2000. 3. Vasilenko V.X.. Grebenev A.L “Propedevtika vnutrennix bolezney”, M.1989 4. Narziyev Sh.S. Abdullayeva M.A. «Ichki kasalliklar propedevtikasi».Buxoro.2018;
12	O'tkir va surunkali pielonefritlarni simpto-matologiyasi. O'tkir va surunkali buyrak yetishmovchiligi klinikasi diagnostikasi	3	1. GadaevA; Karimov M.Sh.; “Ichki kasalliklar propedevtikasi” T. 2012; 2. Muxin N.A., Moiseev V.I. "Propedevtika vnutrennix bolezney", M. 2000. 3. Vasilenko V.X.. Grebenev A.L “Propedevtika vnutrennix bolezney”, M.1989 4. Narziyev Sh.S. Abdullayeva M.A. «Ichki kasalliklar propedevtikasi».Buxoro.2018;
13	Suyak-mushak va biriktiruvchi tuqima tizimi. Tekshirish usullari: so'rab-surishtirish, fizik tekshirish usullari, laborator-asbobiy tekshirish usullari. Asosiy klinik sindromlar.SQB, sistemali sklerodermiya klinikasi diagnostikasi	3	1. GadaevA; Karimov M.Sh.; “Ichki kasalliklar propedevtikasi” T. 2012; 2. Muxin N.A., Moiseev V.I. "Propedevtika vnutrennix bolezney", M. 2000. 3. Vasilenko V.X.. Grebenev A.L “Propedevtika vnutrennix bolezney”, M.1989 4. Narziyev Sh.S. Abdullayeva M.A. «Ichki kasalliklar propedevtikasi».Buxoro.2018;
14	Ichki sekreksiya bezlari va modda almashinuvi tizimi. Tekshirish usullari. So'rab-surishtirish, fizikal-tekshirish usullari. Laborator-asbobiy tekshirish usullari	3	1. GadaevA; Karimov M.Sh.; “Ichki kasalliklar propedevtikasi” T. 2012; 2. Muxin N.A., Moiseev V.I. "Propedevtika vnutrennix bolezney", M. 2000. 3. Vasilenko V.X.. Grebenev A.L “Propedevtika vnutrennix bolezney”, M.1989 4. Narziyev Sh.S. Abdullayeva M.A. «Ichki kasalliklar propedevtikasi».Buxoro.2018;
15	Ichki sekreksiya bezlari va modda almashinuvi tizimi kasalliklari. Qandli diabet, tireotiksikoz, gipotireoz klinikasi diagnostikasi	3	1. GadaevA; Karimov M.Sh.; “Ichki kasalliklar propedevtikasi” T. 2012; 2. Muxin N.A., Moiseev V.I. "Propedevtika vnutrennix bolezney", M. 2000.

			3. Vasilenko V.X.. Grebenev A.L “Propedevtika vnutrennix bolezney”, M.1989 4. Narziyev Sh.S. Abdullayeva M.A. «Ichki kasalliklar propedevtikasi».Buxoro.2018;
16	Qon tizimi. Tekshirish usullari. Fizik tekshirish usullari laborator-asbobiy tekshirish usullari	3	1. GadaevA; Karimov M.Sh.; “Ichki kasalliklar propedevtikasi” T. 2012; 2. Muxin N.A., Moiseev V.I. "Propedevtika vnutrennix bolezney", M. 2000. 3. Vasilenko V.X.. Grebenev A.L “Propedevtika vnutrennix bolezney”, M.1989 4. Narziyev Sh.S. Abdullayeva M.A. «Ichki kasalliklar propedevtikasi».Buxoro.2018;
17	Qon tizimi kasalliklari. Anemiyalar klinikasi diagnostikasi	2	1. GadaevA; Karimov M.Sh.; “Ichki kasalliklar propedevtikasi” T. 2012; 2. Muxin N.A., Moiseev V.I. "Propedevtika vnutrennix bolezney", M. 2000. 3. Vasilenko V.X.. Grebenev A.L “Propedevtika vnutrennix bolezney”, M.1989 4. Narziyev Sh.S. Abdullayeva M.A. «Ichki kasalliklar propedevtikasi».Buxoro.2018;
18	Kasallik tarixi. Amaliy ko'nikmalar	2	1. GadaevA; Karimov M.Sh.; “Ichki kasalliklar propedevtikasi” T. 2012;
	Jami	46	

5.2. Klinik mashg'ulotlar mavzulari mazmuni.

1- mavzu. Ovqat hazm qilish tizimi. Qizilo'ngach, oshqozon, ichaklarni tekshirish usullari (so'rab-surishtirish, fizikal, laborator- asbobiy). Qorinni ko'zdan kechirish. Qorin bo'shlig'i organlarini palpatsiya qilish. Oshqozon va ichak palpatsiyasi. Ketma-ketligi. Laboratoriya mashg'uloti: oshqozon shirasini va o'tni tekshirish. Oshqozon shirasini tekshirish: umumiy, erkin, bog'langan xlorid kislotaligini titrlash usulida aniqlash. Duodenal zondlash, o'tni 3 portsiyasini makro, mikroskopik tekshirish, diagnostik ahamiyati. Qorinni vertical, gorizontal holatda ko'zdan kechirish. Qorinni topografik sohaga bo'lish. Nafas aktida qorin devorini harakati. Qorinni oldingi yuzasida, yon devorida venoz kollaterallar rivojlanishi. Medusa boshi, pigmentatsiya, churra oshqozon peristaltikasi, antiperistaltikasi. Palpatsiya. Yuzaki palpatsiya usuli, teri va teri osti yog' qavati holati. Debit-soat, uni hisoblash. Pepsinni aniqlash, oshqozon shirasini zondsiz laborator tekshirish usuli (atsidotest, uropepsinni aniqlash). Oshqozon shirasini mikroskopik tekshirish. Bazal shira. Oshqozon sekreti yasini stimullovchi (gistamin, karam sho'rva).

Interaktiv usul:Akademik polemika, qor uyumi, ratatsiya usuli

Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)-1,2,3

(qo'shimcha)- 1,2,3,4,5,6

Internet saytlari

2-mavzu. Asosiy klinik sindromlar: hazm qilish yetishmovchiligi sindromi, ichak so'rilish yetishmovchiligi sindromi, o'tkir qorin, ovqat hazm qilish tizimidan o'tkir qon ketishlar.

Hazm a'zolarini instrumental tekshirish usullari (rentgenologik, ezofagogastroduodenofibroskopiya, rektoromanoskopiya, kolonoskopiya). Gastritlar simptomatologiyasi (o'tkir va surunkali). Oshqozon-ichak traktini rentgenologik tekshirish. Diagnostic ahamiyati. Oshqo-zon-ichak yo'llarini endoskopik tekshirish. Gastroskopiya. Kolonoskopiya. Rek-toromanoskopiya. Endoskopiya usulini rentgenologik tekshiruv usulidan afzalligi. Gastritlar etiopatogenezi, tasnifi. O'tkir va surunkali gastrit simptomatologiyasi.

Interaktiv usul:Ari uyasi, qor uyumi, 3 pog'onali interv'yu

Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)-4

2. (qo'shimcha)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21,

Internet saytlari

3-mavzu. Ovqat hazm qilish tizimi kasalliklari: qizilo'ngach kasalliklari, gastritlar. Gastritlar simptomatologiyasi (o'tkir va surunkali). Gastritlar etiopatogenezi, tasnifi.

Interaktiv usul:svod usuli., qor uyumi, 3 pog'onali interv'yu

Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)-4

2. (qo'shimcha)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21,

Internet saytlari

4-mavzu. Yara kasalligi, mal'absorbtsiya sindromi, surunkali kolitlar. Oshqozon va 12 barmoqli ichak yara kasalligi simptomatologiyasi. Enterit va kolitlar simptomatologiyasi. Laborator mashg'ulot: axlatni tekshirish. Oshqozon va 12 barmoqli ichak yara kasalligi etiopatogenezi, simptomatologiya-si. Enteritlar va kolitlar etiopatogenezi, simptomatologiyasi. Koprologik tekshiruv. Diagnostic ahamiyati. Makroskopik tekshirish: hidi, rangi, shakli, konsisten-tsiyasi. Ximik tekshirish: reaksiyasi, yashirin qon ketishini aniqlash, o't pig-mentlarini, muskul tolalarini, yog', o'simlik hujayrasi, kraxmal, shilliq, epiteliy, leykotsit, eritrotsit, makrofag, gelmentlarni aniqlash.

Interaktiv usul: klasster, qor uyumi, ruch.stol.o'rt.

Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)-4

2. (qo'shimcha)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21,

Internet saytlari

5-mavzu. Jigar va o't yo'llari. Tekshirish usullari: so'rab-surishtirish, fizik tekshirish usullari (ko'zdan kechirish, pal'patsiya, perkussiya). Jigar va o't yo'llari kasalliklari bilan og'rigan bemorlarni so'rab-surishtirish shikoyatkari, anamnez, ko'zdan kechirish, palpatsiyasi va perkussiyasi. Asosiy klinik sindromlar haqida tushuncha: sariqlik, portal gipertenziya, jigar yetishmovchiligi. Jigar va o't yo'llari kasalligi bilan kasallangan bemorlarni so'rab-surishtirish. Asosiy shikoyatlari. Og'riq lokalizatsiyasi, xarakteri, davomiyligi, irradiatsiyasi, sabablari, kuchayishi, susayishi, og'riq to'xtashi. Dispepsiya: ishtaha o'zgarishi, og'izda taxirlik, ko'ngil aynishi, qayd qilish, qorin damlanishi. Sariqlik: teri rangini o'zgarishi, siydik, axlat o'zgarishi. Diagnostic ahamiyati. Teri qichishi. Qorin kattalashuvi. Ko'zdan kechirish. Qorin perkussiyasi, astsitni aniqlash. Kurlov bo'yicha jigar o'lchamini aniqlash.

Interaktiv usul:Intsident usuli, ratastiya usuli, akademik polemika

Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)-4

2. (qo'shimcha)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21,

Internet saytlari

6-mavzu. Jigar va o't yo'llari. Tekshirish usullari: laborator-asbobiy tekshirish usullari).

Asosiy klinik sindromlar. Jigar va o't yo'llari kasalliklari bilan og'rigan bemorlarni laborator va instrumental tekshirish usullari (xoletsistografiya, jigarni skanirlash, ultratovush bilan jigar va o't qopini tekshirish). Komp'yuter tomografiyasi. Jigarni pigment, uglevod, yog' almashinuvini tekshirish (qonni bioximiyaviy tekshirish), mikroelementlarni tekshirish (temir, mis). Fermentlarni tekshirish, jigarning zararsizlantiruvchi, chiqaruvchi faoliyatini tekshirish. Jigar strukturasi va faoliyatini radioizotop bilan tekshirish, radiometrik tekshirish, jigarni skanirlash. O't qopini skanirlash. Rentgen usuli bilan tekshirish:

xoletsistografiya, xolegrafiya, komp'yuter tomografiya. Asosiy klinik sindromlar haqida tushuncha. Sariqlik, portal gipertenziya, jigar yetishmovchiligini mexanizmi va simptomatologiyasi. Sariqlik turlari, mexanizmi va patogenezi. Bilirubin almashinuvi cxemasi. Portal gipertenziya simptomatologiyasi.

Interaktiv usul: svod usuli, zaif halqa, galereya bo'yicha

Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)-4

2. (qo'shimcha)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21,
Internet saytlari

7-mavzu. Jigar va o't yo'llari. Surunkali gepatitlar. Surunkali gepatitlarning simptomatologiyasi. Jigarining dori vositalaridan zararlanishi. Shikoyatlar, ko'zdan kechirish, paypaslash, to'qillatish. Kasallikning etiopatogenezi.

Interaktiv usul:svod usuli, zaif halqa, galereya bo'yicha

Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)-4

2. (qo'shimcha)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21,
Internet saytlari

8-mavzu. Jigar sirrozi, surunkali xoletsistit. Oraliq nazorat № 3. Surunkali xoletsistit simptomatologiyasi. Jigar tsirrozi simptomatologiyasi. Shikoyatlar, ko'zdan kechirish, paypaslash, to'qillatish. Kasallikning etiopatogenezi.

Interaktiv usul:svod usuli, zaif halqa, galereya bo'yicha

Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)-4

2. (qo'shimcha)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21,
Internet saytlari

9-mavzu. Buyrak va siydik ajratish tizimi. Tekshirish usullari: surab-surishtirish, fizik tekshirish usullari (ko'zdan kechirish, pal`patsiya, perkussiya, laborator-asbobiy – tekshirish usullari). So'rab-surishtirish. Asosiy shikoyatlar va ularning patogenezi. Og'riqlar. Ularning tahlili. Shishlar joylashuvi, tarqalishi. Laboratoriya tekshirishlari. Peshobni umumiy tahlili. Peshobni Nechiporenko usulida tekshirish. Leykotsitlar, eritrotsitlar, tsilindrlarni nisbati va diagnostic ahamiyati. Zimnitskiy sinamasi. Buyraklarning funktsional holatini baholashda peshob nisbiy og'irlikni ahamiyati. Giposteniuriya. Izosteniuriya. Nikturiya. Reberg sinamasi, qon zardobida kreatinin, mochevinani aniqlash

Interaktiv usul: qor uyumi, ari uyasi, zaif halqa

Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)-4

2. (qo'shimcha)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21,
Internet saytlari

10-mavzu. Buyrak va siydik ajratish tizimi kasalliklari. Asosiy klinik sindromlar.

Proteinuriya, glyukozuriya, bilirubinuriya, urobilinuriya, atsetonuriya aniqlash usullari va diagnostic ahamiyati. Dizurik buzilishlar.

Interaktiv usul: qor uyumi, ari uyasi, zaif halqa

Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)-4

2. (qo'shimcha)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21,
Internet saytlari

11-mavzu. O'tkir va surunkali glomerulonefrit. O'tkir va surunkali pielonefritlar va glomerulonefritlarning etiopatogenezi haqida tushuncha. So'rab-surishtirish.

Interaktiv usul: qor uyumi, ari uyasi, zaif halqa

Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)-4

2. (qo'shimcha)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21,
Internet saytlari

12-mavzu. O'tkir va surunkali pielonefritlarni simptomatologiyasi. O'tkir va surunkali buyrak yetishmovchiligi. O'tkir va surunkali pielonefritlar, o'tkir va surunkali buyrak yetishmovchiligi. etiopatogenezi haqida tushuncha. So'rab-surishtirish.

Interaktiv usul: qor uyumi, ari uyasi, zaif halqa

Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)-4

2. (qo'shimcha)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21,
Internet saytlari

13-mavzu. Suyak-mushak va biriktiruvchi tuqima tizimi. Tekshirish usullari: so'rab-surishtirish, fizik tekshirish usullari, laborator-asbobiy tekshirish usullari. Asosiy klinik

синдромлар. Bo'g'im kasalligi. So'rab-surishtirish. Asosiy shikoyatlar va ularning patogenezi: bo'g'imlarda va muskullarda og'riq. Isitma. Holsizlik. Bo'g'imlar konfiguratsiyasi, shishlar, qizarish, aktiv va passiv harakatlar miqdori. Palpatsiya, bo'g'im haroratini aniqlash, tugunchalar paydo bo'lishi, muskul o'griqlari. Lumfa tugunlarni sistematik kattalashishi. Revmatik kasalliklar to'g'risida tushuncha. Biriktiruvchi to'qima kasalligi. So'rab-surishtirish. Asosiy shikoyatlar va ularning patogenezi: suyak, muskul, bo'g'imlarda og'riq, ularning harakatga bog'liqligi. Shishlar va ularning tasnifi.

Интерактив усул: Aylana stol usuli, akademik polemika, zaif halqa

Адабиётлар: 1. (asosiy adabiyotlar)-4

2. (qo'shimcha)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21, Internet saytlari

14-mavzu. Ichki sekretsiya bezlari va modda almashinuvi tizimi. Tekshirish usullari.

So'rab-surishtirish, fizikal-tekshirish usullari. Laborator-asbobiy tekshirish usullari. Ichki sekretsiya bezlari kasalliklari. Shikoyatlar. Holsizlik, ozish, semirish, chanqoq, ishtaha, isitma holati, yuqori qo'zg'aluvchanlik, teri qichishi, yurak urishi, teri qoplamlari rangini o'zgarishi, qurishi. Umumiy holat. Es-hushi. Bo'yi va proporsiyalari o'zgarishi. Jinsi va yoshi belgilari. Teri qoplamlari o'zgarishi. Terida toshmalar, striyalar borligi. Teri osti yog' kletchatkasining rivojlanishi va bir tekis tarqalishi. Shishlar. Ko'z simptomlarini aniqlash. Yuz va bo'yin sohasini o'zgarishi.

Интерактив усул: Klaster, zaif halqa, qor uyumi

Адабиётлар: 1. (asosiy adabiyotlar)-4

2. (qo'shimcha)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21, Internet saytlari

15-mavzu. Ichki sekretsiya bezlari va modda almashinuvi tizimi kasalliklari. Qalqonsimon bez kasalliklari. Gipo va giperterioz simptomatologiyasi. Qandli diabet etiopatogenezi, simptomatologiyasi. Diabetik va gipoglikemik komalar to'g'risida tushuncha. Tez yordam asoslari.

Интерактив усул: Rastasiya usuli, guruh tek., sinetika

Адабиётлар: 1. (asosiy adabiyotlar)-4

2. (qo'shimcha)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21, Internet saytlari

16-mavzu. Qon tizimi. Tekshirish usullari. Fizik tekshirish usullari laborator-asbobiy

tekshirish usullari. Qon ketishi: burundan, milklardan, me'da-ichak tizimidan, bachadondan va boshqa organlardan. Teri qichishi, bezgak, ko'zdan kechirish. Teri va shilliq qavatlarda o'zgarishlar, regionar limfa tugunlarning kattalashishi. Qon ketishi. Petexiya, limfa tugunlarni, jigarni va taloqni paypaslash. Konsistentsiyasi, yuzasi va qirrasi, og'riq. Qonni umumiy klinik analizi. Leykotsitlar, trombotsitlar, eritrotsitlar (retikulotsitlar), limfotsitlar formula, E.CH.T aniqlash. Qon quyilish tezligi holatini aniqlashning umumiy usullari bilan tanishish.

Интерактив усул: Ari uyasi, zaif halqa, ruchka stol o'rtasida

Адабиётлар: 1. (asosiy adabiyotlar)-4

2. (qo'shimcha)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21, Internet saytlari

17-mavzu. Qon tizimi kasalliklari. Kamqonliklar etiopatogenezi to'g'risida umumiy tushuncha.

Tasnifi. Temir yetishmovchiligi, postgemorragik, gemolitik. Leykozlar etiopatogenezi to'g'risida umumiy tushuncha. Tasnifi.

Интерактив усул: Klaster, zaif halqa, qor uyumi

Адабиётлар: 1. (asosiy adabiyotlar)-4

2. (qo'shimcha)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

18-mavzu. Kasallik tarixi. Amaliy ko'nikmalar. O'qituvchini nazoratida talabalarning mustaqil ishlashi. Bemorlarni kuratsiyasi. Amaliy ko'nikmalarni va kasallik bayonini yozish.

Интерактив усул: akademik polemika, zaif halqa

Адабиётлар: 1. (asosiy adabiyotlar)-4

2. (qo'shimcha)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

Наименования лекционных занятий

№	Наименования	Ча	Литературы
---	--------------	----	------------

	лекционных занятий	сы	
1	Пищеварительный тракт. Обследование пищевода, желудка, кишечника (расспрос, физикальная, лабораторно-инструментальная). Основные клинические синдромы. Понятия о коронавирусе, эпидемиология и его клиника	2	1. ГадаеваА; Каримов М.Сщ.; “Ички касалликлар пропедевтикаси” Т. 2012; 2. Мухин Н.А., Моисеев В.И. "Пропедевтика внутренних болезней", М. 2000. 3. Василенко В.Х.. Гребенев А.Л “Пропедевтика внутренних болезней”, М.1989 4. Нарзиев Сщ.С. Абдуллаева М.А. «Ички касалликлар пропедевтикаси». Бухоро. 2018;
2	Заболевание пищеварительного тракта: заболевание пищевода, гастриты клиника, диагностика Диагностика и дифференциальная диагностика и течения коронавируса	2	1. ГадаеваА; Каримов М.Сщ.; “Ички касалликлар пропедевтикаси” Т. 2012; 2. Мухин Н.А., Моисеев В.И. "Пропедевтика внутренних болезней", М. 2000. 3. Василенко В.Х.. Гребенев А.Л “Пропедевтика внутренних болезней”, М.1989 4. Нарзиев Сщ.С. Абдуллаева М.А. «Ички касалликлар пропедевтикаси». Бухоро. 2018;
3	Заболевании ищеварительного тракта. Язвенная болезнь, синдром мальабсорбции, хронические колиты клиника, диагностика. Лечения коронавируса	2	1. ГадаеваА; Каримов М.Сщ.; “Ички касалликлар пропедевтикаси” Т. 2012; 2. Мухин Н.А., Моисеев В.И. "Пропедевтика внутренних болезней", М. 2000. 3. Василенко В.Х.. Гребенев А.Л “Пропедевтика внутренних болезней”, М.1989 4. Нарзиев Сщ.С. Абдуллаева М.А. «Ички касалликлар пропедевтикаси». Бухоро. 2018;
4	Печень и желчные пути. Методы обследования: расспрос, физикальный (осмотр, пальпация, перкуссия), лабораторно-инструментальные исследование. Основные клинические синдромы. Желтухи клиника, диагностика	2	1. ГадаеваА; Каримов М.Сщ.; “Ички касалликлар пропедевтикаси” Т. 2012; 2. Мухин Н.А., Моисеев В.И. "Пропедевтика внутренних болезней", М. 2000. 3. Василенко В.Х.. Гребенев А.Л “Пропедевтика внутренних болезней”, М.1989 4. Нарзиев Сщ.С. Абдуллаева М.А. «Ички касалликлар пропедевтикаси». Бухоро. 2018;
5	Заболевании печени и желчных путей. Хроничекие гепатиты, цирроз печени, хронический холецистит клиника, диагностика.	2	1. ГадаеваА; Каримов М.Сщ.; “Ички касалликлар пропедевтикаси” Т. 2012; 2. Мухин Н.А., Моисеев В.И. "Пропедевтика внутренних болезней", М. 2000. 3. Василенко В.Х.. Гребенев А.Л “Пропедевтика внутренних болезней”, М.1989

			4. Нарзиев Сщ.С. Абдуллаева М.А. «Ички касалликлар пропедевтикаси». Бухоро. 2018;
6	Почки и мочевыделительная система. Методы обследования: распрос, физикальный (осмотр, пальпация, перкуссия), лабораторно-инструментальные исследование. . Основные клинические синдромы.	2	1. Гадаева; Каримов М.Сщ.; “Ички касалликлар пропедевтикаси” Т. 2012; 2. Мухин Н.А., Моисеев В.И. "Пропедевтика внутренних болезней", М. 2000. 3. Василенко В.Х.. Гребенев А.Л “Пропедевтика внутренних болезней”, М.1989 4. Нарзиев Сщ.С. Абдуллаева М.А. «Ички касалликлар пропедевтикаси». Бухоро. 2018;
7	Заболевание почек и мочевыделительной системы. Симптоматология острых и хронических гломерулонефритов и пиелонефритов. Острая и хроническая почечная недостаточность клиника, диагностика.	2	1. Гадаева; Каримов М.Сщ.; “Ички касалликлар пропедевтикаси” Т. 2012; 2. Мухин Н.А., Моисеев В.И. "Пропедевтика внутренних болезней", М. 2000. 3. Василенко В.Х.. Гребенев А.Л “Пропедевтика внутренних болезней”, М.1989 4. Нарзиев Сщ.С. Абдуллаева М.А. «Ички касалликлар пропедевтикаси». Бухоро. 2018;
8	Эндокринная и система обмен веществ. Методы обследования: распрос, физикальный, лабораторно-инструментальные исследование.	2	1. Гадаева; Каримов М.Сщ.; “Ички касалликлар пропедевтикаси” Т. 2012; 2. Мухин Н.А., Моисеев В.И. "Пропедевтика внутренних болезней", М. 2000. 3. Василенко В.Х.. Гребенев А.Л “Пропедевтика внутренних болезней”, М.1989 4. Нарзиев Сщ.С. Абдуллаева М.А. «Ички касалликлар пропедевтикаси». Бухоро. 2018;
9	Заболевание эндокринной и системы обмена веществ.	2	1. Гадаева; Каримов М.Сщ.; “Ички касалликлар пропедевтикаси” Т. 2012; 2. Мухин Н.А., Моисеев В.И. "Пропедевтика внутренних болезней", М. 2000. 3. Василенко В.Х.. Гребенев А.Л “Пропедевтика внутренних болезней”, М.1989 4. Нарзиев Сщ.С. Абдуллаева М.А. «Ички касалликлар пропедевтикаси». Бухоро. 2018;
10	Система крови. Методы обследования: распрос, физикальный, лабораторно-инструментальные исследование.	2	1. Гадаева; Каримов М.Сщ.; “Ички касалликлар пропедевтикаси” Т. 2012; 2. Мухин Н.А., Моисеев В.И. "Пропедевтика внутренних болезней", М. 2000. 3. Василенко В.Х.. Гребенев А.Л “Пропедевтика внутренних болезней”, М.1989

	Заболевание системы крови. Анемии клиника, диагностика.		4. Нарзиев Сщ.С. Абдуллаева М.А. «Ички касалликлар пропедевтикаси». Бухоро. 2018;
	Всего	20	

Содержание лекционных занятий

Лекция 1 Пищеварительный тракт. Обследование пищевода, желудка, кишечника (расспрос, физикальная, лабораторно-инструментальная). Основные клинические синдромы.

Литература: 1.(осн. лит.)- 4
2.(доп. лит.)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21
сайты интернета

Лекция 2 Заболевание пищеварительного тракта: заболевание пищевода, гастриты.

Литература: 1.(осн. лит.)- 4
2.(доп. лит.)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21
сайты интернета

Лекция 3 Заболевания пищеварительного тракта: язвенная болезнь, синдром мальабсорбции, хронические колиты.

Литература: 1.(осн. лит.)- 4
2.(доп. лит.)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21
сайты интернета

Лекция 4 Печень и желчные пути. Методы обследования: расспрос, физикальный (осмотр, пальпация, перкуссия), лабораторно-инструментальные исследование. Основные клинические синдромы.

Литература: 1.(осн. лит.)- 4
2.(доп. лит.)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21
сайты интернета

Лекция 5 Заболевания печени и желчных путей. Хронические гепатиты, цирроз печени, хронический холецистит.

Литература: 1.(осн. лит.)- 4
2.(доп. лит.)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21
сайты интернета

Лекция 6 Почки и мочевыделительная система. Методы обследования: расспрос, физикальный (осмотр, пальпация, перкуссия), лабораторно-инструментальные исследование. . Основные клинические синдромы.

Литература: 1.(осн. лит.)- 4
2.(доп. лит.)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21
сайты интернета

Лекция 7 Заболевание почек и мочевыделительной системы. Симптоматология острых и хронических гломерулонефритов и пиелонефритов. ОПН и ХПН.

Литература: 1.(осн. лит.)- 4
2.(доп. лит.)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21
сайты интернета

Лекция 8 Эндокринная и система обмен веществ. Методы обследования: расспрос, физикальный, лабораторно-инструментальные исследование.

Литература: 1.(осн. лит.)- 4

2.(доп. лит.)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

сайты интернета

Лекция 9 Заболевание эндокринной и системы обмена веществ.

Литература: 1.(осн. лит.)- 4

2.(доп. лит.)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

сайты интернета

Лекция 10 Система крови. Методы обследования: распрос, физикальный, лабораторно-инструментальные исследование. Заболевания системы крови.

Литература: 1.(осн. лит.)- 4

2.(доп. лит.)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

сайты интернета

Наименования практических занятий

№	Наименование занятий	часы	литературы
1	Пищеварительный тракт. Обследование пищевода, желудка, кишечника (распрос, физикальная, лабораторно-инструментальная).	2	1. ГадаеваА; Каримов М.Сщ.; “Ички касалликлар пропедевтикаси” Т. 2012; 2. Мухин Н.А., Моисеев В.И. "Пропедевтика внутренних болезней", М. 2000. 3. Василенко В.Х.. Гребенев А.Л “Пропедевтика внутренних болезней”, М.1989 4. Нарзиев Ш.С. С. Абдуллаева М.А. «Ички касалликлар пропедевтикаси». Бухоро. 2018;
2	Основные клинические синдромы. Заболевания пищеварительного тракта: синдром диспепсии, острый живот, острые кровотечения от пищеварительного тракта.	2	1. ГадаеваА; Каримов М.Сщ.; “Ички касалликлар пропедевтикаси” Т. 2012; 2. Мухин Н.А., Моисеев В.И. "Пропедевтика внутренних болезней", М. 2000. 3. Василенко В.Х.. Гребенев А.Л “Пропедевтика внутренних болезней”, М.1989 4. Нарзиев Ш.С. Абдуллаева М.А. «Ички касалликлар пропедевтикаси».Бухоро.2018;
3	Заболевания пищеварительного тракта: заболевание пищевода-эзофагит, гастриты клиника, диагностика.	2	1. ГадаеваА; Каримов М.Сщ.; “Ички касалликлар пропедевтикаси” Т. 2012; 2. Мухин Н.А., Моисеев В.И. "Пропедевтика внутренних болезней", М. 2000. 3. Василенко В.Х.. Гребенев А.Л “Пропедевтика внутренних болезней”, М.1989 4. Нарзиев Ш.С. Абдуллаева М.А. «Ички касалликлар пропедевтикаси».Бухоро.2018;
4	Язвенная болезнь, синдром мальабсорбции, хронические колиты клиника, диагностика.	2	1. ГадаеваА; Каримов М.Сщ.; “Ички касалликлар пропедевтикаси” Т. 2012; 2. Мухин Н.А., Моисеев В.И. "Пропедевтика внутренних болезней", М. 2000. 3. Василенко В.Х.. Гребенев А.Л “Пропедевтика внутренних болезней”, М.1989

			4. Нарзиев Ш.С. Абдуллаева М.А. «Ички касалликлар пропедевтикаси».Бухоро.2018;
5	Печень и желчные пути. Методы обследования: распрос, физикальный (осмотр, пальпация, перкуссия).	2	1. Гадаева; Каримов М.Сщ.; “Ички касалликлар пропедевтикаси” Т. 2012; 2. Мухин Н.А., Моисеев В.И. "Пропедевтика внутренних болезней", М. 2000. 3. Василенко В.Х.. Гребенев А.Л “Пропедевтика внутренних болезней”, М.1989 4. Нарзиев Ш.С. Абдуллаева М.А. «Ички касалликлар пропедевтикаси».Бухоро.2018;
6	Печень и желчные пути: лабараторно-инструментальные исследование. Основные клинические синдромы. Желтухи клиника, диагностика.	2	1. Гадаева; Каримов М.Сщ.; “Ички касалликлар пропедевтикаси” Т. 2012; 2. Мухин Н.А., Моисеев В.И. "Пропедевтика внутренних болезней", М. 2000. 3. Василенко В.Х.. Гребенев А.Л “Пропедевтика внутренних болезней”, М.1989 4. Нарзиев Ш.С. Абдуллаева М.А. «Ички касалликлар пропедевтикаси».Бухоро.2018;
7	Печень и желчные пути. Хроничекие гепатиты клиника, диагностика.	1	1. Гадаева; Каримов М.Сщ.; “Ички касалликлар пропедевтикаси” Т. 2012; 2. Мухин Н.А., Моисеев В.И. "Пропедевтика внутренних болезней", М. 2000. 3. Василенко В.Х.. Гребенев А.Л “Пропедевтика внутренних болезней”, М.1989 4. Нарзиев Ш.С. Абдуллаева М.А. «Ички касалликлар пропедевтикаси».Бухоро.2018;
8	Цирроз печени, хронический холецистит клиника, диагностика. Промежеточный экзамень № 3.	1	1. Гадаева; Каримов М.Сщ.; “Ички касалликлар пропедевтикаси” Т. 2012; 2. Мухин Н.А., Моисеев В.И. "Пропедевтика внутренних болезней", М. 2000. 3. Василенко В.Х.. Гребенев А.Л “Пропедевтика внутренних болезней”, М.1989 4. Нарзиев Ш.С. Абдуллаева М.А. «Ички касалликлар пропедевтикаси».Бухоро.2018;
9	Почки и мочевыделительная система. Методы обследования: распрос, физикальный (осмотр, пальпация, перкуссия), лабараторно-инструментальные исследование.	1	1. Гадаева; Каримов М.Сщ.; “Ички касалликлар пропедевтикаси” Т. 2012; 2. Мухин Н.А., Моисеев В.И. "Пропедевтика внутренних болезней", М. 2000. 3. Василенко В.Х.. Гребенев А.Л “Пропедевтика внутренних болезней”, М.1989 4. Нарзиев Ш.С. Абдуллаева М.А. «Ички касалликлар пропедевтикаси».Бухоро.2018;
10	Заболевание почек и мочевыделительной	1	1. Гадаева; Каримов М.Сщ.; “Ички касалликлар пропедевтикаси” Т. 2012;

	системы. Основные клинические синдромы.		2. Мухин Н.А., Моисеев В.И. "Пропедевтика внутренних болезней", М. 2000. 3. Василенко В.Х.. Гребенев А.Л "Пропедевтика внутренних болезней", М.1989 4. Нарзиев Ш.С. Абдуллаева М.А. «Ички касалликлар пропедевтикаси».Бухоро.2018;
11	Острый и хронический гломерулонефрит клиника, диагностика	1	1. ГадаеваА; Каримов М.Сщ.; "Ички касалликлар пропедевтикаси" Т. 2012; 2. Мухин Н.А., Моисеев В.И. "Пропедевтика внутренних болезней", М. 2000. 3. Василенко В.Х.. Гребенев А.Л "Пропедевтика внутренних болезней", М.1989 4. Нарзиев Ш.С. Абдуллаева М.А. «Ички касалликлар пропедевтикаси».Бухоро.2018;
12	Острый и хронический пиелонефрит. Острая и хроническая почечная недостаточность клиника, диагностика	1	1. ГадаеваА; Каримов М.Сщ.; "Ички касалликлар пропедевтикаси" Т. 2012; 2. Мухин Н.А., Моисеев В.И. "Пропедевтика внутренних болезней", М. 2000. 3. Василенко В.Х.. Гребенев А.Л "Пропедевтика внутренних болезней", М.1989 4. Нарзиев Ш.С. Абдуллаева М.А. «Ички касалликлар пропедевтикаси».Бухоро.2018;
13	Костно-мышечная и соединительная ткань. Методы обследования: распрос, физикальный (осмотр, пальпация, перкуссия), лабараторно-инструментальные исследование. Основные клинические синдромы. СКВ, системная склеродермия клиника, диагностика	1	1. ГадаеваА; Каримов М.Сщ.; "Ички касалликлар пропедевтикаси" Т. 2012; 2. Мухин Н.А., Моисеев В.И. "Пропедевтика внутренних болезней", М. 2000. 3. Василенко В.Х.. Гребенев А.Л "Пропедевтика внутренних болезней", М.1989 4. Нарзиев Ш.С. Абдуллаева М.А. «Ички касалликлар пропедевтикаси».Бухоро.2018;
14	Эндокринная и система обмен веществ. Методы обследования: распрос, физикальный, лабараторно-инструментальные исследование	1	1. ГадаеваА; Каримов М.Сщ.; "Ички касалликлар пропедевтикаси" Т. 2012; 2. Мухин Н.А., Моисеев В.И. "Пропедевтика внутренних болезней", М. 2000. 3. Василенко В.Х.. Гребенев А.Л "Пропедевтика внутренних болезней", М.1989 Нарзиев Ш.С.
15	Заболевание эндокринной и системы обмена веществ. Сахарный диабет, тиреотоксикоз,	1	1. ГадаеваА; Каримов М.Сщ.; "Ички касалликлар пропедевтикаси" Т. 2012; 2. Мухин Н.А., Моисеев В.И. "Пропедевтика внутренних болезней", М. 2000.

	гипотиреоз клиника, диагностика		3. Василенко В.Х.. Гребенев А.Л “Пропедевтика внутренних болезней”, М.1989 4. Нарзиев Ш.С. Абдуллаева М.А. «Ички касалликлар пропедевтикаси».Бухоро.2018;
16	Система крови. Методы обследования: распрос, физикальный, лабараторно-инструментальные исследование	1	1. ГадаеваА; Каримов М.Сщ.; “Ички касалликлар пропедевтикаси” Т. 2012; 2. Мухин Н.А., Моисеев В.И. "Пропедевтика внутренних болезней", М. 2000. 3. Василенко В.Х.. Гребенев А.Л “Пропедевтика внутренних болезней”, М.1989 4. Нарзиев Ш.С. Абдуллаева М.А. «Ички касалликлар пропедевтикаси».Бухоро.2018;
17	Заболевание системы крови. Анемии клиника, диагностика	1	1. ГадаеваА; Каримов М.Сщ.; “Ички касалликлар пропедевтикаси” Т. 2012; 2. Мухин Н.А., Моисеев В.И. "Пропедевтика внутренних болезней", М. 2000. 3. Василенко В.Х.. Гребенев А.Л “Пропедевтика внутренних болезней”, М.1989 4. Нарзиев Ш.С. Абдуллаева М.А. «Ички касалликлар пропедевтикаси».Бухоро.2018;
18	История болезни, практические навыки	1	1. ГадаеваА; Каримов М.Сщ.; “Ички касалликлар пропедевтикаси” Т. 2012;
	Всего	24	

Краткое содержание практических и клинических занятий

Тема 1 Пищеварительный тракт. Обследование пищевода, желудка, кишечника (распрос, физикальная, лабараторно-инструментальная).

Интерактивный метод: свод, мозговой штурм, тур по Галерее, метод снежков

Литература: 1.(осн. лит.)- 4

2.(доп. лит.)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

сайты интернета

Тема 2 Основные клинические синдромы. Заболевание пищеварительного тракта: синдром диспепсии, острый живот, острые кровотечения от пищеварительного тракта.

Интерактивный метод: Слабое звено, метод круглого стола, ручка на середине стола

Литература: 1.(осн. лит.)- 4

2.(доп. лит.)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

сайты интернета

Тема 3 Заболевание пищеварительного тракта: заболевание пищевода, гастриты.

Интерактивный метод: 3-х ступен. интервью, мозговой штурм, пчелиный рой

Литература: 1.(осн. лит.)- 4

2.(доп. лит.)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

сайты интернета

Тема 4 Язвенная болезнь, синдром мальабсорбции, хронические колиты.

Интерактивный метод: Академическая полем., слаб. звено метод снеж.

Литература: 1.(осн. лит.)- 4

2.(доп. лит.)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

сайты интернета

Тема 5 Печень и желчные пути. Методы обследования: распрос, физикальный (осмотр, пальпация, перкуссия).

Интерактивный метод: 3-х ступен. интервью, круглый стол, метод снежков

Литература: 1.(осн. лит.)- 4

2.(доп. лит.)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

сайты интернета

Тема 6 Печень и желчные пути: лабораторно-инструментальные исследование. Основные клинические синдромы.

Интерактивный метод: ассисмент,слабое звено, пчелиный рой, метод ратации

Литература: 1.(осн. лит.)- 4

2.(доп. лит.)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

сайты интернета

Тема 7 Печень и желчные пути. Хроничекие гепатиты.

Интерактивный метод: Академическая полем. ручка на середине стола

Литература: 1.(осн. лит.)- 4

2.(доп. лит.)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

сайты интернета

Тема 8 Цирроз печени, хронический холецистит. Промежеточный экзамень № 3.

Интерактивный метод: Групперасследе, 3-х ступенчат. интервью, метод снеж.

Литература: 1.(осн. лит.)- 4

2.(доп. лит.)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

сайты интернета

Тема 9 Почки и мочевыделительная система. Методы обследования: распрос, физикальный (осмотр, пальпация, перкуссия), лабораторно-инструментальные исследование.

Интерактивный метод:Метод инцидента, тур по Галерее, академическая полем.

Литература: 1.(осн. лит.)- 4

2.(доп. лит.)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

сайты интернета

Тема 10 Заболевание почек и мочевыделительной системыа. Основные клинические синдромы.

Интерактивный метод: свод, ручка на се-ред.стола, 3-х ступенчат. интервью

Литература: 1.(осн. лит.)- 4

2.(доп. лит.)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

сайты интернета

Тема 11 Острый и хронический гломерулонефрит.

Интерактивный метод: метод ратации, академическая полемика

Литература: 1.(осн. лит.)- 4

2.(доп. лит.)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

сайты интернета

Тема 12 Острый и хронический пиелонефрит. Острая и хроническая почечная недостаточность.

Интерактивный метод: метод разрешения проблем, тур по Галерее

Литература: 1.(осн. лит.)- 4
2.(доп. лит.)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21
сайты интернета

Тема 13 Костно-мышечная и соединительная ткань. Методы обследования: распросс, физикальный (осмотр, пальпация, перкуссия), лабараторно-инструментальные исследование. Основные клинические синдромы.

Интерактивный метод: ассисмент, пчелиный рой, мозговой штурм

Литература: 1.(осн. лит.)- 4
2.(доп. лит.)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21
сайты интернета

Тема 14 Эндокринная и система обмен веществ. Методы обследования: распросс, физикальный, лабараторно-инструментальные исследование.

Интерактивный метод: Академическая полемика, мет. ратации, Кластер

Литература: 1.(осн. лит.)- 4
2.(доп. лит.)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21
сайты интернета

Тема 15 Заболевание эндокринной и системы обмена веществ.

Интерактивный метод: 3-х ступенчат. интервью, мозговой штурм, Галерея

Литература: 1.(осн. лит.)- 4
2.(доп. лит.)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21
сайты интернета

Тема 16 Система крови. Методы обследования: распросс, физикальный, лабараторно-инструментальные исследование.

Интерактивный метод: метод снеж., академическая полемика

Литература: 1.(осн. лит.)- 4
2.(доп. лит.)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21
сайты интернета

Тема 17 Заболевание системы крови.

Интерактивный метод: 3-х ступенчат. интервью, метод инцидента

Литература: 1.(осн. лит.)- 4
2.(доп. лит.)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21
сайты интернета

Тема 18 История болезни, практические навыки

Интерактивный метод: метод инцидента, академ. полемика

Литература: 1.(осн. лит.)- 4
2.(доп. лит.)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21
сайты интернета

Наименования клинических занятий

№	Наименование занятий	Ча сы	литературы
1	Пищеварительный тракт. Обследование пищевода, желудка, кишечника	2	1. ГадаевА; Каримов М.Сщ.; “Ички касалликлар пропедевтикаси” Т. 2012; 2. Мухин Н.А., Моисеев В.И. "Пропедевтика

	(расспрос, физикальная, лабораторно-инструментальная).		внутренних болезней", М. 2000. 3. Василенко В.Х.. Гребенев А.Л "Пропедевтика внутренних болезней", М.1989 4. Нарзиев Ш.С. Абдуллаева М.А. «Ички касалликлар пропедевтикаси».Бухоро.2018;
2	Основные клинические синдромы. Заболевание пищеварительного тракта: синдром диспепсии, острый живот, острые кровотечения от пищеварительного тракта.	2	1. Гадаева; Каримов М.Сщ.; "Ички касалликлар пропедевтикаси" Т. 2012; 2. Мухин Н.А., Моисеев В.И. "Пропедевтика внутренних болезней", М. 2000. 3. Василенко В.Х.. Гребенев А.Л "Пропедевтика внутренних болезней", М.1989 4. Нарзиев Ш.С. Абдуллаева М.А. «Ички касалликлар пропедевтикаси».Бухоро.2018;
3	Заболевание пищеварительного тракта: заболевание пищевода-эзофагит, гастриты клиника, диагностика.	2	1. Гадаева; Каримов М.Сщ.; "Ички касалликлар пропедевтикаси" Т. 2012; 2. Мухин Н.А., Моисеев В.И. "Пропедевтика внутренних болезней", М. 2000. 3. Василенко В.Х.. Гребенев А.Л "Пропедевтика внутренних болезней", М.1989 4. Нарзиев Ш.С. Абдуллаева М.А. «Ички касалликлар пропедевтикаси».Бухоро.2018;
4	Язвенная болезнь, синдром мальабсорбции, хронические колиты клиника, диагностика.	2	1. Гадаева; Каримов М.Сщ.; "Ички касалликлар пропедевтикаси" Т. 2012; 2. Мухин Н.А., Моисеев В.И. "Пропедевтика внутренних болезней", М. 2000. 3. Василенко В.Х.. Гребенев А.Л "Пропедевтика внутренних болезней", М.1989 4. Нарзиев Ш.С. Абдуллаева М.А. «Ички касалликлар пропедевтикаси».Бухоро.2018;
5	Печень и желчные пути. Методы обследования: расспрос, физикальный (осмотр, пальпация, перкуссия).	2	1. Гадаева; Каримов М.Сщ.; "Ички касалликлар пропедевтикаси" Т. 2012; 2. Мухин Н.А., Моисеев В.И. "Пропедевтика внутренних болезней", М. 2000. 3. Василенко В.Х.. Гребенев А.Л "Пропедевтика внутренних болезней", М.1989 4. Нарзиев Ш.С. Абдуллаева М.А. «Ички касалликлар пропедевтикаси».Бухоро.2018;
6	Печень и желчные пути: лабораторно-инструментальные исследование. Основные клинические синдромы. Желтухи клиника, диагностика.	2	1. Гадаева; Каримов М.Сщ.; "Ички касалликлар пропедевтикаси" Т. 2012; 2. Мухин Н.А., Моисеев В.И. "Пропедевтика внутренних болезней", М. 2000. 3. Василенко В.Х.. Гребенев А.Л "Пропедевтика внутренних болезней", М.1989 4. Нарзиев Ш.С. Абдуллаева М.А. «Ички касалликлар пропедевтикаси».Бухоро.2018;

7	Печень и желчные пути. Хронические гепатиты клиника, диагностика.	3	1. Гадаева А.; Каримов М.Сщ.; "Ички касалликлар пропедевтикаси" Т. 2012; 2. Мухин Н.А., Моисеев В.И. "Пропедевтика внутренних болезней", М. 2000. 3. Василенко В.Х.. Гребенев А.Л "Пропедевтика внутренних болезней", М.1989 4. Нарзиев Ш.С. Абдуллаева М.А. «Ички касалликлар пропедевтикаси».Бухоро.2018;
8	Цирроз печени, хронический холецистит клиника, диагностика. Промежоточный экзамен № 3.	3	1. Гадаева А.; Каримов М.Сщ.; "Ички касалликлар пропедевтикаси" Т. 2012; 2. Мухин Н.А., Моисеев В.И. "Пропедевтика внутренних болезней", М. 2000. 3. Василенко В.Х.. Гребенев А.Л "Пропедевтика внутренних болезней", М.1989 4. Нарзиев Ш.С. Абдуллаева М.А. «Ички касалликлар пропедевтикаси».Бухоро.2018;
9	Почки и мочевыделительная система. Методы обследования: распрос, физикальный (осмотр, пальпация, перкуссия), лабораторно-инструментальные исследование.	3	1. Гадаева А.; Каримов М.Сщ.; "Ички касалликлар пропедевтикаси" Т. 2012; 2. Мухин Н.А., Моисеев В.И. "Пропедевтика внутренних болезней", М. 2000. 3. Василенко В.Х.. Гребенев А.Л "Пропедевтика внутренних болезней", М.1989 4. Нарзиев Ш.С. Абдуллаева М.А. «Ички касалликлар пропедевтикаси».Бухоро.2018;
10	Заболевание почек и мочевыделительной системы. Основные клинические синдромы.	3	1. Гадаева А.; Каримов М.Сщ.; "Ички касалликлар пропедевтикаси" Т. 2012; 2. Мухин Н.А., Моисеев В.И. "Пропедевтика внутренних болезней", М. 2000. 3. Василенко В.Х.. Гребенев А.Л "Пропедевтика внутренних болезней", М.1989 4. Нарзиев Ш.С. Абдуллаева М.А. «Ички касалликлар пропедевтикаси».Бухоро.2018;
11	Острый и хронический гломерулонефрит клиника, диагностика	3	1. Гадаева А.; Каримов М.Сщ.; "Ички касалликлар пропедевтикаси" Т. 2012; 2. Мухин Н.А., Моисеев В.И. "Пропедевтика внутренних болезней", М. 2000. 3. Василенко В.Х.. Гребенев А.Л "Пропедевтика внутренних болезней", М.1989 4. Нарзиев Ш.С. Абдуллаева М.А. «Ички касалликлар пропедевтикаси».Бухоро.2018;
12	Острый и хронический пиелонефрит. Острая и хроническая почечная	3	1. Гадаева А.; Каримов М.Сщ.; "Ички касалликлар пропедевтикаси" Т. 2012; 2. Мухин Н.А., Моисеев В.И. "Пропедевтика

	недостаточность клиника, диагностика		внутренних болезней", М. 2000. 3. Василенко В.Х.. Гребенев А.Л "Пропедевтика внутренних болезней", М.1989 4. Нарзиев Ш.С. Абдуллаева М.А. «Ички касалликлар пропедевтикаси».Бухоро.2018;
13	Костно-мышечная и соединительная ткань. Методы обследования: распрос, физикальный (осмотр, пальпация, перкуссия), лабараторно-инструментальные исследование. Основные клинические синдромы. СКВ, системная склеродермия клиника, диагностика.	3	1. Гадаева; Каримов М.Сщ.; "Ички касалликлар пропедевтикаси" Т. 2012; 2. Мухин Н.А., Моисеев В.И. "Пропедевтика внутренних болезней", М. 2000. 3. Василенко В.Х.. Гребенев А.Л "Пропедевтика внутренних болезней", М.1989 4. Нарзиев Ш.С. Абдуллаева М.А. «Ички касалликлар пропедевтикаси».Бухоро.2018;
14	Эндокринная и система обмен веществ. Методы обследования: распрос, физикальный, лабараторно-инструментальные исследование	3	1. Гадаева; Каримов М.Сщ.; "Ички касалликлар пропедевтикаси" Т. 2012; 2. Мухин Н.А., Моисеев В.И. "Пропедевтика внутренних болезней", М. 2000. 3. Василенко В.Х.. Гребенев А.Л "Пропедевтика внутренних болезней", М.1989 4. Нарзиев Ш.С. Абдуллаева М.А. «Ички касалликлар пропедевтикаси».Бухоро.2018;
15	Заболевание эндокринной и системы обмена веществ. Сахарный диабет, тиреотоксикоз, гипотиреоз клиника, диагностика.	3	1. Гадаева; Каримов М.Сщ.; "Ички касалликлар пропедевтикаси" Т. 2012; 2. Мухин Н.А., Моисеев В.И. "Пропедевтика внутренних болезней", М. 2000. 3. Василенко В.Х.. Гребенев А.Л "Пропедевтика внутренних болезней", М.1989 4. Нарзиев Ш.С. Абдуллаева М.А. «Ички касалликлар пропедевтикаси».Бухоро.2018;
16	Система крови. Методы обследования: распрос, физикальный, лабараторно-инструментальные исследование	3	1. Гадаева; Каримов М.Сщ.; "Ички касалликлар пропедевтикаси" Т. 2012; 2. Мухин Н.А., Моисеев В.И. "Пропедевтика внутренних болезней", М. 2000. 3. Василенко В.Х.. Гребенев А.Л "Пропедевтика внутренних болезней", М.1989 4. Нарзиев Ш.С. Абдуллаева М.А. «Ички касалликлар пропедевтикаси».Бухоро.2018;
17	Заболевание системы крови. Анемии клиника, диагностика	2	1. Гадаева; Каримов М.Сщ.; "Ички касалликлар пропедевтикаси" Т. 2012; 2. Мухин Н.А., Моисеев В.И. "Пропедевтика

			внутренних болезней", М. 2000. 3. Василенко В.Х.. Гребенев А.Л "Пропедевтика внутренних болезней", М.1989 4. Нарзиев Ш.С. Абдуллаева М.А. «Ички касалликлар пропедевтикаси».Бухоро.2018;
18	История болезни, практические навыки	2	1. Гадаева; Каримов М.Сщ.; "Ички касалликлар пропедевтикаси" Т. 2012;
	Всего	46	

Краткое содержание практических и клинических занятий

Тема 1 Пищеварительный тракт. Обследование пищевода, желудка, кишечника (расспрос, физикальная, лабораторно-инструментальная).

Интерактивный метод: свод, мозговой штурм, тур по Галерее, метод снежков

Литература: 1.(осн. лит.)- 4
2.(доп. лит.)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21
сайты интернета

Тема 2 Основные клинические синдромы. Заболевание пищеварительного тракта: синдром диспепсии, острый живот, острые кровотечения от пищеварительного тракта.

Интерактивный метод: Слабое звено, метод круглого стола, ручка на середине стола

Литература: 1.(осн. лит.)- 4
2.(доп. лит.)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21
сайты интернета

Тема 3 Заболевание пищеварительного тракта: заболевание пищевода, гастриты.

Интерактивный метод: 3-х ступен. интервью, мозговой штурм, пчелиный рой

Литература: 1.(осн. лит.)- 4
2.(доп. лит.)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21
сайты интернета

Тема 4 Язвенная болезнь, синдром мальабсорбции, хронические колиты.

Интерактивный метод: Академическая полем., слаб. звено метод снеж.

Литература: 1.(осн. лит.)- 4
2.(доп. лит.)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21
сайты интернета

Тема 5 Печень и желчные пути. Методы обследования: расспрос, физикальный (осмотр, пальпация, перкуссия).

Интерактивный метод: 3-х ступен. интервью, круглый стол, метод снежков

Литература: 1.(осн. лит.)- 4
2.(доп. лит.)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21
сайты интернета

Тема 6 Печень и желчные пути: лабораторно-инструментальные исследование. Основные клинические синдромы.

Интерактивный метод: ассисмент,слабое звено, пчелиный рой, метод ратации

Литература: 1.(осн. лит.)- 4
2.(доп. лит.)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21
сайты интернета

Тема 7 Печень и желчные пути. Хронические гепатиты.

Интерактивный метод: Академическая полем. ручка на середине стола

Литература: 1.(осн. лит.)- 4

2.(доп. лит.)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

сайты интернета

Тема 8 Цирроз печени, хронический холецистит. Промежточный экзамен № 3.

Интерактивный метод: Групперасследе, 3-х ступенчат. интервью, метод снеж.

Литература: 1.(осн. лит.)- 4

2.(доп. лит.)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

сайты интернета

Тема 9 Почки и мочевыделительная система. Методы обследования: распрос, физикальный (осмотр, пальпация, перкуссия), лабораторно-инструментальные исследование.

Интерактивный метод:Метод инцидента, тур по Галерее, академическая полем.

Литература: 1.(осн. лит.)- 4

2.(доп. лит.)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

сайты интернета

Тема 10 Заболевание почек и мочевыделительной системы. Основные клинические синдромы.

Интерактивный метод: свод, ручка на се-ред.стола, 3-х ступенчат. интервью

Литература: 1.(осн. лит.)- 4

2.(доп. лит.)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

сайты интернета

Тема 11 Острый и хронический гломерулонефрит.

Интерактивный метод: метод ратации, академическая полемика

Литература: 1.(осн. лит.)- 4

2.(доп. лит.)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

сайты интернета

Тема 12 Острый и хронический пиелонефрит. Острая и хроническая почечная недостаточность.

Интерактивный метод: метод разрешения проблем, тур по Галерее

Литература: 1.(осн. лит.)- 4

2.(доп. лит.)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

сайты интернета

Тема 13 Костно-мышечная и соединительная ткань. Методы обследования: распрос, физикальный (осмотр, пальпация, перкуссия), лабораторно-инструментальные исследование. Основные клинические синдромы.

Интерактивный метод: ассисмент, пчелиный рой, мозговой штурм

Литература: 1.(осн. лит.)- 4

2.(доп. лит.)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

сайты интернета

Тема 14 Эндокринная и система обмен веществ. Методы обследования: распрос, физикальный, лабораторно-инструментальные исследование.

Интерактивный метод: Академическая полемика, мет.ратации, Кластер

Литература: 1.(осн. лит.)- 4

2.(доп. лит.)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

сайты интернета

Тема 15 Заболевание эндокринной и системы обмена веществ.

Интерактивный метод: 3-х ступенчат. интервью, мозговой штурм, Галерея

Литература: 1.(осн. лит.)- 4

2.(доп. лит.)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

сайты интернета

Тема 16 Система крови. Методы обследования: распрос, физикальный, лабораторно-инструментальные исследование.

Интерактивный метод: метод снеж., академическая полемика

Литература: 1.(осн. лит.)- 4

2.(доп. лит.)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

сайты интернета

Тема 17 Заболевание системы крови.

Интерактивный метод: 3-х ступенчат. интервью, метод инцидента

Литература: 1.(осн. лит.)- 4

2.(доп. лит.)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

сайты интернета

Тема 18 История болезни, практические навыки

Интерактивный метод: метод инцидента, академ. полемика

Литература: 1.(осн. лит.)- 4

2.(доп. лит.)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

сайты интернета

Names of lecture employment

№	Names of lecture employment	Hours
1	Digestive tract. Examination of the esophagus, stomach, intestines (interrogation, physical, laboratory and instrumental). The main clinical syndromes.	2
2	Digestive tract disease: disease of the esophagus, gastritis.	2
3	Diseases of the digestive tract. Peptic ulcer, malabsorption syndrome, chronic colitis.	2
4	Liver and bile ducts. Methods of examination: dissemination, physical (examination, palpation, percussion), laboratory and instrumental research. The main clinical syndromes.	2
5	Diseases of the liver and biliary tract. Chronic hepatitis, cirrhosis, chronic cholecystitis.	2
6	Kidneys and urinary system. Methods of examination: dissemination, physical (examination, palpation, percussion), laboratory and instrumental research. . The main clinical syndromes.	2
7	Disease of the kidneys and urinary system. Symptomatology of acute and chronic glomerulonephritis and pyelonephritis. Acute and chronic renal failure.	2
8	Endocrine and metabolic system. Methods of examination: dissemination, physical, laboratory and instrumental research.	2

9	Endocrine and metabolic disease.	2
10	Blood system. Methods of examination: dissemination, physical, laboratory and instrumental research. Disease of the blood system.	2
	Total	20

Lecture Content

Lecture 1 Digestive tract. Examination of the esophagus, stomach, intestines (interrogation, physical, laboratory and instrumental). The main clinical syndromes.

Literature: 1. (main lit.) - 4

2. (additional lit.) - 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

internet sites

Lecture 2 Disease of the digestive tract: disease of the esophagus, gastritis.

Literature: 1. (main lit.) - 4

2. (additional lit.) - 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

internet sites

Lecture 3 Digestive tract diseases: peptic ulcer, malabsorption syndrome, chronic colitis.

Literature: 1. (main lit.) - 4

2. (additional lit.) - 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

internet sites

Lecture 4 Liver and biliary tract. Methods of examination: dissemination, physical (examination, palpation, percussion), laboratory and instrumental research. The main clinical syndromes.

Literature: 1. (main lit.) - 4

2. (additional lit.) - 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

internet sites

Lecture 5 Diseases of the liver and biliary tract. Chronic hepatitis, cirrhosis, chronic cholecystitis.

Literature: 1. (main lit.) - 4

2. (additional lit.) - 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

internet sites

Lecture 6 Kidneys and urinary system. Methods of examination: dissemination, physical (examination, palpation, percussion), laboratory and instrumental research. . The main clinical syndromes.

Literature: 1. (main lit.) - 4

2. (additional lit.) - 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

internet sites

Lecture 7 Disease of the kidneys and urinary system. Symptomatology of acute and chronic glomerulonephritis and pyelonephritis. Acute renal failure and chronic renal failure.

Literature: 1. (main lit.) - 4

2. (additional lit.) - 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

internet sites

Lecture 8 Endocrine and metabolic system. Methods of examination: dissemination, physical, laboratory and instrumental research.

Literature: 1. (main lit.) - 4

2. (additional lit.) - 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

internet sites

Lecture 9 Disease of the endocrine and metabolic system.

Literature: 1. (main lit.) - 4

2. (additional lit.) - 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

internet sites

Lecture 10 Blood system. Methods of examination: dissemination, physical, laboratory and instrumental research. Disease of the blood system.

Literature: 1. (main lit.) - 4

2. (additional lit.) - 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

internet sites

Names of a practical training

№	Names of a training	practical training	clinical training
1	Digestive tract. Examination of the esophagus, stomach, intestines (interrogation, physical, laboratory and instrumental).	2	1. GadaevA; Karimov M.Sh.; “Ichki kasalliklar propedevtikasi” T. 2012; 2. Muxin N.A., Moiseev V.I. "Propedevtika vnutrennix bolezney", M. 2000. 3. Vasilenko V.X.. Grebenev A.L “Propedevtika vnutrennix bolezney”, M.1989 4. Narziyev Sh.S. Abdullayeva M.A. «Ichki kasalliklar propedevtikasi».Buxoro.2018;
2	The main clinical syndromes. Digestive tract disease: dyspepsia syndrome, acute abdomen, acute bleeding from the digestive tract.	2	1. GadaevA; Karimov M.Sh.; “Ichki kasalliklar propedevtikasi” T. 2012; 2. Muxin N.A., Moiseev V.I. "Propedevtika vnutrennix bolezney", M. 2000. 3. Vasilenko V.X.. Grebenev A.L “Propedevtika vnutrennix bolezney”, M.1989 4. Narziyev Sh.S. Abdullayeva M.A. «Ichki kasalliklar propedevtikasi».Buxoro.2018;
3	Digestive tract disease: disease of the esophagus, gastritis.	2	1. GadaevA; Karimov M.Sh.; “Ichki kasalliklar propedevtikasi” T. 2012; 2. Muxin N.A., Moiseev V.I. "Propedevtika vnutrennix bolezney", M. 2000. 3. Vasilenko V.X.. Grebenev A.L “Propedevtika vnutrennix bolezney”, M.1989 4. Narziyev Sh.S. Abdullayeva M.A. «Ichki kasalliklar propedevtikasi».Buxoro.2018;
4	Peptic ulcer,	2	1. GadaevA; Karimov M.Sh.; “Ichki kasalliklar

	malabsorption syndrome, chronic colitis.		propedevtikasi” T. 2012; 2. Muxin N.A., Moiseev V.I. "Propedevtika vnutrennix bolezney", M. 2000. 3. Vasilenko V.X.. Grebenev A.L “Propedevtika vnutrennix bolezney”, M.1989 4. Narziyev Sh.S. Abdullayeva M.A. «Ichki kasalliklar propedevtikasi».Buxoro.2018;
5	Liver and bile ducts. Examination methods: dissemination, physical (examination, palpation, percussion).	2	1. GadaevA; Karimov M.Sh.; “Ichki kasalliklar propedevtikasi” T. 2012; 2. Muxin N.A., Moiseev V.I. "Propedevtika vnutrennix bolezney", M. 2000. 3. Vasilenko V.X.. Grebenev A.L “Propedevtika vnutrennix bolezney”, M.1989 4. Narziyev Sh.S. Abdullayeva M.A. «Ichki kasalliklar propedevtikasi».Buxoro.2018;
6	Liver and biliary tract: laboratory and instrumental research. The main clinical syndromes.	2	1. GadaevA; Karimov M.Sh.; “Ichki kasalliklar propedevtikasi” T. 2012; 2. Muxin N.A., Moiseev V.I. "Propedevtika vnutrennix bolezney", M. 2000. 3. Vasilenko V.X.. Grebenev A.L “Propedevtika vnutrennix bolezney”, M.1989 4. Narziyev Sh.S. Abdullayeva M.A. «Ichki kasalliklar propedevtikasi».Buxoro.2018;
7	Liver and bile ducts. Chronic hepatitis.	1	1. GadaevA; Karimov M.Sh.; “Ichki kasalliklar propedevtikasi” T. 2012; 2. Muxin N.A., Moiseev V.I. "Propedevtika vnutrennix bolezney", M. 2000. 3. Vasilenko V.X.. Grebenev A.L “Propedevtika vnutrennix bolezney”, M.1989 4. Narziyev Sh.S. Abdullayeva M.A. «Ichki kasalliklar propedevtikasi».Buxoro.2018;
8	Cirrhosis of the liver, chronic cholecystitis. Interim exam number 3.	1	1. Gadaev A; Karimov M.Sh.; “Ichki kasalliklar propedevtikasi” T. 2012; 2. Muxin N.A., Moiseev V.I. "Propedevtika vnutrennix bolezney", M. 2000. 3. Vasilenko V.X.. Grebenev A.L “Propedevtika vnutrennix bolezney”, M.1989 4. Narziyev Sh.S. Abdullayeva M.A. «Ichki kasalliklar propedevtikasi».Buxoro.2018;
9	Kidneys and urinary system. Methods of examination: dissemination, physical (examination, palpation, percussion),	1	1. GadaevA; Karimov M.Sh.; “Ichki kasalliklar propedevtikasi” T. 2012; 2. Muxin N.A., Moiseev V.I. "Propedevtika vnutrennix bolezney", M. 2000. 3. Vasilenko V.X.. Grebenev A.L “Propedevtika vnutrennix bolezney”, M.1989

	laboratory and instrumental research.		4. Narziyev Sh.S. Abdullayeva M.A. «Ichki kasalliklar propedevtikasi».Buxoro.2018;
10	Kidney and urinary system disease. The main clinical syndromes.	1	1. GadaevA; Karimov M.Sh.; “Ichki kasalliklar propedevtikasi” T. 2012; 2. Muxin N.A., Moiseev V.I. "Propedevtika vnutrennix bolezney", M. 2000. 3. Vasilenko V.X.. Grebenev A.L “Propedevtika vnutrennix bolezney”, M.1989 4. Narziyev Sh.S. Abdullayeva M.A. «Ichki kasalliklar propedevtikasi».Buxoro.2018;
11	Acute and chronic glomerulonephritis.	1	1. GadaevA; Karimov M.Sh.; “Ichki kasalliklar propedevtikasi” T. 2012; 2. Muxin N.A., Moiseev V.I. "Propedevtika vnutrennix bolezney", M. 2000. 3. Vasilenko V.X.. Grebenev A.L “Propedevtika vnutrennix bolezney”, M.1989 4. Narziyev Sh.S. Abdullayeva M.A. «Ichki kasalliklar propedevtikasi».Buxoro.2018;
12	Acute and chronic pyelonephritis. Acute and chronic renal failure	1	1. GadaevA; Karimov M.Sh.; “Ichki kasalliklar propedevtikasi” T. 2012; 2. Muxin N.A., Moiseev V.I. "Propedevtika vnutrennix bolezney", M. 2000. 3. Vasilenko V.X.. Grebenev A.L “Propedevtika vnutrennix bolezney”, M.1989 4. Narziyev Sh.S. Abdullayeva M.A. «Ichki kasalliklar propedevtikasi».Buxoro.2018;
13	Musculoskeletal and connective tissue. Methods of examination: dissemination, physical (examination, palpation, percussion), laboratory and instrumental research. The main clinical syndromes.	1	1. GadaevA; Karimov M.Sh.; “Ichki kasalliklar propedevtikasi” T. 2012; 2. Muxin N.A., Moiseev V.I. "Propedevtika vnutrennix bolezney", M. 2000. 3. Vasilenko V.X.. Grebenev A.L “Propedevtika vnutrennix bolezney”, M.1989 4. Narziyev Sh.S. Abdullayeva M.A. «Ichki kasalliklar propedevtikasi».Buxoro.2018;
14	Endocrine and metabolic system. Methods of examination: dissemination, physical, laboratory and instrumental research.	1	1. GadaevA; Karimov M.Sh.; “Ichki kasalliklar propedevtikasi” T. 2012; 2. Muxin N.A., Moiseev V.I. "Propedevtika vnutrennix bolezney", M. 2000. 3. Vasilenko V.X.. Grebenev A.L “Propedevtika vnutrennix bolezney”, M.1989 4. Narziyev Sh.S. Abdullayeva M.A. «Ichki kasalliklar propedevtikasi».Buxoro.2018;

15	Endocrine and metabolic disease.	1	1. GadaevA; Karimov M.Sh.; “Ichki kasalliklar propedevtikasi” T. 2012; 2. Muxin N.A., Moiseev V.I. "Propedevtika vnutrennix bolezney", M. 2000. 3. Vasilenko V.X.. Grebenev A.L “Propedevtika vnutrennix bolezney”, M.1989 4. Narziyev Sh.S. Abdullayeva M.A. «Ichki kasalliklar propedevtikasi».Buxoro.2018;
16	Blood system. Methods of examination: dissemination, physical, laboratory and instrumental research.	1	1. GadaevA; Karimov M.Sh.; “Ichki kasalliklar propedevtikasi” T. 2012; 2. Muxin N.A., Moiseev V.I. "Propedevtika vnutrennix bolezney", M. 2000. 3. Vasilenko V.X.. Grebenev A.L “Propedevtika vnutrennix bolezney”, M.1989 4. Narziyev Sh.S. Abdullayeva M.A. «Ichki kasalliklar propedevtikasi».Buxoro.2018;
17	Disease of the blood system.	1	1. GadaevA; Karimov M.Sh.; “Ichki kasalliklar propedevtikasi” T. 2012; 2. Muxin N.A., Moiseev V.I. "Propedevtika vnutrennix bolezney", M. 2000. 3. Vasilenko V.X.. Grebenev A.L “Propedevtika vnutrennix bolezney”, M.1989 4. Narziyev Sh.S. Abdullayeva M.A. «Ichki kasalliklar propedevtikasi».Buxoro.2018;
18	Medical history, practical skills	1	1. GadaevA; Karimov M.Sh.; “Ichki kasalliklar propedevtikasi” T. 2012; 2. Muxin N.A., Moiseev V.I. "Propedevtika vnutrennix bolezney", M. 2000. 3. Vasilenko V.X.. Grebenev A.L “Propedevtika vnutrennix bolezney”, M.1989 4. Narziyev Sh.S. Abdullayeva M.A. «Ichki kasalliklar propedevtikasi».Buxoro.2018;
	Total.	24	1. GadaevA; Karimov M.Sh.; “Ichki kasalliklar propedevtikasi” T. 2012;

Names of a clinical training

№	Names of a training	clinical training	
1	Digestive tract. Examination of the esophagus, stomach, intestines (interrogation, physical, laboratory and instrumental).	2	1. GadaevA; Karimov M.Sh.; “Ichki kasalliklar propedevtikasi” T. 2012; 2. Muxin N.A., Moiseev V.I. "Propedevtika vnutrennix bolezney", M. 2000. 3. Vasilenko V.X.. Grebenev A.L “Propedevtika

			vnutrennix bolezney”, M.1989 4. Narziyev Sh.S. Abdullayeva M.A. «Ichki kasalliklar propedevtikasi».Buxoro.2018;
2	The main clinical syndromes. Digestive tract disease: dyspepsia syndrome, acute abdomen, acute bleeding from the digestive tract.	2	1. GadaevA; Karimov M.Sh.; “Ichki kasalliklar propedevtikasi” T. 2012; 2. Muxin N.A., Moiseev V.I. "Propedevtika vnutrennix bolezney", M. 2000. 3. Vasilenko V.X.. Grebenev A.L “Propedevtika vnutrennix bolezney”, M.1989 4. Narziyev Sh.S. Abdullayeva M.A. «Ichki kasalliklar propedevtikasi».Buxoro.2018;
3	Digestive tract disease: disease of the esophagus, gastritis.	2	1. GadaevA; Karimov M.Sh.; “Ichki kasalliklar propedevtikasi” T. 2012; 2. Muxin N.A., Moiseev V.I. "Propedevtika vnutrennix bolezney", M. 2000. 3. Vasilenko V.X.. Grebenev A.L “Propedevtika vnutrennix bolezney”, M.1989 4. Narziyev Sh.S. Abdullayeva M.A. «Ichki kasalliklar propedevtikasi».Buxoro.2018;
4	Peptic ulcer, malabsorption syndrome, chronic colitis.	2	1. GadaevA; Karimov M.Sh.; “Ichki kasalliklar propedevtikasi” T. 2012; 2. Muxin N.A., Moiseev V.I. "Propedevtika vnutrennix bolezney", M. 2000. 3. Vasilenko V.X.. Grebenev A.L “Propedevtika vnutrennix bolezney”, M.1989 4. Narziyev Sh.S. Abdullayeva M.A. «Ichki kasalliklar propedevtikasi».Buxoro.2018;
5	Liver and bile ducts. Examination methods: dissemination, physical (examination, palpation, percussion).	2	1. GadaevA; Karimov M.Sh.; “Ichki kasalliklar propedevtikasi” T. 2012; 2. Muxin N.A., Moiseev V.I. "Propedevtika vnutrennix bolezney", M. 2000. 3. Vasilenko V.X.. Grebenev A.L “Propedevtika vnutrennix bolezney”, M.1989 4. Narziyev Sh.S. Abdullayeva M.A. «Ichki kasalliklar propedevtikasi».Buxoro.2018;
6	Liver and biliary tract: laboratory and instrumental research. The main clinical syndromes.	2	1. GadaevA; Karimov M.Sh.; “Ichki kasalliklar propedevtikasi” T. 2012; 2. Muxin N.A., Moiseev V.I. "Propedevtika vnutrennix bolezney", M. 2000. 3. Vasilenko V.X.. Grebenev A.L “Propedevtika vnutrennix bolezney”, M.1989 4. Narziyev Sh.S. Abdullayeva M.A. «Ichki kasalliklar propedevtikasi».Buxoro.2018;
7	Liver and bile ducts. Chronic hepatitis.	3	1. GadaevA; Karimov M.Sh.; “Ichki kasalliklar propedevtikasi” T. 2012;

			<p>2. Muxin N.A., Moiseev V.I. "Propedevtika vnutrennix bolezney", M. 2000.</p> <p>3. Vasilenko V.X.. Grebenev A.L "Propedevtika vnutrennix bolezney", M.1989</p> <p>4. Narziyev Sh.S. Abdullayeva M.A. «Ichki kasalliklar propedevtikasi».Buxoro.2018;</p>
8	Cirrhosis of the liver, chronic cholecystitis. Interim exam number 3.	3	<p>1. GadaevA; Karimov M.Sh.; "Ichki kasalliklar propedevtikasi" T. 2012;</p> <p>2. Muxin N.A., Moiseev V.I. "Propedevtika vnutrennix bolezney", M. 2000.</p> <p>3. Vasilenko V.X.. Grebenev A.L "Propedevtika vnutrennix bolezney", M.1989</p> <p>4. Narziyev Sh.S. Abdullayeva M.A. «Ichki kasalliklar propedevtikasi».Buxoro.2018;</p>
9	Kidneys and urinary system. Methods of examination: dissemination, physical (examination, palpation, percussion), laboratory and instrumental research.	3	<p>1. GadaevA; Karimov M.Sh.; "Ichki kasalliklar propedevtikasi" T. 2012;</p> <p>2. Muxin N.A., Moiseev V.I. "Propedevtika vnutrennix bolezney", M. 2000.</p> <p>3. Vasilenko V.X.. Grebenev A.L "Propedevtika vnutrennix bolezney", M.1989</p> <p>4. Narziyev Sh.S. Abdullayeva M.A. «Ichki kasalliklar propedevtikasi».Buxoro.2018;</p>
10	Kidney and urinary system disease. The main clinical syndromes.	3	<p>1. GadaevA; Karimov M.Sh.; "Ichki kasalliklar propedevtikasi" T. 2012;</p> <p>2. Muxin N.A., Moiseev V.I. "Propedevtika vnutrennix bolezney", M. 2000.</p> <p>3. Vasilenko V.X.. Grebenev A.L "Propedevtika vnutrennix bolezney", M.1989</p> <p>4. Narziyev Sh.S. Abdullayeva M.A. «Ichki kasalliklar propedevtikasi».Buxoro.2018;</p>
11	Acute and chronic glomerulonephritis.	3	<p>1. GadaevA; Karimov M.Sh.; "Ichki kasalliklar propedevtikasi" T. 2012;</p> <p>2. Muxin N.A., Moiseev V.I. "Propedevtika vnutrennix bolezney", M. 2000.</p> <p>3. Vasilenko V.X.. Grebenev A.L "Propedevtika vnutrennix bolezney", M.1989</p> <p>4. Narziyev Sh.S. Abdullayeva M.A. «Ichki kasalliklar propedevtikasi».Buxoro.2018;</p>
12	Acute and chronic pyelonephritis. Acute and chronic renal failure	3	<p>1. GadaevA; Karimov M.Sh.; "Ichki kasalliklar propedevtikasi" T. 2012;</p> <p>2. Muxin N.A., Moiseev V.I. "Propedevtika vnutrennix bolezney", M. 2000.</p> <p>3. Vasilenko V.X.. Grebenev A.L "Propedevtika vnutrennix bolezney", M.1989</p> <p>4. Narziyev Sh.S. Abdullayeva M.A. «Ichki kasalliklar propedevtikasi».Buxoro.2018;</p>

			kasalliklar propedevtikasi».Buxoro.2018
13	Musculoskeletal and connective tissue. Methods of examination: dissemination, physical (examination, palpation, percussion), laboratory and instrumental research. The main clinical syndromes.	3	1. GadaevA; Karimov M.Sh.; “Ichki kasalliklar propedevtikasi” T. 2012; 2. Muxin N.A., Moiseev V.I. "Propedevtika vnutrennix bolezney", M. 2000. 3. Vasilenko V.X.. Grebenev A.L “Propedevtika vnutrennix bolezney”, M.1989 4. Narziyev Sh.S. Abdullayeva M.A. «Ichki kasalliklar propedevtikasi».Buxoro.2018;
14	Endocrine and metabolic system. Methods of examination: dissemination, physical, laboratory and instrumental research.	3	1. GadaevA; Karimov M.Sh.; “Ichki kasalliklar propedevtikasi” T. 2012; 2. Muxin N.A., Moiseev V.I. "Propedevtika vnutrennix bolezney", M. 2000. 3. Vasilenko V.X.. Grebenev A.L “Propedevtika vnutrennix bolezney”, M.1989 4. Narziyev Sh.S. Abdullayeva M.A. «Ichki kasalliklar propedevtikasi».Buxoro.2018;
15	Endocrine and metabolic disease.	3	1. GadaevA; Karimov M.Sh.; “Ichki kasalliklar propedevtikasi” T. 2012; 2. Muxin N.A., Moiseev V.I. "Propedevtika vnutrennix bolezney", M. 2000. 3. Vasilenko V.X.. Grebenev A.L “Propedevtika vnutrennix bolezney”, M.1989 4. Narziyev Sh.S. Abdullayeva M.A. «Ichki kasalliklar propedevtikasi».Buxoro.2018;
16	Blood system. Methods of examination: dissemination, physical, laboratory and instrumental research.	3	1. GadaevA; Karimov M.Sh.; “Ichki kasalliklar propedevtikasi” T. 2012; 2. Muxin N.A., Moiseev V.I. "Propedevtika vnutrennix bolezney", M. 2000. 3. Vasilenko V.X.. Grebenev A.L “Propedevtika vnutrennix bolezney”, M.1989 4. Narziyev Sh.S. Abdullayeva M.A. «Ichki kasalliklar propedevtikasi».Buxoro.2018;
17	Disease of the blood system.	2	1. GadaevA; Karimov M.Sh.; “Ichki kasalliklar propedevtikasi” T. 2012; 2. Muxin N.A., Moiseev V.I. "Propedevtika vnutrennix bolezney", M. 2000. 3. Vasilenko V.X.. Grebenev A.L “Propedevtika vnutrennix bolezney”, M.1989 4. Narziyev Sh.S. Abdullayeva M.A. «Ichki kasalliklar propedevtikasi».Buxoro.2018;
18	Medical history, practical skills	2	1. GadaevA; Karimov M.Sh.; “Ichki kasalliklar propedevtikasi” T. 2012;

Total.	46	
--------	-----------	--

Meanings of a practical and clinical training

Theme 1 Digestive tract. Examination of the esophagus, stomach, intestines (interrogation, physical, laboratory and instrumental).

Interactive method: arch, brainstorming, Gallery tour, snowball method

- Literature:** 1. (main lit.) - 4
2. (additional lit.) - 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

internet sites

Theme 2 The main clinical syndromes. Digestive tract disease: dyspepsia syndrome, acute abdomen, acute bleeding from the digestive tract.

Interactive Method: Weak link, round table method, handle in the middle of the table

- Literature:** 1. (main lit.) - 4
2. (additional lit.) - 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

internet sites

Theme 3 Digestive tract disease: disease of the esophagus, gastritis.

Interactive method: 3 steps. interview, brainstorming, bee swarm

- Literature:** 1. (main lit.) - 4
2. (additional lit.) - 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

internet sites

Theme 4: Peptic ulcer, malabsorption syndrome, chronic colitis.

Interactive method: Academic field., Weak. link method snow.

- Literature:** 1. (main lit.) - 4
2. (additional lit.) - 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

internet sites

Theme 5 Liver and bile ducts. Examination methods: dissemination, physical (examination, palpation, percussion).

Interactive method: 3 steps. interview, round table, snowball method

- Literature:** 1. (main lit.) - 4
2. (additional lit.) - 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

internet sites

Theme 6 Liver and biliary tract: laboratory and instrumental research. The main clinical syndromes.

Interactive method: Assistance, weak link, bee swarm, ratie method

- Literature:** 1. (main lit.) - 4
2. (additional lit.) - 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

internet sites

Theme 7 Liver and biliary tract. Chronic hepatitis.

Interactive method: Academic Field. a pen in the middle of the table

- Literature:** 1. (main lit.) - 4
2. (additional lit.) - 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

internet sites

Theme 8 Cirrhosis of the liver, chronic cholecystitis. Interim exam number 3.

Interactive method: Groupsexled, 3 steps. interview, snow method.

Literature: 1. (main lit.) - 4

2. (additional lit.) - 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

internet sites

Theme 9 Kidneys and urinary system. Methods of examination: dissemination, physical (examination, palpation, percussion), laboratory and instrumental research.

Interactive method: Incident method, Gallery tour, academic field.

Literature: 1. (main lit.) - 4

2. (additional lit.) - 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

internet sites

Theme 10: Disease of the kidneys and urinary system. The main clinical syndromes.

Interactive method: arch, handle on the central table, 3 steps. interview

Literature: 1. (main lit.) - 4

2. (additional lit.) - 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

internet sites

Theme 11 Acute and chronic glomerulonephritis.

Interactive method: ratation method, academic polemic

Literature: 1. (main lit.) - 4

2. (additional lit.) - 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

internet sites

Theme 12 Acute and chronic pyelonephritis. Acute and chronic renal failure.

Interactive Method: Problem Solving Method, Gallery Tour

Literature: 1. (main lit.) - 4

2. (additional lit.) - 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

internet sites

Theme 13 Musculoskeletal and connective tissue. Methods of examination: dissemination, physical (examination, palpation, percussion), laboratory and instrumental research. The main clinical syndromes.

Interactive method: Assistance, Bee Swarm, Brainstorming

Literature: 1. (main lit.) - 4

2. (additional lit.) - 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

internet sites

Theme 14 Endocrine and metabolic system. Methods of examination: dissemination, physical, laboratory and instrumental research.

Interactive method: Academic polemic, met.ratation, Cluster

Literature: 1. (main lit.) - 4

2. (additional lit.) - 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

internet sites

Theme 15 Endocrine and metabolic diseases.

Interactive method: 3 steps. interview, brainstorming, gallery

Literature: 1. (main lit.) - 4

2. (additional lit.) - 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

internet sites

Theme 16 Blood system. Methods of examination: dissemination, physical, laboratory and instrumental research.

Interactive method: snow method., Academic debate

Literature: 1. (main lit.) - 4

2. (additional lit.) - 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

internet sites

Theme 17 Disease of the blood system.

Interactive method: 3 steps. interview, incident method

Literature: 1. (main lit.) - 4

2. (additional lit.) - 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

internet sites

Theme 18 Medical history, practical skills

Interactive Method: Incident Method, Academic. controversy

Literature: 1. (main lit.) - 4

2. (additional lit.) - 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

internet sites

7. Mustaqil ta'limni tashkil etishning shakli va mazmuni

Talaba mustaqil ishining asosiy maqsadi – o'qituvchining rahbarligi va nazorati ostida muayyan o'quv ishlarini mustaqil ravishda bajarish uchun bilim va ko'nikmalarni shakllantirish va rivojlantirish.

Mustaqil ishga qo'yilgan talablar:

- yangi bilimlarni mustakil tarzda puxta uzlashtirish va kunikmalarga ega bulish.
- kerakli malumotlarni izlab topish kulay usullari va vositalarini aniklash.
- axborot manbalari va manzillaridan samarali foydalanish.
- ananaviy ukuv va ilmiy adabiyotlar, meyoriy xujjatlar bilan ishlash
- elektron ukuv adabiyotlar va malumotlar banki bilan ishlash.
- internet tarmogidan maksadli foydalanish.
- berilgan topshirikning rastional echimini belgilash.
- malumotlar bazasini taxlil etish.

Talaba mustaqil ishini tashkil etishda Ichki kasalliklar propedevtikasi fanidan quyidagi shakllardan foydalaniladi:

ayrim nazariy mavzularni o'quv adabiyotlari yordamida mustaqil o'zlashtirish;

berilgan mavzular bo'yicha axborot (referat) tayyorlash;

nazariy bilimlarni amaliyotda qo'llash;

avtomatlashtirilgan o'rgatuvchi va nazorat qiluvchi tizimlar bilan ishlash;

Ilmiy maqola, anjumanga ma'ruza tayyorlash va h.k.

Krossvord, chaynvord, zaif halqa, muammoli masala va h.k. tayyorlash.

Mustaqil ish

№	MAVZU.	Soat
1.	Disfagiya rivojlanish sabablari, xavf omillar etiologiya, patogenezi, og'riq xosil bo'lish mexanizmi.	4
2.	Yara kasalligining klinik ko'rinishlari, kliniko-labarator mezonlari, asorati va davolash usullari.	4
3.	Pankreatit etiologiyasi, patogenezi, va tasnifi. Oshqozon osti bezi o'smasida	4

	o'tkaziladigan diagnostik tekshiruvlar.	
4.	Nospetsifik yarali kolit asoratlari va ichakni diagnostik tekshiruv mezonlari.	4
5.	Gepatomegaliya bilan kechuvchi kasalliklar etiopatogenezi, klinik ko'rinishlari, kasallikning sindromal diagnostikasi.	4
6.	Jigar sirrozi etiopatogenezi, klinik ko'rinishlari, va diagnostikasi.	4
7.	Sariqlik bilan kechuvchi kasalliklar etiopatogenezi, klinik ko'rinishlari, kasallikning sindromal diagnostikasi.	4
8.	Buyrakning yallig'lanish va immun yallig'lanish kasalliklarining etiologiyasi, patogenezi, kasalliknin klinik namoyon bo'lishi, diagnostikasi va aktivlik mezonlari.	4
9.	Nefropatiyalarning etiologiyasi, patogenezi va kasallikni aniqlash usullari.	4
10.	Surunkali buyrak yetishmovchiligi etiologiyasi, patogenezi, tasnifi, klinik sindromlari, diagnostikasi va davolashda qo'llaniladigan dori vositalar	4
11.	Shish sindromi etiologiyasi, patogenezi, klinik namoyon bo'lishi va diagnostikasi.	4
12.	Revmatizm va revmatoidli artrit kasalliklarining diagnostik mezonlari.	4
13.	Seronegativ spondiloartritlarning (Reaktiv artrit, Bexterev kasalligi, psoriatik artrit) diagnostik mezonlari.	4
14.	Biriktiruvchi to'qima diffuz kasalliklarining diagnostik mezonlari, faollik darajalari va davolash usullari.	4
15.	Dermatomiozit va tizimli vaskulit kasalliklarining diagnostik mezonlari, aktivlik darajalari, davolash usullari va profilaktikasi.	4
16.	Tugunchali periartirit va nospetsifik aortoarteriit kasalligining Diagnostik mezonlari, aktivlik darajalari, davolash usullari va profilaktikasi.	5
	Jami :	65

Темы самостоятельных работ

№	Название темы	Часы
1.	Причины развития дисфагии, факторы риска, этиология, патогенез, механизм развития боли.	4
2.	Клинические варианты язвенной болезни, клинико-лабараторные критерии, осложнение и лечение.	4
3.	Этиология, патогенез, классификация панкреатита. Диагностические исследования проводимые при раке поджелудочной железы.	4
4.	Диагностические критерии и осложнение неспецифического язвенного колита.	4
5.	Этиопатогенез, клинические виды, синдромальная диагностика заболеваний с гепатомегалиями.	4
6.	Этиопатогенез, клиника и диагностика цирроза печени.	4

7.	Этиопатогенез, клинические виды, синдромальная диагностика заболеваний с желтухой	4
8.	Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика и критерии активности заболеваний с иммунно-воспалительных и воспалительных процессов почек.	4
9.	Этиология, патогенез и методы определения заболевания нефропатии.	4
10.	Этиология, патогенез, классификация, клинические синдромы, диагностика и лечение хронической недостаточности почек.	4
11.	Этиология, патогенез, клиническое проявление и диагностика отечного синдрома.	4
12.	Диагностические критерии ревматизма и ревматоидного артрита.	4
13.	Диагностические критерии серонегативных спондилоартритов (реактивный артрит, заболевание Бехтерева, псориатический артрит).	4
14.	Диагностические критерии, степень активности и лечение системных заболеваний соединительных тканей.	4
15.	Диагностические критерии, степень активности, лечение, профилактика дерматомиозитов и системных васкулитов.	4
16.	Диагностические критерии, степень активности, лечение, профилактика узелькового периартериита и неспецифического аортоартериита.	5
	Всего	65

Names of independent work

№	Tha Theme	Hours
1.	Causes of dysphagia, risk factors, etiology, pathogenesis, mechanism of pain development.	4
2.	Clinical options for peptic ulcer disease, clinical and laboratory criteria, complication and treatment.	4
3.	Etiology, pathogenesis, classification of pancreatitis. Diagnostic tests for pancreatic cancer.	4
4.	Diagnostic criteria and complication of ulcerative colitis.	4
5.	Etiopathogenesis, clinical types, syndromic diagnosis of diseases with hepatomegaly.	4
6.	Etiopathogenesis, clinic and diagnosis of cirrhosis.	4
7.	Etiopathogenesis, clinical types, syndromic diagnosis of diseases with jaundice	4
8.	Etiology, pathogenesis, clinical picture, diagnosis and criteria for the activity of diseases with immune-inflammatory and inflammatory processes of the kidneys.	4
9.	Etiology, pathogenesis and methods for determining the disease of	4

	nephropathy.	
10	Etiology, pathogenesis, classification, clinical syndromes, diagnosis and treatment of chronic renal failure.	4
11.	Etiology, pathogenesis, clinical presentation and diagnosis of edematous syndrome.	4
12.	Diagnostic criteria for rheumatism and rheumatoid arthritis.	4
13.	Diagnostic criteria for seronegative spondylitis (reactive arthritis, ankylosing spondylitis, psoriatic arthritis).	4
14.	Diagnostic criteria, degree of activity and treatment of systemic diseases of connective tissues.	4
15.	Diagnostic criteria, degree of activity, treatment, prevention of dermatomyositis and systemic vasculitis.	4
16.	Diagnostic criteria, degree of activity, treatment, prevention of periarteritis nodosa and nonspecific aortoarteritis.	5
	Total	65

Ichki kasalliklar propedevtikasi fani bo'yicha klinik amaliyotni o'tish davrida talabalar amaliy ko'nikmalarni o'zlashtirishlari ko'zda tutilgan.

Amaliy ko'nikmalar ro'yxati:

1. Ko'krak qafasi pal`patsiyasi
2. O'pkaning solishtirma perkussiyasi
3. O'pkaning topografik perkussiyasi
4. O'pka auskul`tatsiyasi
5. Yurak pal`patsiyasi
6. Yurak perkussiyasi (nisbiy chegarani aniqlash)
7. Yurak perkussiyasi (absolyut chegarani aniqlash)
8. Yurak auskul`tatsiyasi
9. Qon bosimini o'lchash
10. Pul`sni tekshirish
11. EKG tushurish texnikasi
12. Normal EKG taxlili
13. Qorin bo'shlig'ining yuzaki pal`patsiyasi
14. Qorin bo'shlig'ining chukur pal`patsiyasi
15. Jigar pal`patsiyasi
16. Kurlov bo'yicha jigar perkussiyasi
17. Buyrak pal`patsiyasi
18. Limfa tugunlarning pal`patsiyasi
19. Taloq pal`patsiya va perkussiyasi
20. Analizlarni taxlil qilish
21. Bo'yni o'lchash
22. Tana vaznini o'lchash

Список практических навыков:

1. Пальпация грудной клетки
2. Сравнительная перкуссия легких

- 3.Топографическая перкуссия легких
- 4.Аускультация легких
- 5.Пальпация сердца
- 6.Перкуссия сердца (определить относительную границу)
7. Перкуссия сердца (определить абсолютную границу) 8.Yurak auskul`tatsiyasi
9. Измерить артериального давления
10. определить пульс
11. Техника проведения ЭКГ
12. Расшифровка нормального ЭКГ
13. Поверхностная пальпация живота
- 14.Глубокая пальпация живота
15. Пальпация печени
16. Перкуссия печени по Курлову
17. Пальпация почки
18. Пальпация лимфатическиз узель
19. Пальпация и перкуссия селезенки
20. Интерпретация анализов
21. Измерение роста
22. Измерение веса

List of practical skills:

1. Palpation of the chest
2. Comparative lung percussion
3. Topographic lung percussion
4. Lung auscultation
5. Palpation of the heart
6. Percussion of the heart (determine the relative border)
7. Heart percussion (determine the absolute boundary) 8.Yurak auskul`tatsiyasi
9. Measure blood pressure
10. determine the pulse
11. ECG technique
12. Decoding of a normal ECG
13. Superficial palpation of the abdomen
14. Deep palpation of the abdomen
15. Palpation of the liver
16. Kurlov liver percussion
17. Palpation of the kidney
18. Palpation of the lymph node
19. Palpation and percussion of the spleen
20. Interpretation of analyzes
21. Measurement of growth
22. Weight Measurement

O'quv klinik amaliyotni tashkil etish bo'yicha ko'rsatma va tavsiyalar

Talabalarning “Ichki kasalliklar ” fani bo'yicha klinik amaliyoti (darsning amaliy qismi) har kungi ta'lim jarayonining 50%ini tashkil qiladi va amaliy mashg'ulotlar ichki kasalliklar,

kardiologiya, pul`monologiya, gastroenterologiya, gepatobiliar bo'limlarda va maslaxat poliklinikasi, oilaviy poliklinikalarda o'tkaziladi.

Amaliy mashg'ulotda amaliy ko'nikmalarga o'rgatish jarayoni batafsil rejalashtiriladi va bir necha bosqichni o'z ichiga oladi:

1. Birinchi bosqich – mashg'ulotning maqsadi va vazifalaridan kelib chiqqan holda o'rganilayotgan amaliy ko'nikmani o'rganish motivatsion asosi aniqlanadi, uning nazariy jihatlarini muhokama qilinadi. Amaliy ko'nikmalarni amalga oshirish uchun kerakli asbob anjomlarni qo'llash talab etilsa (pikfloumetr, elektrokardiograf) ularning ishlash mexanizmi, ishlatish qoidalari bilan talabalar tanishtiriladi.

Birinchi bosqichni amalga oshirish uchun kafedrada barcha asbob anjomlar mavjud va ishchi holatda bo'lishi lozim.

2. Ikkinchi bosqich – amaliy ko'nikmani namoyish qilib berish va ko'p marta mashq qilish. Bu bosqichni amalga oshirish uchun amaliy ko'nikmalarni qadamma qadam algoritmi pedagog tomonidan va videofil`mlar orqali namoyish etiladi, algoritm asosida bosqichma bosqich to'g'ri bajarishga alohida e'tibor qaratiladi. Talaba amaliy ko'nikmani mustakil, biroq pedagog nazorati ostida talabalar o'zaro bir-birida ko'p marta mashq qilib o'rganadilar. Boshida barcha bosqichlarini alohida, keyin umumlashtirgan holda to'liq va to'g'ri bajara olgandan so'ng bemorda qo'llashga ruhsat beriladi (imitatsion trening). Ikkinchi bosqichni amalga oshirish uchun kafedra tomonidan ishlab chiqilgan amaliy ko'nikmalar qadamma qadam algoritmi va videofil`mi, o'quv-uslubiy qo'llanmasi, bajarish sxemasi yoki texnikasi va h.k., baholash mezonlari ishlab chiqilgan bo'lishi lozim.

Amaliy ko'nikmani o'tkazish uchun asbob anjomlar bo'lishi lozim va kerakli shart sharoitlar (maksimal darajada ish sharoitiga yaqin modellashtirilgan) yaratilishi lozim. Bu bosqichda pedagog nazorat qiladi va kerak bo'lganda talabalar ishidagi xatoliklarni to'g'irlaydi. Bu jarayonda talaba harakatlari videotasvirga olinib o'ziga namoyish etilishi, kritik muhokama qilinishi mumkin. Talaba, uning xatosi nimada ekanligini, o'qituvchiga va boshqa talabalarga tushuntirib beradi va so'ngra muolajani takrorlaydi. Interfaollik shunda namoyon bo'ladiki, bunda boshqa talabalar ekspert sifatida chiqishda va o'qitilayotgan talabaning amaliy ko'nikmani to'g'ri o'zlashtirganligini baholashda ishtirok etadilar. Amaliy ko'nikma avtomatizm darajasigacha yetkazilishi maqsadga muvofiq.

3. Uchinchi bosqich - o'rganilgan bilim va amaliy ko'nikmani bemorda qo'llash. Bu bosqichda talaba o'zlashtirilgan bilim va amaliy ko'nikmani turli xil klinik xolatlarda (shu jumladan shoshilinch holatlarda) qo'llashga, olingan natijalarni taxlil qilishga va shu ma'lumotlar asosida harakat taktikasini belgilashga pedagog nazoratida o'rgatiladi.

Uchinchi bosqichni amalga oshirish uchun kafedra tomonidan ishlab chiqilgan o'quv, uslubiy qo'llanmalar, fotosuratlar, vaziyatli masalar va testlar to'plami, keyslar, diagnostika va davolash standartlari, kasallik tarihlari va ambulator kartalar va x.q. ishlatilishi lozim. Interfaollik shunda namoyon bo'ladiki, bunda boshqa talabalar nafaqat ekspert sifatida chiqishda

4. To'rtinchi bosqich – hulosa. Bu bosqichda pedagog talaba tomonidan olingan bilim va egallagan ko'nikmani bemorlarda, turli xil vaziyatlarda, faoliyat jarayonida to'g'ri va to'liq qo'lla olishiga ishonch hosil qilishi kerak va shunda amaliy ko'nikma o'zlashtirildi deb hisoblanadi. To'rtinchi bosqichni amalga oshirish uchun talaba bemor bilan mustaqil ishlashi pedagog tomonidan nazorat qilinadi, tibbiy hujjatlarni, klinik auditni yozib himoya qilganda baholanadi. Mashg'ulot so'nggida o'qituvchi har bir talabaning amaliy ko'nikmani o'zlashtirganligini tasdiqlaydi. Talaba amaliy ko'nikmani o'zlashtira olmagan vaziyatlarda, mashg'ulotdan tashqari

vaqtda mustaqil o'zlashtirish tavsiya etiladi va pedagogga qayta topshiradi. Talaba barcha amaliy ko'nikmalarni o'zlashtirgan holda fanni o'zlashtirgan hisoblanadi.

Asosiy va qo'shimcha o'quv adabiyotlar hamda axborot manbaalari

Asosiy adabiyotlar

1. Gadaev A.; Karimov M.Sh.; "Ichki kasalliklar propedevtikasi" T. 2012;
2. Muxin N.A., Moiseev V.I. "Propedevtika vnutrennix bolezney", M. 2000.
3. Vasilenko V.X., Grebenev A.L. "Propedevtika vnutrennix bolezney", M.1989

Qo'shimcha adabiyotlar

1. Grebenev A.L. "Propedevtika vnutrennix bolezney", M. 2001.
2. Struto`nskiy A.V. "Osnovi semiotiki zabolevaniy vnurenix organov" M. 2004. MEDpress-inform.
3. Karabaeva R.A. Praktikum po propedevtike vnutrennix bolezney, 1992.
4. Terapiya per. s angl. g` pod red. Chuchalina M. 1997.
5. Geotar M. Terapevticheskiy spravochnik Vashingtonskogo universiteta, per. s angl. - 1996.
6. Textbook. Harrisons principles of internal medicine. Fauci A. Braunwald E ed. McGraw-Hill, 1998.
7. Textbook of internal medicine. William N. Kelley ed. Lippincott - Ravenpublishers, 1997.
8. Perevod s angliyskogo pod redaktsiey akad. RAMN V.T.Ivashkina "Vnutrennie bolezni po Devidsonu" Geotar M. 2009
9. Narziyev Sh.S. Abdullayeva M.A. «Ichki kasalliklar propedevtikasi».Buxoro.2018;

Интернет сайтлари:

1. www.tma.uz
2. www.ziyonet.uz
3. www.medlincs.ru
4. www.medbook.ru.

Didaktik vositalar

Jixozlar, asbob uskunalar, mulyajlar, texnik vositalar: kompyuter, proyektor.

Markazlashgan va markazlashmagan kasalxona oshxonasining tuzilishi,

«Xafakonlik simptomatologiyasi»,

«Plevrit simptomatologiyasi»,

“Qandli diabet asoratlari”

“Bolezni endokrinnoy sistemi”

“Oshqozon va 12 barmoqli ichak yara kasalligi”

“Aritmiyalar”

“Bronxialnaya astma”

“Vrojdennno`e poroki serdtsa”

“Revmatoid artrit”

“Miokard infarkti”

“Kandli diabet simptomatologiyasi.

Diabetik va gipogilekimik koma xakida tushuncha.”

“Leykozlar simptomatologiyasi”

“Anemiya (kamkonlik)”

“Jigar sirrozi”

“Revmatizm va birlamchi revmokatit simptomatologiyasi

“Issledovanie krovenosno`x sosudov.

Gipertoniya ,gipotenziya. Izmerenie AG`D,

«Laboratorno`e i instrumentalno`e metodi issledovaniya pri di`xatelnoy patologii», va x.o. mavzularida tayyorladik.

Ishchi dasturga kiritilgan o`zgartirishlar:

2018-2019 o`quv yili uchun tuzildi.

(keyingi yilda xuddi shunday dastur formasi bo`ladi lekin o`zgartirishni shu joyga qo`shicha yozib boriladi.

Ish dasturi kafedraning majlisida ko`rib chiqildi

«__»_____2021 yil

Kafedra mudiri, t. f. d., prof. _____ Nurboyev F. E.

Maruzalar prezentatsiyalari

Ma`ruza № 1 va 2

Me`da-ichak yo`llari bilan kasallangan bemorlarni tekshirish: so`rab-surishtirish, ko`zdan kechirish, paypaslash.Me`da-ichak organlarida laborator-instrumental usullari haqida tushuncha. Me`da-ichak kasalliklaridagi asosiy sindromlar.

O`tkir va surunkali gastrit simptomatologiyasi.

1. Ma`ruza mashg`ulot texnologiyasining o`qitish moduli.

Mashg`ulot vaqti – 2 soat	Studentlar soni: 20 dan 80 gacha
Mashg`ulot formasi	Ma`ruza axborot mashg`uloti
Ma`ruza mashg`ulot rejasi	1. Me`da-ichak yo`llari bilan kasallangan bemorlarni tekshirish: 2. so`rab-surishtirish, ko`zdan kechirish, paypaslash. 3. Me`da-ichak organlarida laborator-instrumental usullari haqida tushuncha. 4. Me`da-ichak kasalliklaridagi asosiy sindromlar. 5. O`tkir va surunkali gastrit simptomatologiyasi.
Ma`ruza mashg`ulot maqsadi:	Talabalarga me`da-ichak yo`llari bilan kasallangan bemorlarni tekshirishni o`rgatish.
O`qitish uslubi	Ma`ruza suhbat
O`qitish formasi	Yirik, guruhli.
O`qitish jihozlari	O`quv qo`llanma, ma`ruza mashg`ulotlar mundarijasi, proektor, kompyuter.
O`qitish holati	Metodik jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash	Og`zaki kontrol: savol-javob.

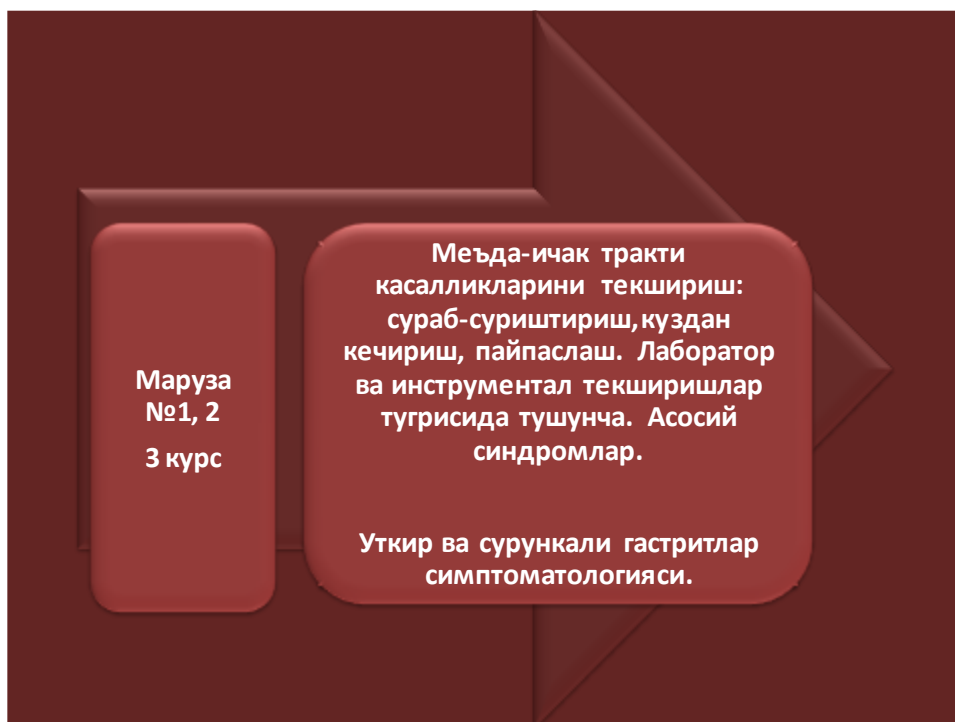
1.2 Ma`ruza mashg`uloti texnologik kartasi

Ish bosqichlari va vaqti.	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchilar
Tayyorgarlik bosqichi	1.Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash. 2.Kirish ma'ruzasi uchun taqdimot silaydalarini tayyorlash 3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish	
1. Mavzuga kirish (15 daqiqa)	1. Mavzu maqsadi va vazifasi bilan tanishtiradi 2. Mavzu bo'yicha savollar beradi.	Tinglaydilar Talabalar berilgan savollarga javob beradilar
2 – asosiy bosqich (65daqiqa)	1. Mavzuni tushuntirib beradi, slaydalar namoyish qilish 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalanadi	Tinglaydilar Tinglaydilar
1-yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyg'a vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi

Qisqacha bayoni

Me`da-ichak yo'llari kasalliklarini tekshirish. So`rab-surishtirish. Ko`zdan kechirish. Qorinni paypaslash. Shikoyatlari: og`riq hosil bo`lish mexanizmining joylashishi, tarqalishi, sutka davomida paydo bo`lish vaqti, davomiyligi, qusish vujudga kelish mexanizmi. Nahorda yoki ovqatdan so`ng qon aralashmi yoki yo`q. Ko`ngil aynishi, hosil bo`lish mexanizmi, kekirish, jig`ildon qaynashi, ularning tez-tez bo`lib turishi, paydo bo`lish sharoiti. Ishtahasi, ishtaha bo`lmasligi. Ovqatdan ijirg`anish. Og`izning qurib qolishi, achchiqlik sezish, yutish erkinmi, qiyinmi, qorin oldingi va yon devorlarida kollateral bo`lishi, chandiqlar. Mo`ljalli yuzaki paypaslash usuli. V.L.Obraztsov va N.D.Strajesko bo'yicha chuqur metodik, sirpanchiq paypaslash usuli. Ichakni tartib bilan paypaslash.

Maruza matnlari multimediyalari

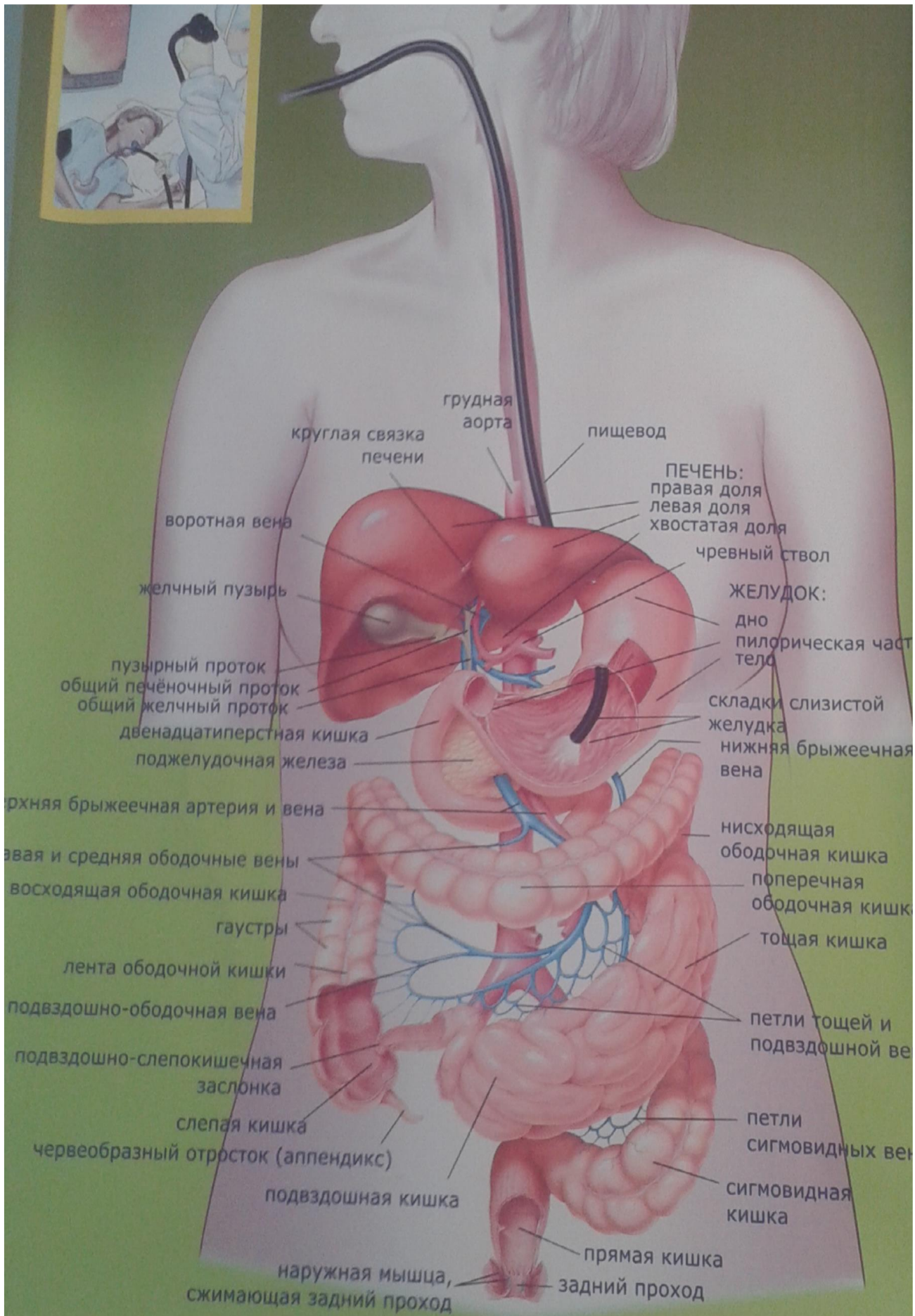


Мавзунинг долзарблиги

МЕДА ИЧАК ТРАКТИ ВА ЖИГАР КАСАЛЛИКЛАРИ ЖУДА КУП ТАРКАЛГАН КАСАЛЛИКЛАР ГРУХИГА КИРАДИ ГАСТРИТ БИЛАН ДЕЯРЛИ БАРЧА КАСАЛЛАНАДИ 50-90% ЕР КУРРАСИНИНГ ТАХМИНАН 5% АХОЛИСИ (350 МЛН КИШИ)–НВУ СУРУНКАЛИ ТАШИБ ЮРУВЧИСИДИР ЖИГАР КАСАЛЛИКЛАРИ ОГИР КЕЧАДИ БАЗАНДА НОГИРОНЛИККА ХАМ ОЛИБ КЕЛАДИ ЖИЛБЕР СИНДРОМИ АХОЛИ ОРАСИДА 10% ГАЧА УЧРАЙДИ 10–15% АХОЛИДА УТ ТОШ КАСАЛЛИГИ УЧРАЙДИ БОЛАЛАР ОРАСИДА 5% ВА УНДАН КАМРОК УЧРАЙДИ УТ ТОШЛАРИ АЕЛЛАРДА ЭРКАКЛАРГА НИСБАТАН 2–3 МАРТА КУПРОК УЧРАЙДИ ЁШ УЛГАЙГАН САРИ УТ ТОШЛАРИНИ ХОСИЛ БУЛИШ ЭХТИМОЛИ ОШИБ БОРАДИ

Режа:

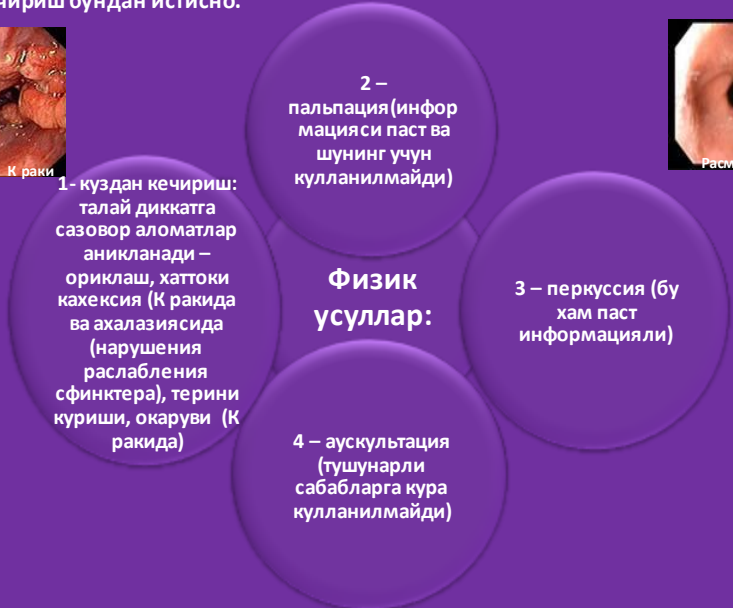
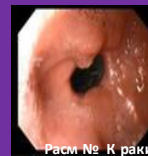
**ХАЗМ ТИЗИМИ КАСАЛЛИКЛАРИ ТУГРИСИДА
ТУШУНЧА;
ХАЗМ ТИЗИМИ КАСАЛЛИКЛАРИ БИЛАН
КАСАЛЛАНГАНЛАРНИ ТЕКШИРИШ СХЕМАСИ;
СУБЪЕКТИВ ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ;
ОБЪЕКТИВ ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ;
ИНСТРУМЕНТАЛ ВА ЛАБОРАТОР ТЕКШИРИШ
УСУЛЛАРИ;
ГАСТРИТЛАР ТУГРИСИДА ТУШУНЧА;**





Физик текшириш усуллари

К хасталикларида физик текшириш усуллари имконияти кескин чегараланган, факатгина куздан кечириш бундан истисно.



Инструментал текшириш усуллари



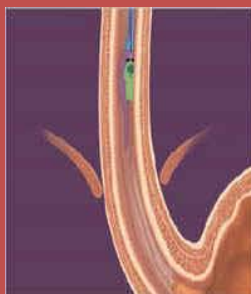
Ko'rinishlari	Metodning imkoniyatlari
Sutkalik ph-ko'rsatkichi	Ph ko'rsatkichining 4 dan kichik 7dan katta ko'rsatkichini hamda davomiyligini aniqlaydi. Shuningdek uning subyektiv simptomlar bilan bog'lanishini aniqlaydi. (Ovqat qabul qilish, tananing holati, doii qabul qilish, chekish) preparatlarning qo'llanilish effektivligini nazorat qilish va individual terapiya imkoniyatlarini beradi
48 soatlik (zondsiz) ph ko'rsatkichini "Bravo" radiokapsulasi yordamida aniqlash	Bemorda ortiqcha noqulayliklarni keltirib chiqarmasdan qizilo'ngachdagi muhit ph ko'rsatkichni zondsiz 48 soat davomida aniqlash imkoniyatini beradi.
Qizilo'ngachni rentgenologik tekshirish	Qizilo'ngach strukturasi, yaralari, eroziyasi, diafragma qizilo'ngach tirqishi churrasini aniqlaydi.
Qizilo'ngachni endoskopik tekshirish	Qizilo'ngach yallig'lanishining, eroziyasining, yaralarning, strukturasi, Berret qizilo'ngachi o'zgarishlarini aniqlaydi.
Impedansometriya (qizilo'ngachning ikki faol nuqtasi orasidagi potentsiallar farqi o'lchanadi)	Qizilo'ngach klirensi, qizilo'ngach devorlarining peristaltik harakat aktivligini aniqlash imkonini beradi.
Qizilo'ngach sfinkterlarini monometrik tekshirish	Qizilo'ngach sfinkterlari tonusi o'zgarishini aniqlaydi. DeMeestr bo'yicha norma: Bazal bosim NPS=14,3-34,5mm.sim.ust. NPSning umumiy uzunligi 4 smdan kam emas NPSning abdominal sohasining uzunligi 2 smdan kam emas.

«Браво» радиокapsulasi ердамида 48 соатлик рН-метрия

АҚШ Medtronic фирмаси томонидан 2003 й. дан бошлаб ишлаб чиқарилаётган «Браво» (англ. Bravo™) рН-радиокapsulasi эркин силжийдиган имкониятга эга эмас. Махсус мослама ердамида у К эпителийсига урнатилади, одатан К. куйи сфинктеридан чамаси 5см юкорида ва бир неча сутка давомида (одатан 48 соат)К шиллик кавтидаги рН мухити тугрисида беморнинг киссасида еки гавдасининг бирор бир кисмида урнатишдан приемникка узлуксиз ахборот бериб туради. Сунгра олинган ахборот компьютерга ташланади ва шу йусинда тахлил килинади. Вази фасини адо этган капсула бир неча суткадан кейин эпителийдан ажралади ва нажас билан биргалиқда ташкарига чиқади.



Расм № Радиокapsула иш жараени



Расм № Радиокapsуланинг урнатилиши



Расм № Радиокapsула приемникки

Ошқозон (О) ва 12 б.и. беморларининг асосий шикоятлари

1 – оғрик синдроми:
характери, интенсивлиги,
локализацияси,
иррадиацияси, давомийлиги,
юзага келтирувчи
омиллар(одатан таом
кабулидан кейин 30-50мин
утгач)

2 – диспептик синдром:
nausea (тошнота), vomitus
(рвота), haematemesis,
eructatio (отрижа),
regurgitacio (кайд килиш),
melena

3 – астеновегетатив синдром:
анорексия (отсутствия
аппетита), оғиз аччиши,
гиперсаливация еки оғиз
қуриши

Қунғил айниш ва қушишнинг асосий сабаблари



О ва 12 б.и. хасталикларидаги асосий синдромлар

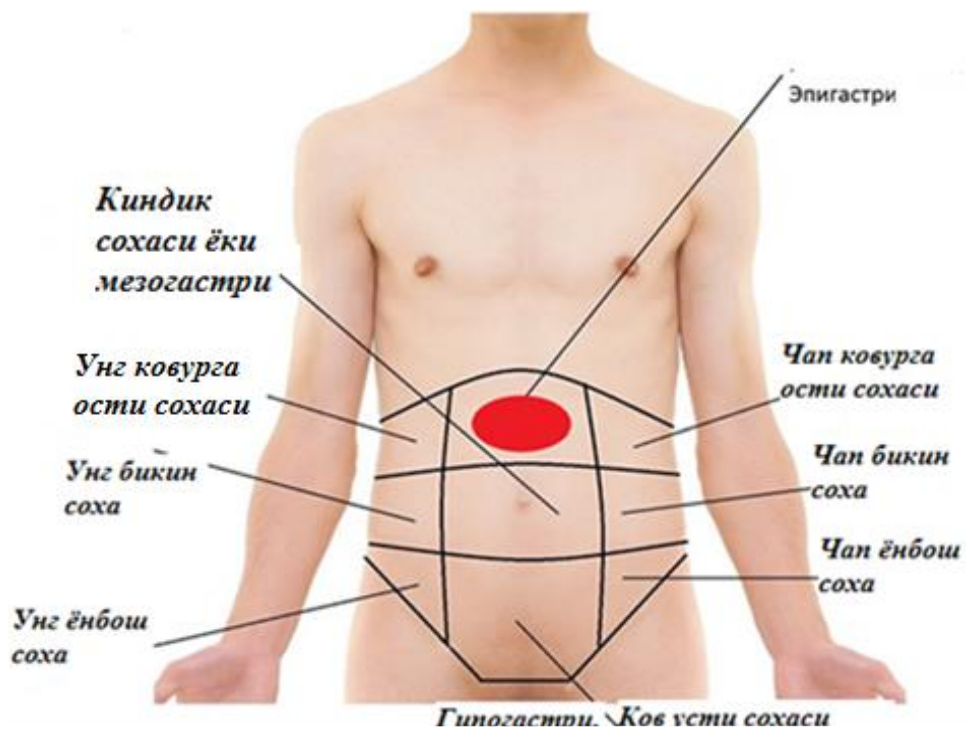


ОИТ кон окишининг асосий сабаблари:

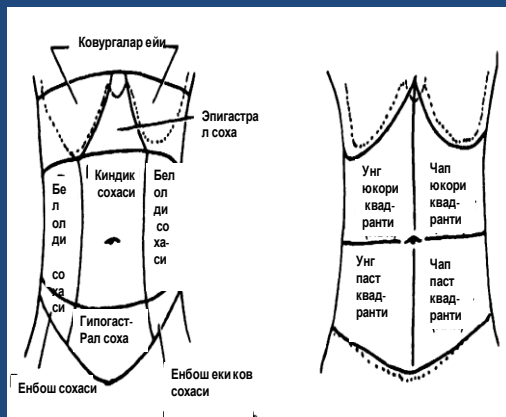
Сабаблар	Частотаси (в %)
О яраси	30
12 б.и. яраси	21
Гастрит ва эрозиялар	9
Эзофагит еки К яраси	8
Дуоденит	4
Варикоз веналар	3
Усмалар	2
Мэллори-Вейс синдроми	1
Бошқалар	22

(О. Эпштейн., Г.Д. Перкин., Д.П. де Боно., Дж. Куксон, 2001г)

PS. Айни пайтда гастродуоденал кон кетишларнинг 50% ортиги НЯКВ (НПВС) кабули билан уйгушлашган гастродуоденопатиялар хиссасига тугри келади.



Кориннинг топографик зоналари(сегментлари)



PS. Топографик сохалар огрикнинг локализацияси ва иррадиациясини идентификация қилиш учун муҳимдир

Эпигастрал огрик хусусиятлари

Эпигастрал сохада огрик куйдаги хасталикларда локализацияланиши мум



«Эпигастрал соха огриклар узаро учрашадиган жойдир».

О ва 12 б.и. физик текшириш усуллари



«Комбинацион» усуллар:

1 – аускультуоаффрикацион:

Эпигастр соҳасига фонендоскоп раструби қуйилади. Эрриву комбинацион усул а малга оширилетган кул бармоқлари ердамида корин олдинги девори буйлаб пайтда текширувчи бармоқлари тери буйлаб lip. mediana anterior проекциясида ханжарсимон усимтадан сирпанувирилади. Сирпанувирилади, балки энгил тухиллатиб О қуйи чегараси одатан сирпанувчи товуш сусайган нуктада жойлашади.

2 – аускультатив перкуссия

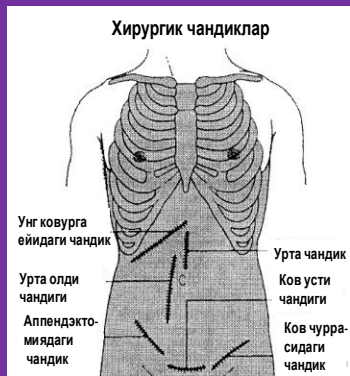
Коринни куздан кечириш жараенидаги узига хос холатлар

Врач коринни кузатиш жараенида беморнинг унг томонидан урин олиши шарт. шаклини еки кузга илинадиган перистальтикани бахолаш пайтида врач коринга томондан назар солиш мақсадида утириши еки эгилиши мумкин. Айни пайтда э бериши лозим:

Диккатга сазовор элементлар	Куйидаги хасталикларда учрайди:
Терида: чандиклар, чизиклар (striae)	Пушти ранг чизиклар – Кушинг синдромида
Тери ости веналарнинг кенгайиши	Циррозларда еки v. cava inferior обструкциясида
Киндик ва унинг шакллари	Буртиб чикиши (асцит, усмаларда), пушти рангга буялиши (геморрагик панкреатитда, пастга силжиши (асцитда), юкорига (хомиладорликда, чанок органлари усмасида)
Экхимозлар (юмшоқ тукималарга кон куйилиши)	Киндик атрофида – Куллен симптоми, корин өн деворларида – Грей Тернер симптоми (корин парда ичра еки орти буйлаб тери ости кон окшида)
Корин симметрияси	Корин бушлиги усмаларида асимметрия кузатилади

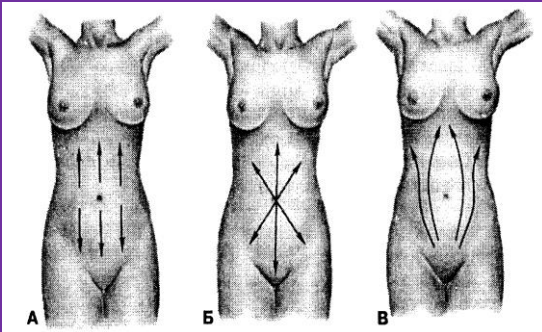
PS. Корин сатхи кузатилаётган пайтда корин олдинги деворини нафас экскурсия иштирокига; тери ости веноз анастомозларга ва операциядан кейинги чанди алоҳида эътибор бериш лозим.

Корин кузатилишидаги узига хос холатлар



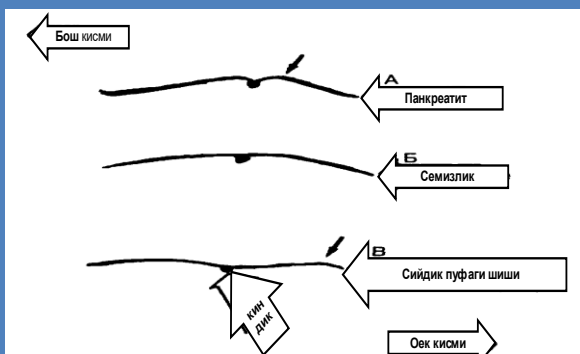
Расм № Корин олд деворида куп учрайдиган хирургик чандиклар

Веноз кон айланишнинг учта мухим коллатерал тури мавжуд. Улар куйидаги кон томирлар обструкциясида очилади: 1 – юкори кавак вена (корин олд деворидаги веноз кон томирлари кенгайди ва кон окими пастга интилади); 2 – пасткавак вена (корин ен деворларидаги веноз кон томирлар кенгайди ва кон окими интилади); 3 – портал веноз тизими (киндик атрофидаги веналар кенгайди ва киндик юкорида жойлашган вена томирларида кон окими юкорига, пастдагиларида эса караб интилади);



Расм № Корин олд деворидаги веноз анастомозлар вариантлари. А – норма. Б – портал гипертензияда. В – пастки кавак вена обструкциясида.

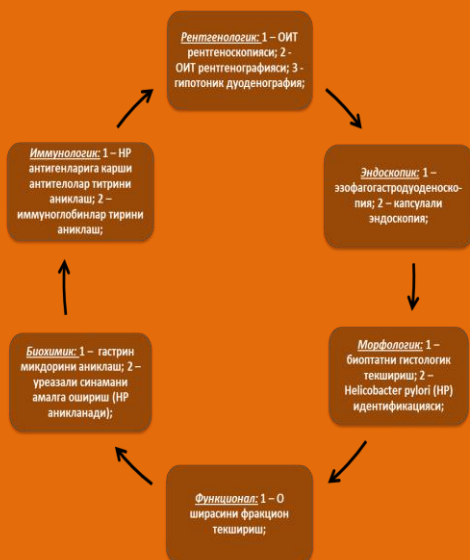
Корин ен контури назорати



Расм № Корин ен контури турлари живота. А. Купидон камони (панкреатитда);
 Б. Семизлик; В. Сийдик пуфаги шиши;

Брюшная полость является «могилой для терапевта» С. Манжони

Кушимча текшириш усуллари:



Капсулали эндоскопия

Gavriel Iddan (1981y)



Расми № Капсулали эндоскопи оркали О шиллик кавати назорати







1. Оптик колпак 2. Линза фиксатори 3. Линза 4. Еритгич
5. Камера 6. Батарея 7. Узатгич 8. Антенна



АО детализацияси учун PQRST (IASP тавсиясига мувофиқ) алгоритми

- P – оғрикни енгиллаштирувчи (palliate) еки кучайтирувчи (provoke) омиллар
- Q – оғрикни сифатий (qualities) курсатгичлари (қўйдурувчи, уткир ва х.о.);
- R – оғрик иррадиацияси (radiation);
- S – оғрик интенсивлиги (severity);
- T – вақт курсатгичлари (temporal), оғрик давомийлиги;

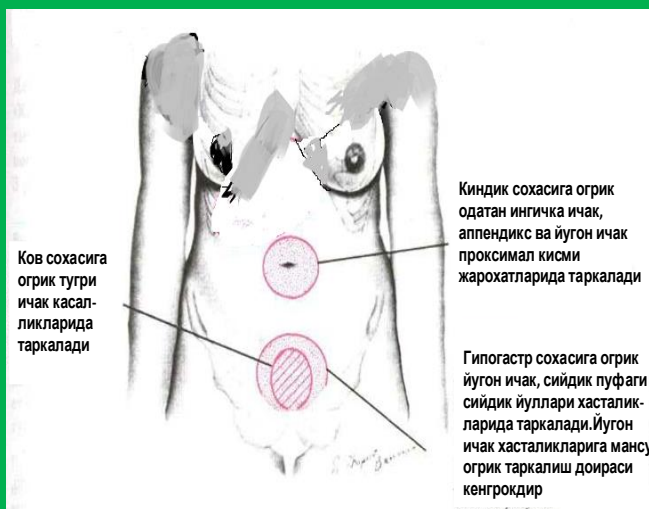
АО патогенетик вариантлари (Н.Б. Губергриц буйича, 2006г)

- висцерал;
- париетал (перитонеал);
- акс этувчи оғриқлар (иррадиацион);
- функционал;



Физик текшириш усуллари (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)

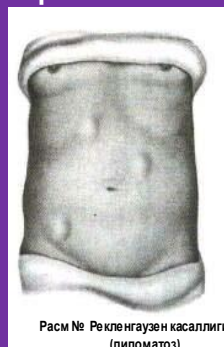
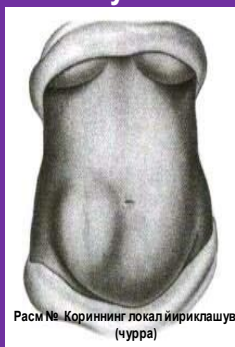
рат давомида корин шаклига(тугри, нотугри, асимметрик) ва улчамларига(ичкарига тортилган еки дуппа хан, умумий еки локал дам), киндик, тери, ва тери ости клетчаткаси холатига эътибор бериш лозим.



Расм № Ичак хасталикларида огрикни таркалиш сохалари

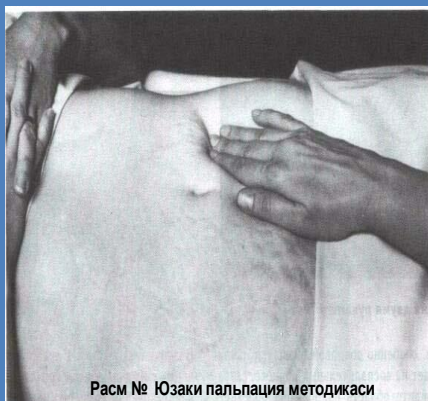
«Проклятый живот, приносящий человеку самые большие страдание» Гомер, Одиссея, XV.344

Корин назорати давомида аникланиши мумкин булган тузилмалар



Пальпация:

Коринни юзаки ва чукур, шунингдек моно- ва бимануал пальпациялари тафовут этилади. Юзаки пал давомиди корин олдинги деворига мутахасис кафти энгил текизилади ва бармоқлар унга 1 см дан о босилмайди. Чукур пальпация юзакига ухшаш, факатгина бармоқлар коринни 1 см дан ортик босиш



Расм № Юзаки пальпация методикаси



Расм № Чукур пальпация методикаси

Пальпация нисбатан бой информацияга эга ва уни бажариш техникаси расм № ларда акс эттири

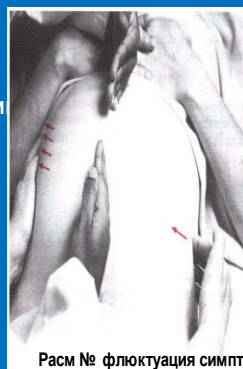
«Пальпируя надо думать и думая надо пальпировать»

Перкуссия ва аускультация

Корин перкуссияси паст информатив. Асцитда тумток, акси метеоризмда тимпаник товуш эшитилади.



Расм № Асцитда перкутор товуш жарагдорлиги



Расм № флюктуация симптоми

Аускультация (А) информатив бой. Уни пальпация ва перкуссиядан олдинрок амалга ошириш лозим, чунки улар ичак шовкинлари характерини узгартириш кучига эга. Фонендоскоп раструбини корин деворига катта куч билан босиш ярамайди. Нормал ичак шовкинлари кулдураш товушини беради. Уларнинг хосил булиш частотаси 1 минутда 5 тадан 34 тани ташкил этади. Перистальтика кучайган пайтда кориндаги ичак шовкинлари баланд ва давомли эшитилади (мисол хаммага маълум ошкозон кулдраши). Ичак шовкинлари бутун корин буйлаб эшитилади, аммо уларни унг енбош сохада эшитган маъкул.. Ичак шовкинлари диареяда. Перитонитда, ичак тутилишида ва паралитик илеусда узгариши мумкин.

PS. Шуни таъкидлаш лозимки, ичак шовкинлари на сезгир, на специфик ва шунинг учун хам ахмият молик диагностик кучга эга эмас.

Аксинча суюклик чайкалиш шовкини етарли информатив кучга эга. У куп миқдорда суюклик еки йигилган пайтда хосил булади. Баланд темирли чайкалиш шовкини ичак тутилиши еки ошкозон дилатациясидан далолат бериши мумкин.

Кушимча текшириш усуллари



Икки баллонли энтероскопия

(Хиронори Ямамато 2004г.)



Расм № Оч ичакни Рубуйича икки баллонли энтероскопия килиш схемаси (стрелкали оркали конкремент курсатилган)

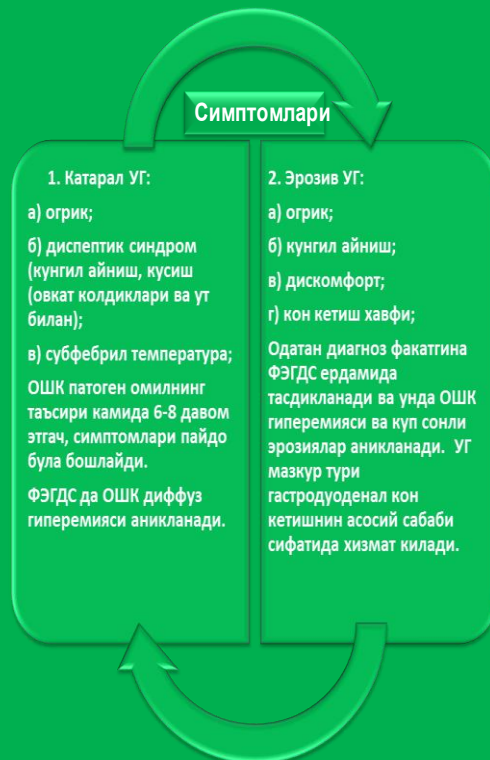
Гастритлар

Гастрит–бу ОШК яллигланиши (нисбатан уткир холларда) ҳамда унинг заминида морфологик ва функционал ўзгаришлар, прогрессияловчи атрофик жараенлар (сурункали кечган холларда) юзага келадиган хаста.

Уткир гастрит (УГ)



УГ клинико–эндоскопик вариантлари



Хроник гастрит (ХГ)

ХГ – бу ОШК диффуз еки сегментар узок муддат давом этувчи яллигланиши булиб, у органнинг мотор-э секретор фаолиятларини бузилиши билан кечади. Катта ешли (18 ешдан катта) ахолининг тахминан 50-9

Этиология

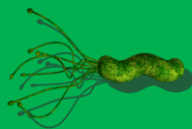
1 – экзоген:

- дагал, механик жихатдан етарли эзилмаган таом;
- этанол ва унинг суррогатлари;
- дори-дармонлар;
- *helicobacter pylori* (НР);
- кислота ва ишкор парлари;

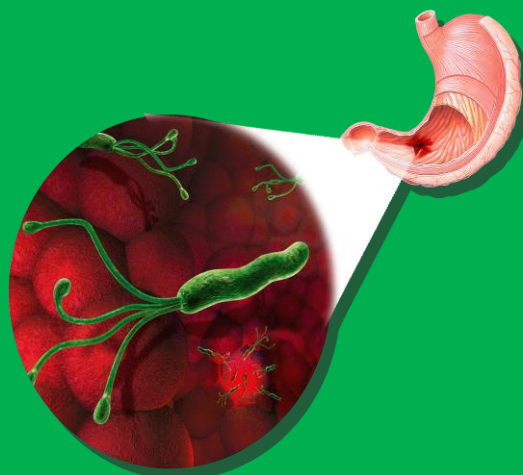
2 – эндоген:

- ут рефлюкси;
- уремик холат;
- ОШК гипоксемияси ЮКТ этишмовчилиги натижасида;
- ОШК микроциркуляцияси-ни бузилиши;
- ОШК регенатор кобилятини бузилиши СОЖ;

«Диагноз ХГ является наиболее ошибочным в практике врача» Staedelma



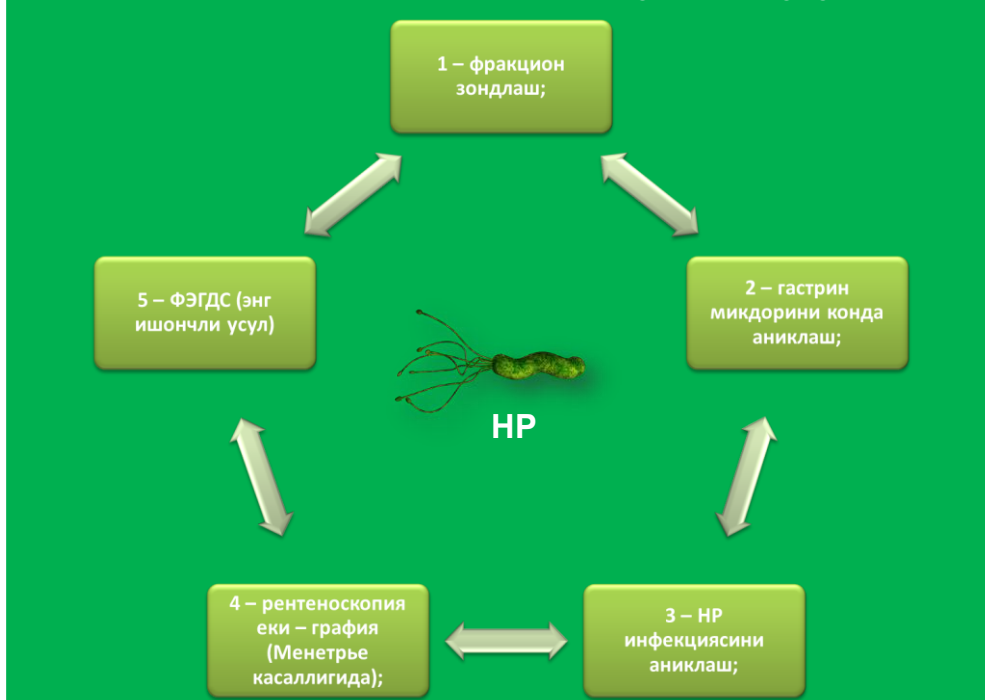
Helicobacter pylori – «XX асрнинг янги чумаси». D.Graham



Австралиялик олимлар, Нобел мукофоти лауреатлари В.Marschall ва J.Warren 1983й ХГ хасталанган беморнинг ОШК биринчи марта ейсимон бактериялар – *Helicobacter pylorini* (НР), аниклашди.



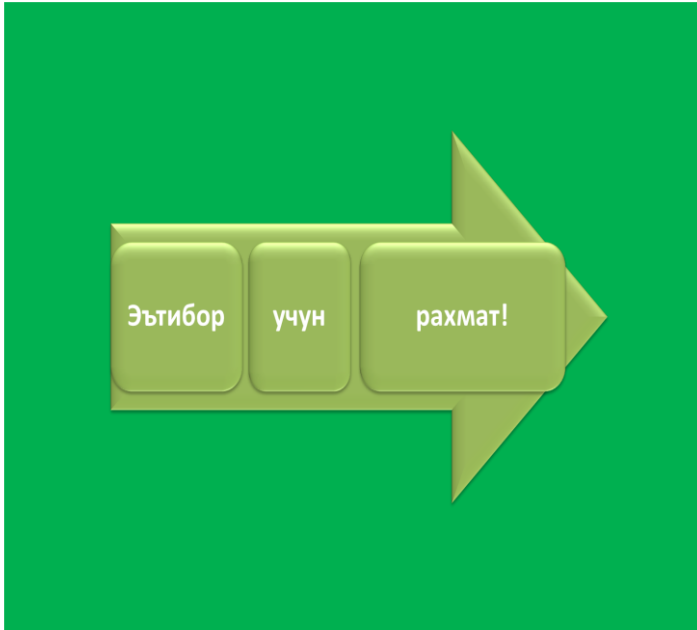
ХГ диагностикасини инструментал усуллари



ХГ муолажасининг асосий принциплари



"Хоть извилин не видно, но когда их нет, это очень заметно"



Ma'ruza №3

GERB simptomatologiyasi.

Oshqozon va 12 barmoqli ichak yara kasalligi etiologiyasi. patogenezi simptomatologiyasi.

1. Ma'ruza mashg'ulot texnologiyasining o'qitish moduli.

Mashg'ulot vaqti – 2 soat	Studentlar soni: 20 dan 80 gacha
Mashg'ulot formasi	Ma'ruza axborot mashg'uloti
Ma'ruza mashg'ulot rejasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. GERB simptomatologiyasi. 2. Oshqozon va 12 barmoqli ichak yara kasalligi etiologiyasi. 3. patogenezi simptomatologiyasi.
Ma'ruza mashg'ulot maqsadi:	Talabalarga GERB simptomatologi-yasini o'rgatish.
O'qitish uslubi	Ma'ruza suhbat
O'qitish formasi	Yirik, guruhli.
O'qitish jihozlari	O'quv qo'llanma, ma'ruza mashg'ulotlar mundariyasi, proektor, kompyuter.
O'qitish holati	Metodik jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash	Og'zaki kontrol: savol-javob.

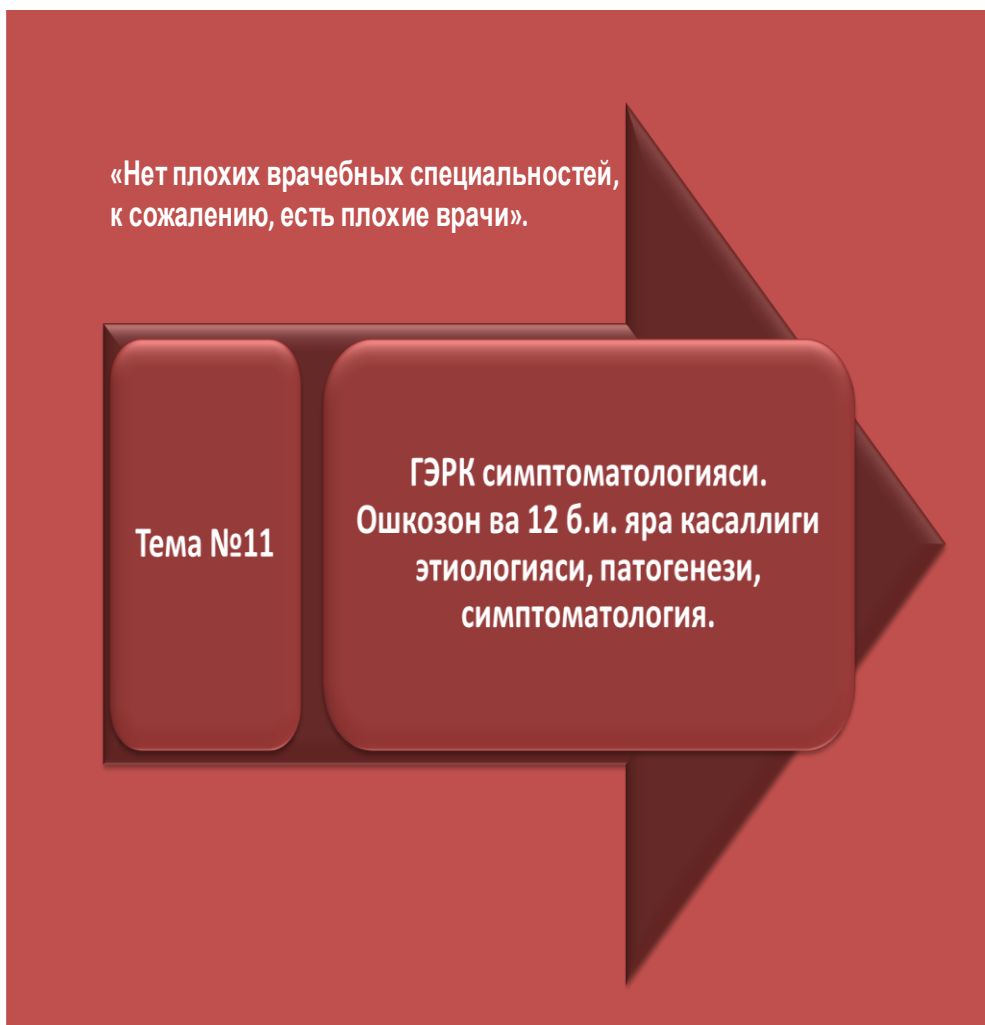
1.2 Ma'ruza mashg'uloti texnologik kartasi

Ish bosqichlari va vaqti.	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchilar
Tayyorgarlik	1.Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash.	

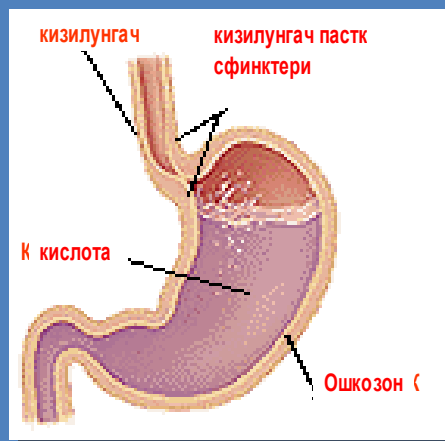
bosqichi	2.Kirish ma'ruzasi uchun taqdimot silaydalarini tayyorlash 3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish	
1. Mavzuga kirish (15 daqiqa)	1. Mavzu maqsadi va vazifasi bilan tanishtiradi 2. Mavzu bo'yicha savollar beradi.	Tinglaydilar Talabalar berilgan savollarga javob beradilar
2 – asosiy bosqich (65daqiqa)	1. Mavzuni tushuntirib beradi, slaydalar namoyish qilish 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalanadi	Tinglaydilar Tinglaydilar
1-yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi

Qisqacha bayoni

GERB etiologiyasi , patogenez, klinikasi, profilaktikasi.Oshqozon va 12 barmoqli ichak yara kasalligi etiologiyasi, patogenez, simptomatologiyasi. Koprologik tekshiruv. Diagnostik ahamiyati va olingan natijalarni interpretasiya qilish.



ГЭРК – бу ошкозон еки дуоденал суюклигини кизилунгачга узлуксиз отилиши натижасида унинг дистал кисмида яллигланиш юзага келиши хамда характерли симптомларни тараккий килиши билан кечадиган касаллиқдир.



ГЭРКда кизилунгач рН ни узгариши

Нормада кизилунгач рН 6,0 ташкил килади

Агар рН 4,0 ва ундан паст булса кислотали рефлюкс булади

Агар рН 7,0 ва ундан ортса, унда ишкорли рефлюкс булади (кизилунгачга дуоденал суюклик отилса)

Тарихий аспектлар



Эпидемиология

Таркалиш даражаси: ВОЗ маълумотларига кура 50%, Россия олимлари маълумотларига асосан эса - 60% ортикни ташкил этади.

ГЭРК ни кенг таркалиши Европа гастроэнтерологларини 6 хафталигида (Бирменгем, 1997) ушбу шюрни башорат килишга асос булиб хихмат килди:

⑩ «XX аср – яра касаллиги асри булса, XXI – аср эса ГЭРК асра булади»

Этиологияси:

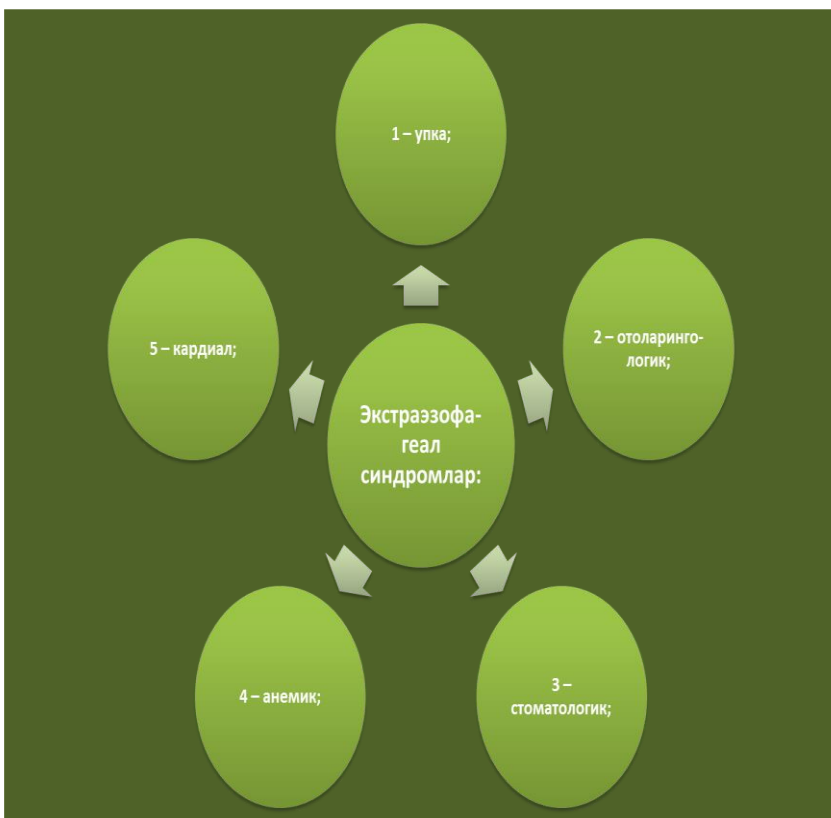
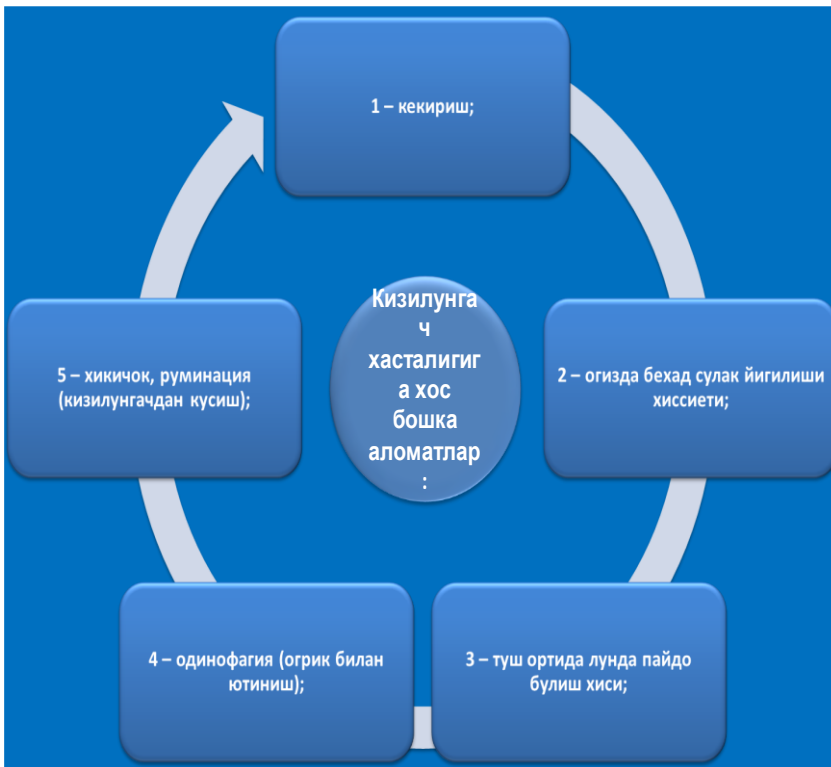
Этиологик омиллар:

1) Эзофагеал:
кизилунгач пастки
сфинктери тонусини
пасайиши, унинг
перистальтикасини
сусайиши ва х.о.

2) Экстраэзофагеал:
корин бушлиги ичра
босимни ошиши,
дуоденостаз,
дуоденал
гипертензия и х.о.







ГЭРК асоратлари:



Расм № Баррет кизилунгачи



Расм № Кизилунгач аденокарциномаси

ГЭРК диагностикаси усуллари

УСУЛЛАР	УСУЛ ИМКОНИЯТИ
Суткалик рН – мониторинг	Рефлюкс эпизодлари сони ва давомийлигини (рН<4 ва >7), уларни субъектив симптомлар, овқат кабули, гавда холати, чекиш, дорилар кабули билан боғлиқлик томонларини аниқлашга имкон беради. Дориларни индивидуал танлашга ва самарасини назорат қилишга имкон беради.
Радиокапсула «Bravo» ердамида 48 – соатлик (зондсиз) рН мониторинг	Кизилунгач рН ни 48 соат ва ундан ортиқ муддат давомида зондсиз ва беморга кераксиз қушимча ноҳушлиқларсиз аниқлашга имкон беради.
Рентгенологик текшириш	Диафрагмал чурраларни, шиллик каватдаги яраларни, стриктураларни аниқлаш мумкин.
Эндоскопик текширишлар	Баррет кизилунгачини, стриктураларни, шиллик каватдаги эрозияларни ва яраларни аниқлашга қўл келади.
Импедансометрия	Кизилунгач клиренси ва перистальтик фаоллигини аниқлашга имкон беради.
Манометрия	Кизилунгач сфинктерларини тонусини аниқлашга ердан беради. DeMeestr буйича нормал курсаткичлар: КПС базал босими 14,3-34,5 мм.сим.уст. КПС умумий узунлиги 4 смдан кам эмас. КПС абдоминал қисми узунлиги 2 смдан кам эмас.

ГЭРК муолажасининг асосий принциплари

Номедикаментоз:

- овқатланиш режими (тез-тез ва кам-кам);
- овқатдан кейин дастлабки 2 соат давомида чузилмаслик;
- овқат қабули давомида чой еки сув қабул қилмаслик;
- кофе, чой, спиртли ичимликлар ва чекиш тақикланади;
- бош ости баланд қилиб етилади;
- белдаги тасмалар таранг тортилмайди;
- чекланади: ширинликлар, нордонликлар, хамирликлар ва еглик таомлар;
- тақикланади: дуқакликлар (мош, нухат, ловия) ва газли ичимликлар (мин. сув, фанта);
- тақикланади: огир юк қутариш;
- ич ўтиши равон, озод ва эркин бўлиши таъминланади;

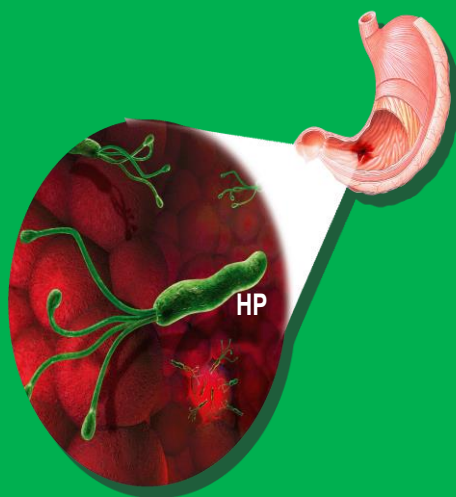
Медикаментоз:

- протон помпаси ингибиторлари (ППИ) – рабепразол 20мг, эзомепразол 40мг, лансопразол 30мг, пантопразол 40мг;
- перистальтика стимуляторлари (ацетилхолин агонистлари): цизаприд, церулетид;
- ОИТ моторикасини регуляторлари (домперидон 10мг, метоклопрамид 10мг)
- универсал регуляторлар (прокинетикилар): тримедат (тримебутин) 200мг;
- комбинацион дорилар: пепсан – р 300мг саше/капсула;

Ошқозон (ОЯК) ва 12 бармоқли ичак (12 б.и.ЯК) яра касаллиги

ОЯК ва 12 б.и.ЯК – бу организмнинг сурункали давом этувчи ва тез-тез рецидив умумий касаллиги бўлиб, унинг маҳаллий қуриниши сифатида гастродуоденал шиллик қаватда ярали дефектлар зонаси пайдо бўлади. Улар ОИТнинг «кисло боглик касалликлари гурихига киради.

ЯК ининг катта ешли ахоли орасида тарқалиш даражаси :

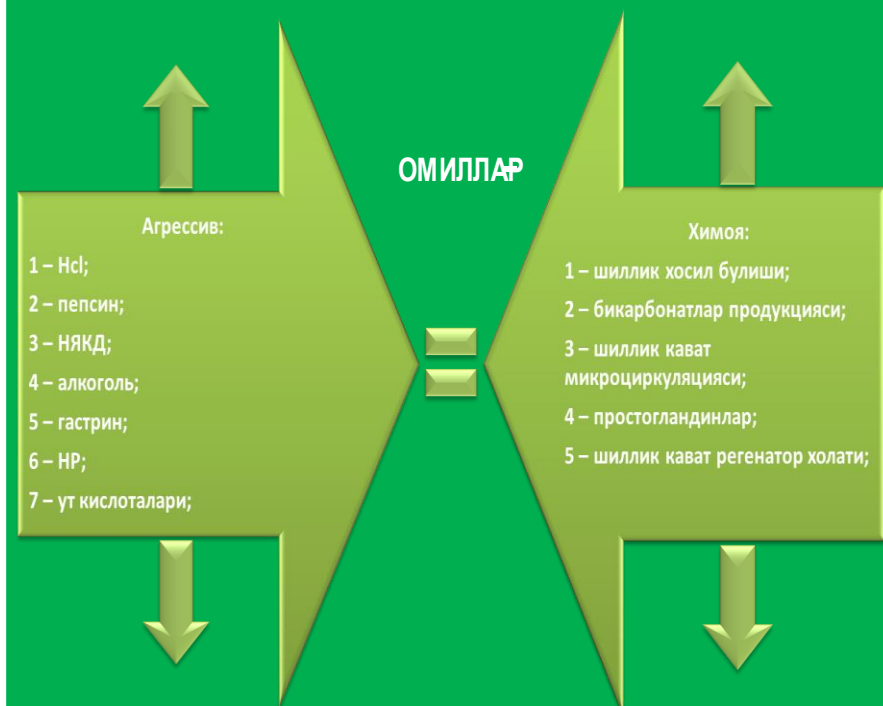


- ❑ Мурожатга асосан – 2 - 3%
- ❑ Профилактик эндоскопик курикларга асосан – 5 - 7%
- ❑ Аутопсия маълумотларига асосан – 10 - 20%

Катта ешдаги ахолининг қарийб 10% га яқини ЯК мубтало еки унга мойил
Ивашкин В.Т., 2000

Этиология ва патогенези

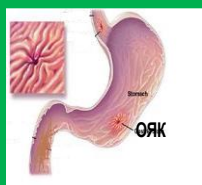
Агрессив ва химоя омиллари орасида динамик мувозанат мавжуд. Агрессия омиллари куч захотиек химоя омилларининг имконияти ҳам унга адекват равишда ошади ва тескариси.



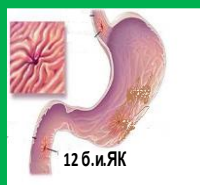
Америка гастроэнтерологи Д. Шейй томонидан таклиф этилган агрессив ва химоя омилларининг мувозанатини акс этувчи схематик манзара.



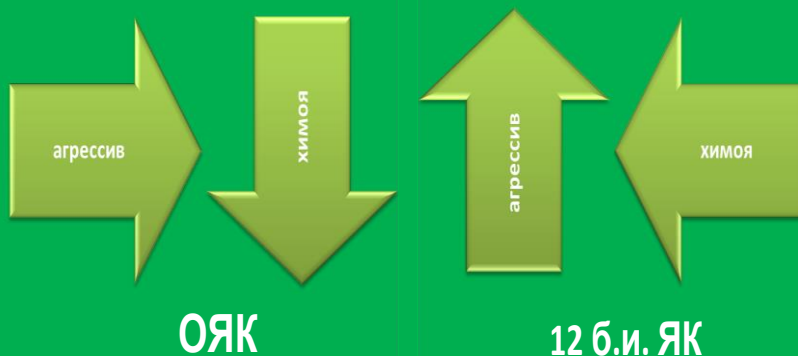
ОЯК ва 12 б.и. ЯК агрессив ва химоя омиллари орасидаги дисбалансинг узига хослиги



ОМИЛЛАР:



ОМИЛЛАР:

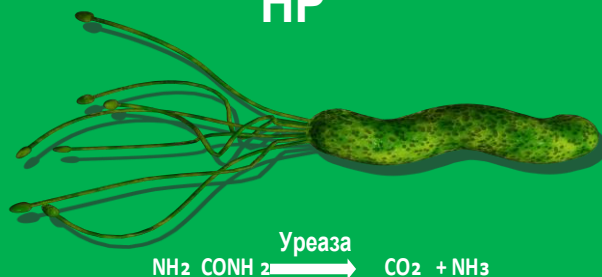


НР инфекциясининг ультцероген (гипотеза) таъсири

Голландиялик машhur олим – гастроэнтеролог G. Tytgat 1995й.да айни пайт учун диққатга сазовор куйидаги шиорни орага ташлади: «НР инфекцияси булмаса НР билан уйгунлашган ЯК хам булмас эди».

НР ва НЯҚД дорилар туфайли содир буладиган яралар ЯК ни 95% дан ортигини ташкил килади.

НР



Аммиакнинг эркин молекулари ошқозон НР мухитини ишкорий томонга суради ва гастрин гиперпродукциясига олиб келади. Натижада Нсі хосил булиши ошади хамда агрессив омиллари орасидаги динамик баланс агрессив омиллар фойдасига бузилади.

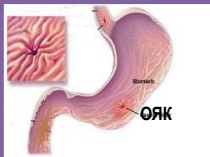
Ульцерогенезнинг машхур теориялари

№	Теория номи	Йил	Муаллиф
1	яллигланиш, «гастритик»	1817 – 1923	Ф. Уден - G.E. Konjetzny
2	инфекцион	1851-1888-1907	Labert - M. Letull - E. Payr
3	васкуляр	1852	R. Virchow
4	пептик	1856-1878	C. Bernard - H. Quincke
5	травматик	1912	L. Aschoff
6	нейрорефлектор	1912	Rossle
7	нейровегетатив	1913	G. Bergmann,
8	нейротрофик	1935	А.Д. Сперанский
9	кортико-висцерал	1949	К.М. Быков - И.Т. Курцын
10	стресс	1953	Selye
11	шиллик барьер	1954-1957	Hollander – Johnson
12	кислотали пептик омил	1956	L.R. Dragstedt
13	Шиллик кават атрофияси	1959	A. Shay
14	бактериал	1983	B. Marshall., A. Warren

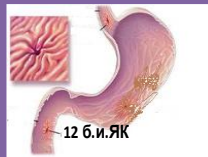


Клиник аломатлар

Клиник аломатларни чуқур таҳлил этиш ЯК типик ҳолатларида муҳим аҳамиятга эга, афсуски улар атиги 50-60% беморларда учрайди.

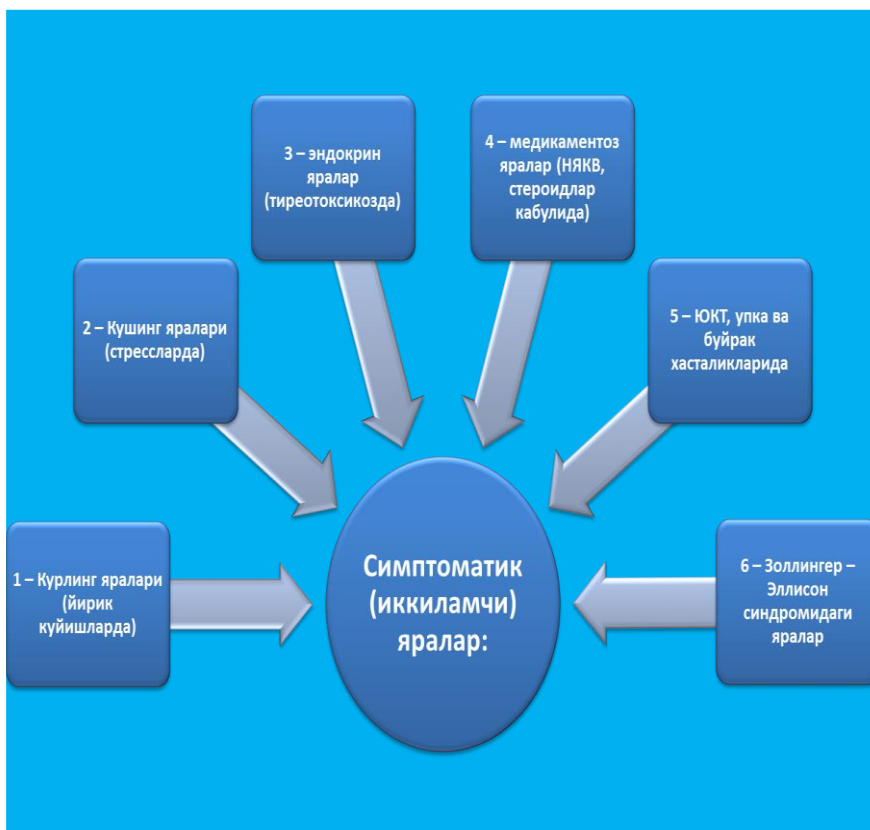


ОС узига хослиги:
ОС овқат қабулидан кейин 30-40 мин утгач пайдо бўлиши мумкин. Унда у эрта оғрик деб тан олинади ва ошқозон танаси соҳасидаги ярага хосдир. Баъзан ОС овқат қабулидан 10-20 мин утгач пайдо бўлади ва у кардиа яраларга хосдир.



ОС узига хослиги:
Овқат қабулидан кейин 1,5-2 соат утгач пайдо бўладиган ОС кечки деб номланади ва у пилорик яраларга хос. Баъзан ОС овқат қабулидан сунг 6-7 соат утгач билдиради ва фақатгина дуоденал яралардагина юзага келади.

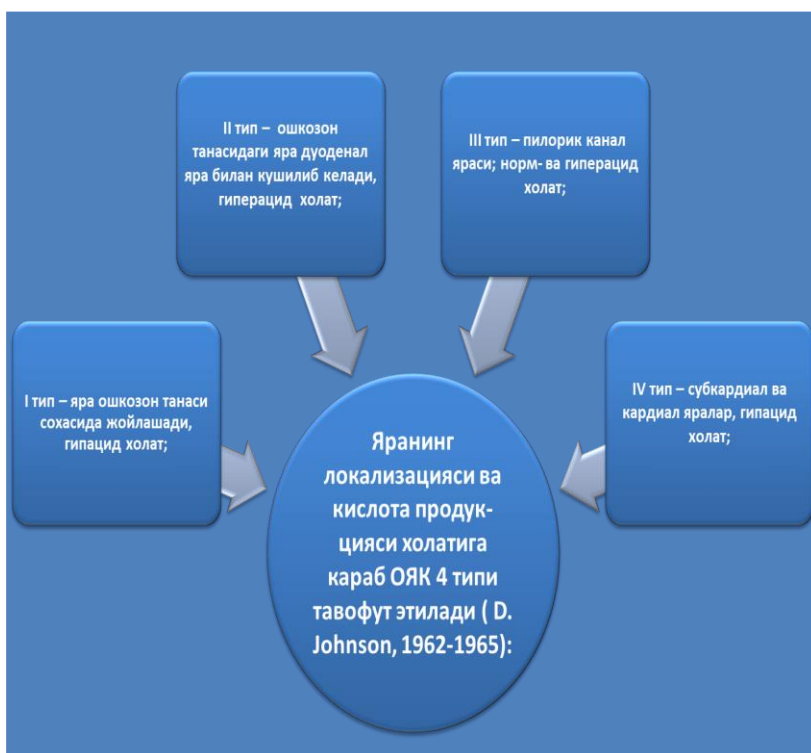
Асосий диспептик симптомлар: зарда кайнаш, кекириш, кунгил айниш, нордон лукма билан қушиш, метеоризм.
30-йиллардан XIX аср охирига давр гастродуоденал кон кетиш ЯК асосий аломати деб тан олинарди. Кон кетиш, қушиш ва ОС биргалиқда Крювелье (Cruveilhier, 1829) триадаси асосини ташкил этиб келган..

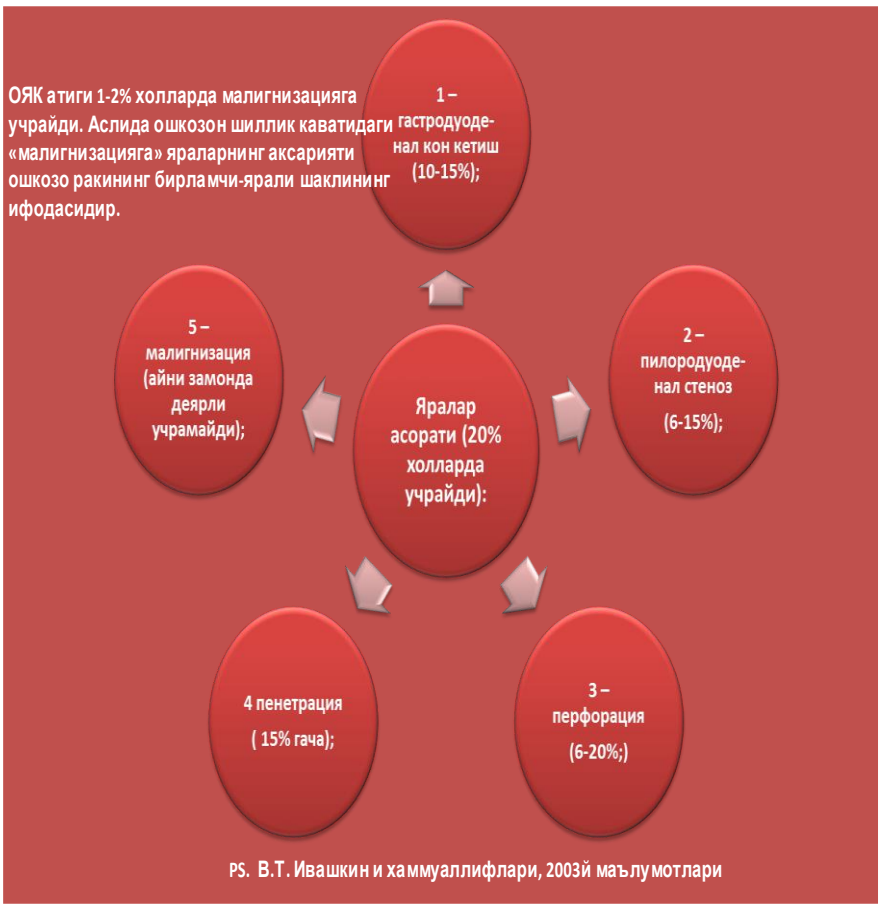


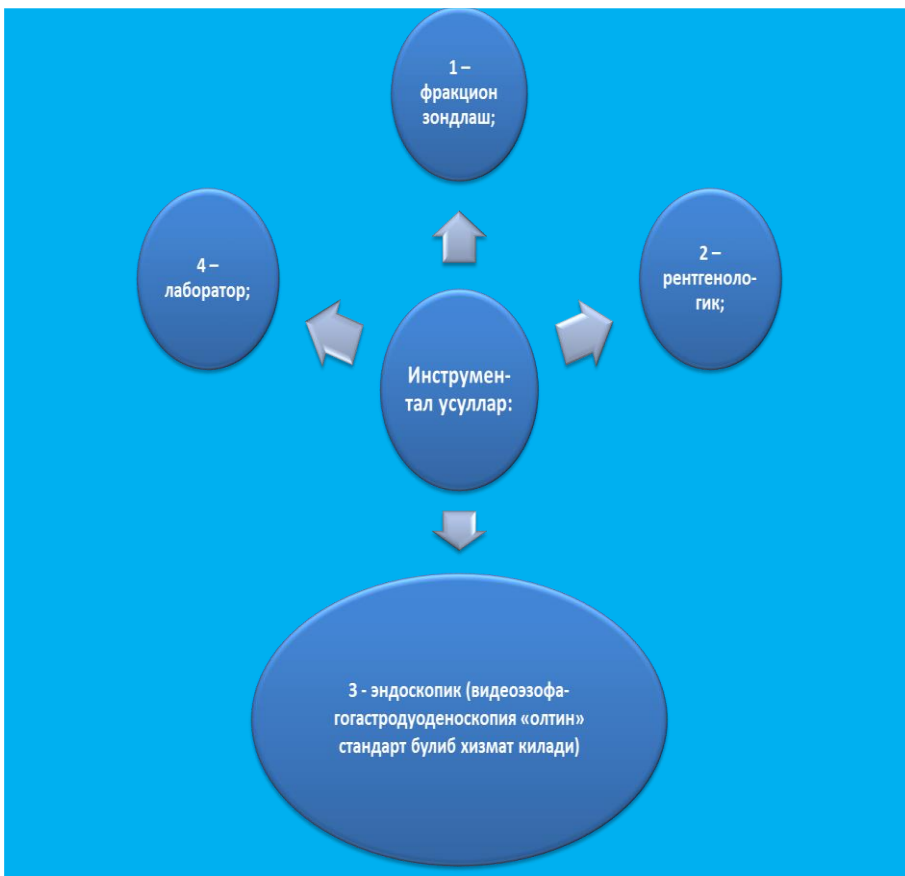
Бирламчи (асл) ва иккиламчи (симптоматик) яралар дифференциацияси

№ п/п	Мезонлари:	Яралар:	
		бирламчи	иккиламчи
1.	Шакли	Думалок, овал	Чизиксимон
2.	Сони	Асосан 1 та, айрим холларда 2 та	Қуп сонли (2,3,4 ва ундан)
3.	Локализацияси	Асосан ошқозонда	Асосан 12 б.и.
4.	Кон кетишга мойиллик	10 – 15%	50% дан ортик
5.	Мавсумийлиги	Кузатилади	Деярли кузатилмайди
6.	Антиульцероз терапия:	Самарали	Бирламчи патология-ни даволаш лозим

«Хороший врач от плохого отличается тем, что он знает как не надо лечить больного»







Яра касаллигини рентгенологик аломатлари:



1 - «ниша»
(ликопча)
симптоми
(асосий
белгидир);



Рентгено-
логик
белгилар:

2 - кушимча
белгилар: де Кервен
(курсагич бармок),
шиллик кават
конвергенцияси, куп
микдордаги шиллик
ва х.о.

Яра касаллиги терапияси 3 йуналишда олиб борилад



Номедикаментоз муолажа усуллари:

- 1 – овкатланиш режими (7⁰⁰, 10⁰⁰, 13⁰⁰, 16⁰⁰, 19⁰⁰);
- 2 – овкатдан кейин дастлабки 2 соат давомида чузилиш ман этилади;
- 3 – овкат кабули пайтида чой еки сув ичиш такикланади;
- 4 – ута иссик еки ута совук таомлар кабули тавсия этилмайди;
- 5 – чекиш ва ичимлик танновули такикланади;



Медикаментоз терапиянинг асосий принциплари

1 –
ОЯҚда:

Барча медикаментоз муолажа усуллари химоя омилларининг имкониятини кучайтиришга қаратилади;

2 – 12
б.и.
ЯҚда:

Барча муолажа усуллари агрессив омиллар кучини пасайтиришга йўналтирилиши лозим;

Химоя омиллари кучини оширувчи дорилар:

Гастропротектив препаратлар:

1 – камраб олувчилар:

- Висмут субцитрат 120мг;
- Висмут учкалий дицитрат 120 мг;
- Висмут субцитрат 120 мг;
- Сукрольфат 500 мг, 1000 мг;

2 – простагландин E₁ нинг сунъий аналоглари:

- мизопростол;

Агрессив омиллар фаоллигини пасайтирувчи препаратлар:		
<p>Гистамин H₂ - рецепторлари блокаторлари:</p> <p>Циметидин 200мг, ранитидин 150мг, фамотидин 40мг</p>	<p>Протон помпаси ингибиторлари (ППИ):</p> <p>Омепразол 20мг, патопразол 40мг, рабепразол 20мг, лансопразол 30мг, эзомепразол 20мг, танатопразол 20мг</p>	<p>Комплекс дорилар:</p> <p>Омепразол+кларитромицин +тинидазол (Пилобакт)</p>

Эрадикацион терапия –

НР инфекциясини бартараф этишга қаратилган муолажа чораси. У 85 – 90% ҳолларда самаралидир.

Антигеликобактер терапия режимлари:

- 1 – битерапия: ИПП+метронидазол (10-14 кун);
- 2 – триотерапия: ИПП+кларитромицин+амоксицилин (7-10 кун);
- 3 – квадротерапия: ИПП+кларитромицин+тетрацилин+метронидазол (7 кун);



Ma'ruza №4

Enterit va kolitlar simptomatologiyasi Axlalni tekshirish va diagnostik ahamiyati. Jigar va o't yo'llari kasalligi bilan og'rigan bemorlarni so'rab-surushtirish, ko'zdan kechirish, jigar palpatsiyasi va perkusiyasi. Kurlov bo'yicha. Kasallik belgisi, paydo bo'lish mehanizmlari, aniqlash usullari. .

1. Ma'ruza mashg'ulot texnologiyasining o'qitish moduli.

Mashg'ulot vaqti – 2 soat	Studentlar soni: 20 dan 80 gacha
Mashg'ulot formasi	Ma'ruza axborot mashg'uloti
Ma'ruza mashg'ulot rejasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Enterit va kolitlar simptomatologiyasi 2. Axlalni tekshirish va diagnostik ahamiyati. 3. Jigar va o't yo'llari kasalligi bilan og'rigan bemorlarni so'rab-surushtirish, ko'zdan kechirish, jigar palpatsiyasi va perkusiyasi. 4. Kurlov bo'yicha. Kasallik belgisi, paydo bo'lish mehanizmlari, aniqlash usullari.
Ma'ruza mashg'ulot maqsadi:	Talabalarga enterit va kolitlar simptomatologiyasini o'rgatish.
O'qitish uslubi	Ma'ruza suhbat
O'qitish formasi	Yirik, guruhli.
O'qitish jihozlari	O'quv qo'llanma, ma'ruza mashg'ulotlar mundarijasi, proektor, kompyuter.
O'qitish holati	Metodik jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash	Og'zaki kontrol: savol-javob.

1.2 Ma'ruza mashg'uloti texnologik kartasi

Ish bosqichlari va vaqti.	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchilar
Tayyorgarlik bosqichi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash. 2. Kirish ma'ruzasi uchun taqdimot silaydalarini tayyorlash 3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish 	
1. Mavzuga	1. Mavzu maqsadi va vazifasi bilan tanishtiradi	Tinglaydilar

kirish (15 daqiqa)	2. Mavzu bo'yicha savollar beradi.	Talabalar berilgan savollarga javob beradilar
2 – asosiy bosqich 65daqiqa)	1. Mavzuni tushuntirib beradi, slaydalar namoyish qilish 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalanadi	Tinglaydilar Tinglaydilar
1-yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi

Qisqacha bayoni

Asosiy shikoyatlari: og'riq hosil bo'lish mexanizmi, lokalizatsiyasi, xarakteri, davomiyligi, irradiatsiyasi, sabablari, kuchayishi, susayishi, og'riq to'xtashi, diagnostik ahamiyati.

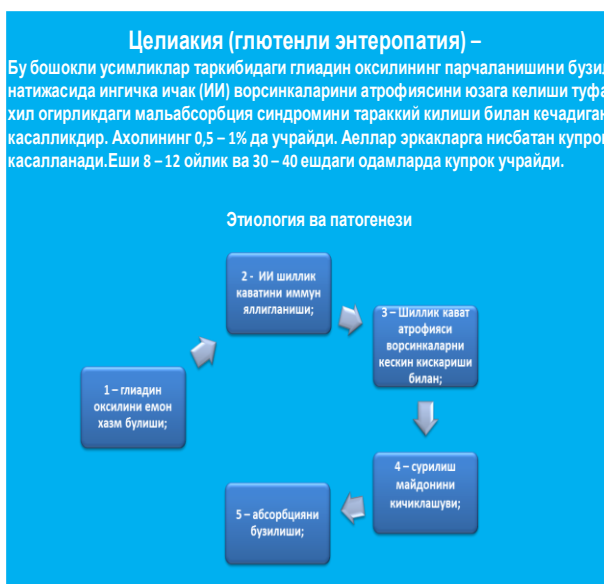
Dispepsiya: ishtaha o'zgarishi, og'izda tahirlik, kekirish, ko'ngil aylash, qayt qilish, qorin dimlanishi, huldirashi. Sariqlik: teri rangini o'zgarishi, siydik, axlat o'zgarishi. Diagnostik ahamiyati. Teri qichishi. Qon ketish va gemorragik ko'rinishlari. Qorin kattalashuvi.

«Врач должен обладать максимальным авторитетом и минимальной властью»
Томас Сас,
американский психиатр

Тема №12

Энтерит ва колитлар симптоматологияси. Ахлатни текшириш ва диагностик аҳамияти.

Жигар ва ўт йуллари хасталиклариде сураб-суриштириш, кўздан кечириш. Жигар пальпацияси ва перкуссияси (Курлов буйича). Симптомларни пайдо булиш механизми ва аниқлаш усуллари.



Клиник аломатлари	
Симптомлар:	
Ичакка оид: <ul style="list-style-type: none"> • диарея (45 – 85%) • стеаторея; • вазнини камайиши (45%); • абдоминал огрик; • болаликда дегидратация ; • электролит бузилиш; • метаболит ацидоз; 	Ичакдан ташкари: <ul style="list-style-type: none"> • анемия (10 – 15%); • витамин К дефицити туфайли кон ивиш хусусиятини бузилиши; • остеопатия ва остеоартроз (1 – 34%); • нейропатия ва церебрал атаксия; • герпетик формали дерматит (10%); • гормонал бузилишлар (аменорея, бепуштлик ва импотенция);

Текшириш усуллари:		
Физикал: <ul style="list-style-type: none"> - Вазн ва мушак массасини камайиши; - Периферик шишлар, асцит (кучли гипопро테인емия холида); - Экхимозлар; - Ортостатик гипотензия; - Глоссит ва ангуляр стоматит; 	Лаборатор: <ul style="list-style-type: none"> - Паст рангли курсаткичли анемия; - Зардобда темир, холестерин микдорини пасайиши, гипоальбуминемия, гипопро테인емия; - Электролитли бузилишлар (гипокалиемия, - кальциемия ва магниеия); - Протромбин ваكتини чузилиши; - Копрология (стеаторея); - Лактозага оид толерантлик тести, D-ксилозали тест; 	Инструментал: <ul style="list-style-type: none"> - ФЭГДС, 12 б.и. пиезча орти кисмидан биоптат олиш; - Жигар, ошкозон ости беги ва ут пуфаги УЗИси (ушбу органларнинг йулдош хасталикларини аниклаш учун)
<p>Тукима транслугтаминазасига карши ишлаб чикилган циркуляциядаги эндомизил антителоларни аниклаш мухим диагностик маркер булиб хизмат килади (унинг сезгирлиги ва спецификлиги >95% ортикдир).</p>		

Нажас шаклининг Бристол шкаласи:

Тип 1	Алохида каттик енгокка ухшаш лундалар, (қийинлик билан чиқади)	
Тип 2	Колбасасимон, аммо лундали	
Тип 3	Колбасасимон, аммо қиррали юзага эга	
Тип 4	Колбасасимон еки илонсимон, силлик ва юмшок (норма)	
Тип 5	Юмшок майда текис сферали шариклар	
Тип 6	Нотекис қиррали говак булакчалар, аталасимон нажас	
Тип 7	Сувсимон, каттик булакчаларсиз	Буткул суюк



Крон касаллиги (КК) – терминал илеит –

ОИТ турли кисмларини (айниқса ИИ) номатълум сааббли яллиглиниш касаллиги унда ОИТ сегментлари купрок жарохатланади, тез-тез кайтоловчи тусга эга, ялл инфильтатлари, гранулема ва чизиксимон яралар юзага келиши билан кечади. терминал кисми (90%) купрок шикастланади. Айрим холларда кизилунгач, ошқоз 12 б.и. ва йугон ичак жараенга жалб этилиши мумкин. 15 дан 35 ешгача аеллар ва эрхаклар деяри тенг даражада касалланишади (хар 100 000 кишига >4 холат).



Этиология ва патогенези

1 - инфекцион агентлар;

2 - генетик омиллар;

3 – аутоиммун механизмлар;

«Тахмин килиш мумкинки, КК бу ичак нормал микрофлорасига генетик мойилликка эга организмнинг аномал реакциясидир» (А. Форбс и соавт)



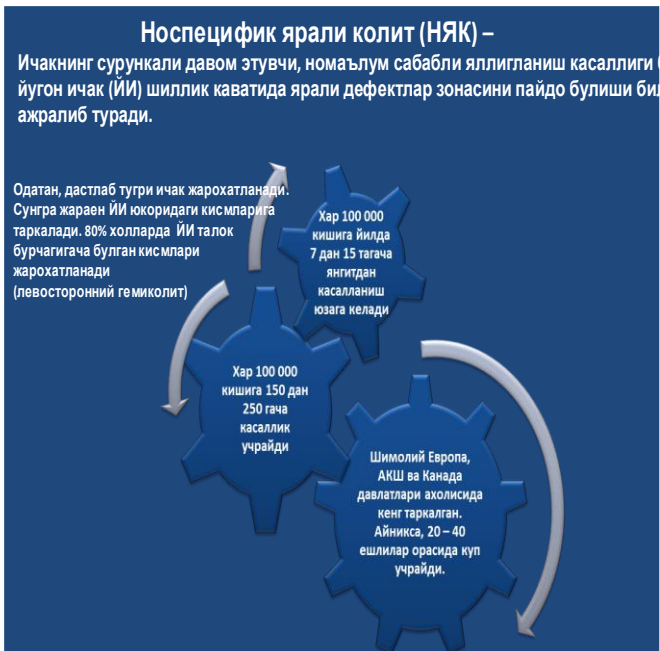
Асосий клиник аломатлари:

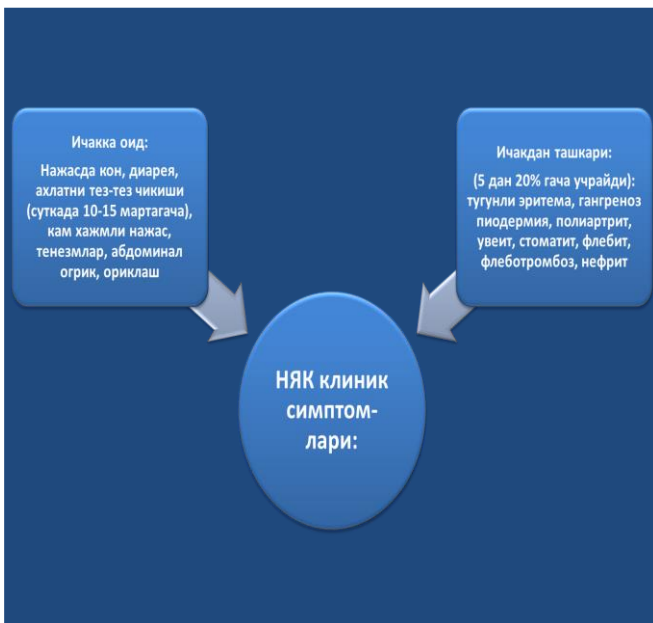
Ичакка оид:

- 1 – жисмонан ортда колиш;
- 2 – абдоминал огрик;
- 3 – диарея;
- 4 – нажасда кон; темир-, фолат- еки витамин В₁₂ - дефицитли анемия;
- 5 – гипопротетеинемк шишлар;
- 6 – бармоқлар сунгги фалангаларини калинлашуви;
- 7 – гипертермия;
- 8 – вазнини йукотиш;
- 9 – ичак тутилиши белгилари;

Ичақдан ташкари:

- 1 – афтоз стоматит;
- 2 – тугунли эритема;
- 3 – гангреноз пиодермия;
- 4 – ирит;
- 5 – эписклерит;
- 6 – носпецифик артропатия;
- 7 – ИИ – тери окма яраси;
- 8 – холестеринли конкрементларни хосил булиши;





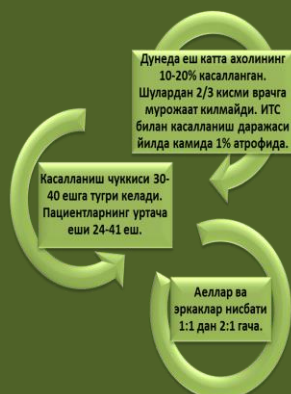


НЯК кечиши ва терапияси

Кечиши:	Муолажа:
<p>Касаллик узок кечдаи 10-15 йилгача. Айрим беморларда ўткир бошланиб оғир кечдаи (colitis gravis): иситма, ориклар кузатилади ва токсик мегаколон юзага келиб, хатто ўлим билан тўғши мўмкин. Бошка асоратлари орасида куйидагилар ажралиб туради: перфорация, кон кетиш, стриктуралар, псевдополиплар, рак.</p>	<p>Стационар ҳолатда амалга оширилади ва яллиғлиниш жараенини бартараф этишга ҳамда метаболик бузилишларни компенсация қилишга йуналтирилади. Сульфасалазин препаратлари (салофальк 500мг) қўлланилади. Тизимли аломатлар пайдо бўлганда глюкокортекоидлар (преднизолон 5мг) тавсия этилади. Перфорация ва стриктура кузатилганда хирургик муолажа амалга оширилади.</p>

Ичак таъсирланиш синдроми (ИТС) –

Рим III мезонларига асосан, ИТС бу функционал бузилишлар мажмуаси туфайли келади ва дефекация акти сонини узгаршига боғлиқ равишда коринда огрик ҳам дискомфорт содир булиши билан кечади. Ушбу ҳолат ойда камида 3 кун ва жори камида 3 ой давомида намоён булиб туриши керак.



ТАРИХИЙ МАНБАЛАР:



В. Гамминг (W. Gunning, 1849) ИТС хос клиник аломатлар тупламини кайд этди, кейинчалик Уильям Ослер (1892) ушбу симптомокомплексни шилликли колит деб атади. Сунги пайтларда ушбу касаллик терминологияси спастик колит, ичак неврози ва х.о. номлари билан кенгайди. ИТС термини дастлаб Де-лор (De-Lor) томонидан 1967 йили фанга киритилди.

ИТС ахамиятига катта эътибор берган ҳолда гастроэнтерологлар бутун дунё жаҳияти 2009 йилни «ичак таъсирланиш синдроми йили» деб эълон қилган эди.



ПАТОГЕНЕЗ

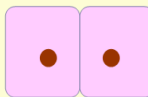
Энтерохромафин хужайралари ва ичак таъсирланиш синдроми

Хужайралар сонини купайса
Серотонин секрецияси ортади



Диарея

Хужайралар сонини камайиши



Кабзият

Панчук С.Н. , 2003

Клиник аломатлари:

Шикоятлар:

ОИТ бошқа кисмларига
хос функционал
узғаришлар:
кизилунгачда - 56%,
аноректал соҳада – 41%,
ноярли диспепсия – 37%
холларда кузатилади.

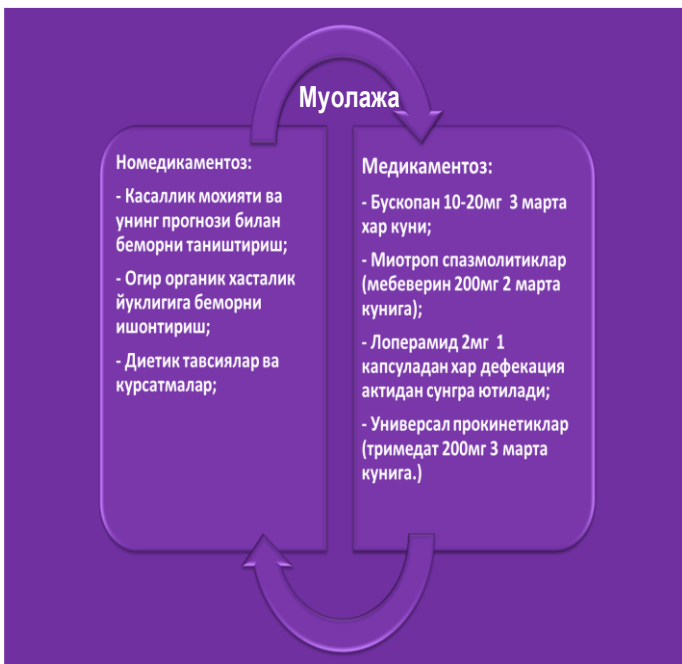
Ичакка хос:
огрик, метеоризм,
нажасда шиллик,
диарея;

Ногастроэнтерологик
аломатлар: бош огриги,
ичкаридан калтираш
хиссиетини пайдо
булиши, хаводан
туймаслик;

Диагностикаси



Асосан беморнинг ҳаёт анамнези
(яшаш шароити, оила аъзолари,
қариндошларини соғлиқ курсаттичлар,
касби, овқатланиш тартибини бузили
зарарли одатлари) ва касаллик анамнези
(ҳасталикни келиб чиқишини ташқи
муҳит омиллари билан боғлиқлиги,
стресс, утишда кечган ичак инфекция
лари, беморнинг еши, олдинги муола
самарасидианоз куйиш жараёни учу
рта муҳимдир.



Жигар ва билиар тракт хасталиклари бор беморларни текшириш у
атафсил сураб-суриштириш жигар ва билиар тракти хасталикларини хали эрта
боскичда анча мухим белгиларни аниклашга ердам беради.

Жигар хасталиклари оид:

- Иштахани бугилиши, чарчаш, асабий булиш, потенция ва либидо ни пасайиши, дисменоррея.
- Кийнокли тери кичиши (pruritis), сариклик (icterus), коннинг кусик массалари ва нажасда (melena) пайдо булиши.
- Корин улчамларини йириклашуви, киндикни буртиб чикиши, киндик халкасини кенгайиши.
- Геморрагиялар: риногеморрагия, метрорагия, менорагия, геморраидал кон кетиш.

ШИКОЯТЛАР:

Билиар тракти хасталиклари оид:

- Оғизда нохуш ва аччиқ таъмини пайдо булиши.
- Кекириш, кунгил айнаши, кусиш.
- Нажас консистенциясини тез-тез бузилиши, метеоризм.
- Унг ковурга ейи остида оғрик (тутканосимон – «ут еки жигар колика»).
- Экстрагепатик ут йулларини обтурациясида тери кичиши (Мирицци синдроми).



Симптомларни аниклаш усуллари

Таблица №

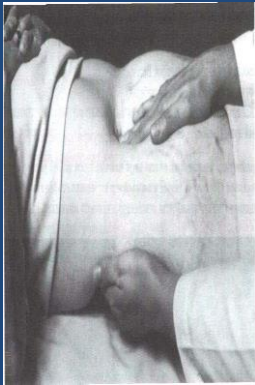
Умумий куздан кечириш давомида аникланадиган гепатопатияларга хос белгилар

№ п/п	Белгилар	№ п/п	Заболевание
1.	«Барабан таёкчалари»	1.	Хроник гепатит, жигар циррозида
2.	Эпингер юлдузчалари (телеангиоэктазия), пальмар эритема, Дьюпейтрен контрактураси, facies alcoholica, гигант паротит, гинекомастия	2.	Алкоголли гепатит ва жигар циррозида
3.	Ксантелазмлар, ксантомалар, тери гиперпигментацияси	3.	Бирламчи билиар циррозда
4.	Кашиш излари, тери гиперпигментацияси	4.	Ут йуллар обструкцияси, бирламчи склерозловчи холангит, бирламчи билиар цирроزلарда
5.	Корин девори веналарини кенгайиши, асцит, киндикни буртиб чиқиши	5.	Портал гипертензи билан кечадиган жигар цирроزلарида
6.	Тук сариклик, шиш – асцит синдроми, геморрагик синдром (қукаришлар, пурпуралар), оғиздан «жигар хидини» келиши, бармоқлар ва тил тремори	6.	Гепатоцеллюлар етишмовчилик билан кечадиган жигар цирроزلари
7.	Кайзер – Фляйшер халкаси	7.	Вилсон – Коновалов касаллиги

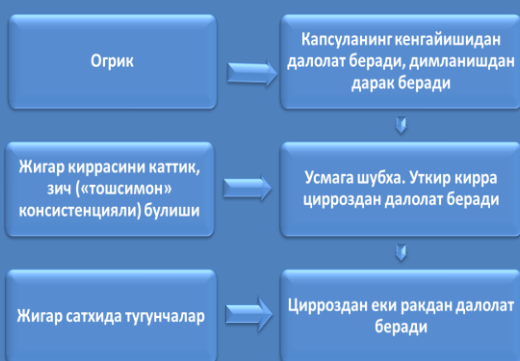
Жигар пальпацияси давомида кулга киритилиши лозим булган а



Жигар пальпацияси методикаси



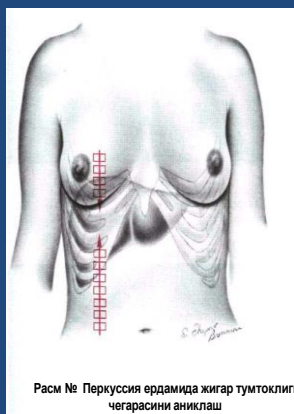
Пальпатор маълумотларни информатив имконияти:



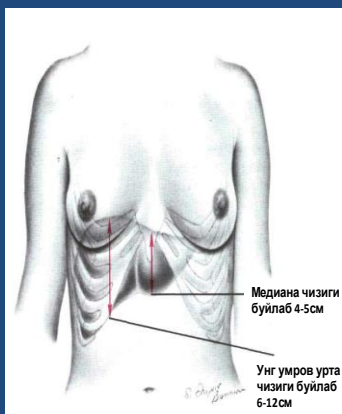
Гепатомегалия – (жигарни хакикий катталашуви) кузатила



Жигар перкуссияси



Расм № Перкуссия ердамида жигар тумтоклиги чегарасини аниқлаш



Медиана чизиги буйлаб 4-5см

Унг умров урта чизиги буйлаб 6-12см

Жигар улчамлари унинг вертикал улчамларга таяниб аниқланиши лозим, бошқача қилиб айтганда, урта умров чизиги буйлаб унинг юқори ва пастдаги чегаравий нукталари орасидаги фаркка таяниш керак.

Жигар пастки чегараси

- Пальпация, перкуссия еки аффрикция («сирпантериш») усуллари ердамида аниқланади. Бу усуллар албатта урта-умров чизиги буйлаб амалга оширилиши лозим, амал қилинмаган ҳолларда ҳатто 10 см атрофида бўлиши мумкин.

Юқори чегараси

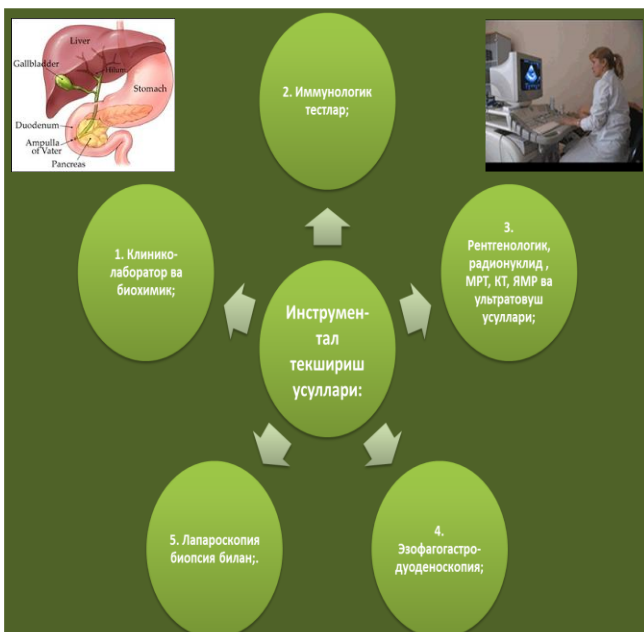
- Фақатгина бевосита еки билвосита перкуссия усуллари ердамида албатта урта-умров чизиги буйлаб аниқлаш мумкин. Қўпчилик таникли гастроэнтерологлар фикрича бевосита перкуссия усули маълумоти нисбатан анча аниқ.

Гепатомегалия диагностикасида физикал текшириш усуллари маълумотларини имконияти

Физикал усул	Маълумотлар фарқи	
	Турли врачларда	Бир врачда
1. Пальпация	6 смгача	1 – 2 см
2. Перкуссия	2,5 дан 8 смгача	1 – 2 см

Ушбу маълумотларнинг кескин фарқланишига таяниб, қуйидагилар тавсия этилади:

1. Врач бод – бод ушбу усуллар орқали жигар улчамларини назорат қилиб туриши керак.
2. Гепатомегалиянинг физикал диагностикаси усулдан кура куз ва бармоқлар билан текширилади. Шунинг учун ҳам жигар улчамларини ультратовуш ердамида текшириш айтилиши керак. Шунинг учун ҳам жигар улчамларини ультратовуш ердамида текшириш айтилиши керак. Шунинг учун ҳам жигар улчамларини ультратовуш ердамида текшириш айтилиши керак. Шунинг учун ҳам жигар улчамларини ультратовуш ердамида текшириш айтилиши керак.



Ma'ruza №5

Asosiy klinik sindromlar haqida tushuncha sariqlik, portal gipertenziya, jigar yetishmovchiligi. Surunkali gepatitlar simptomatologiyasi.

1. Ma'ruza mashg'ulot texnologiyasining o'qitish moduli.

Mashg'ulot vaqti – 2

Studentlar soni: 20 dan 80 gacha

soat	
Mashg'ulot formasi	Ma`ruza axborot mashg`uloti
Ma`ruza mashg'ulot rejasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Asosiy klinik sindromlar haqida tushuncha 2. sariqlik, portal gipertenziya, 3. jigar yetishmovchiligi. 4. Surunkali gepatitlar simptomatologiyasi.
Ma`ruza mashg'ulot maqsadi:	Talabalarga jigar yetishmovchiligi, surunkali gepatitlar simptomatologiyasini o`rgatish.
O`qitish uslubi	Ma`ruza suhbat
O`qitish formasi	Yirik, guruhli.
O`qitish jihozlari	O`quv qo`llanma, ma`ruza mashg'ulotlar mundarijasi, proektor, kompyuter.
O`qitish holati	Metodik jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash	Og`zaki kontrol: savol-javob.

1.2 Ma`ruza mashg`uloti texnologik kartasi

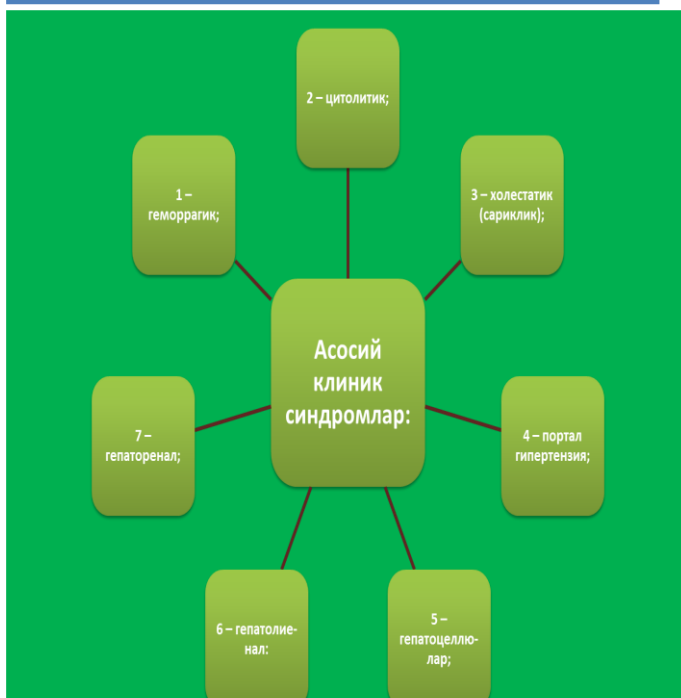
Ish bosqichlari va vaqti.	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchilar
Tayyorgarlik bosqichi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash. 2. Kirish ma'ruzasi uchun taqdimot slaydalarini tayyorlash 3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish 	
1. Mavzuga kirish (15 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mavzu maqsadi va vazifasi bilan tanishtiradi 2. Mavzu bo'yicha savollar beradi. 	Tinglaydilar Talabalar berilgan savollarga javob beradilar
2 – asosiy bosqich (65 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mavzuni tushuntirib beradi, slaydalar namoyish qilish 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalanadi 	Tinglaydilar Tinglaydilar

1-yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi
-------------------------------	---	---

Qisqacha bayoni

Surunkali gepatitlar shikoyalari, ko'zdan kechirish, paypaslash, tukillatish.

Kasalliklar etiologiyasi va patogenezi haqida umumiy tasavvur



Клиник аҳамиятга эга синдромлар

Холестаза синдроми

Замонавий ендозишга мувофиқ холестаза деганда ут ингредиентлари синтези, секретцияси ва окшининг бузилиши тушунилади. У одатан булинади:



Холестаза синдроми  сариклик ?

Сариклик сабаблари:

Гепатик:

1. Вирусли;
2. Алкоголли;
3. Медикаментоз;
4. Аутоиммун;
5. Гемохроматоз, Вильсон – Коновалов, функционал – гипербилирубинемиялар;

Экстрагепатик:

1. Кон касаллиги (гемолиз);
2. Жигар ва умумий ут йулларини обтурацияси еки ташкаридан кисилиши;
3. Ошқозон ости беги бош кисми усмаси билан ут йулларини кисилиши;
4. Склерозловчи холангит;

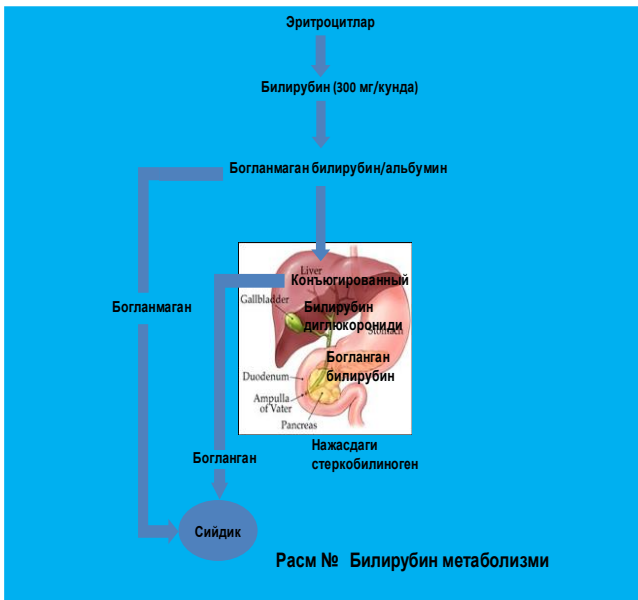


Таблица № Сарикликлар дифференциал диагностикаси

Мезонлар	САРИКЛИК ТУРЛАРИ		
	Жигар усти (гемолитик)	Жигар (гепатоцитлар)	Жигар ости (механик)
Механизми	Билирубин синтезини ошиши (богланмаган)	Гепатоцит жароҳати	Ут йуллари обструкцияси
Этиологияси	Эритроцитлар гемолизини ошиши, Жильбер синдроми	Вируслар, алкоголь, дори-дармонлар	Ут-тош касаллиги, панкреаз боши усмаси
Кичиш	Йук	Мумкин	Яккол
Тери ранги	Лимон – сарик	Сарик	Тук – сарик
Сийдик ранги	Узгармаган еки сал тукрок	Тук	Ута тук, сийдик ранги мисли пиво
Нажас ранги	Одатдагидек еки тукрок	Узгармаган еки ранги окарган	Окарган
Зардобдаги билирубин миқдори	Богланмаган фракцияси хисобидан	Аралаш, айрим холларда богланган фракцияси хисобидан	Фракцияси хисобидан

Сариклик синдроми (icterus) –

Жигар хасталикларини катта аломати булиб, у конда билирубин миқдорини ошириш тўғрисида юзага келади. Богланган ва богланмаган билирубинемиялар фарқланади.

Таблица №

ГИПЕРБИЛУРИНЕМИЯ

Богланмаган

Жигар усти	Гемолитик анемия Гемоглобинопатиялар Тизимли инфекция	
Жигарга боглик	Жильбер синдроми, чакалоқлар сариклиги	

Богланган

Жигар ичра	Гепатит	Вируслар Медикаментлар Алкоголь
Жигарга боглик эмас	Цирроз Ут тошлари Рак усмаси Панкреатит	Ошқозон ости беши Ут йуллари Ампула
Нохолестатик	Дубин – Джонсон синдроми	

Таблица №

Жигар паринхимаси медикаментоз жарохатини гистологик спектри

Гистологик манзара	Препарат
Егли гепатоз	Тетрациклин / натрий вальпроат
Гранулемлар	Фенитоин / сульфаниламидлар
Уткир гепатит	Галотан / оксидазанинг моноамин ингибиторлари
Холестаэ	Хлоропромазин / перорал
Фосфолипидоз	Амиодарон
Алкоголли гепатит	Пергексилен малеат
Пурпура	Глюкокортикоидлар
Бадд – Киари синдроми	(Крестовник) алколоидлари / азатиоприн / меркаптоурин
Хроник актив гепатит	Метилдопа
Портал гипертензия (ноцирроген)	Мишьяк бирикмалари
Аденома	Перорал контрацептивлар
Гепатоцеллюляр рак	Анаболик стероидлар
Ангиосаркома	Винил хлорид

Таблица №

Хакикий ва сохта сарикликлар дифференциал диагностикаси

Мезонлар	САРИКЛИКЛАР	
	Хакикий	Сохта (псевдосариклик)
1. Сабаби	Ут йуллари, жигар ва кон хасталиклари	Каротинга бой махсулотларни (сабзи, цитруслилар) кул истеъмол қилиш
2. Сариклик дастлаб бошланади	Склерадан, оғиз бушлиги шиллик каватидан	Кул ва оёқ қафтларидан
3. Сариклик интенсивлиги	Одатан интенсив	Паст интенсив
4. Ранги	Тук – сарик, хатто ута тук рангли	Оч сарик еки лимондай сарик



Расм № Сарик склералар

Портал гипертензия (ПГ) –

Жигар хасталигини катта аломати булиб, дарвоза венаси тизимида кон окиш кийинлашуви натижасида портал веноз босимини ошиши билан характерла



N VP $p=150-170$ мм. сув уст.(5 – 10 мм.сим.уст



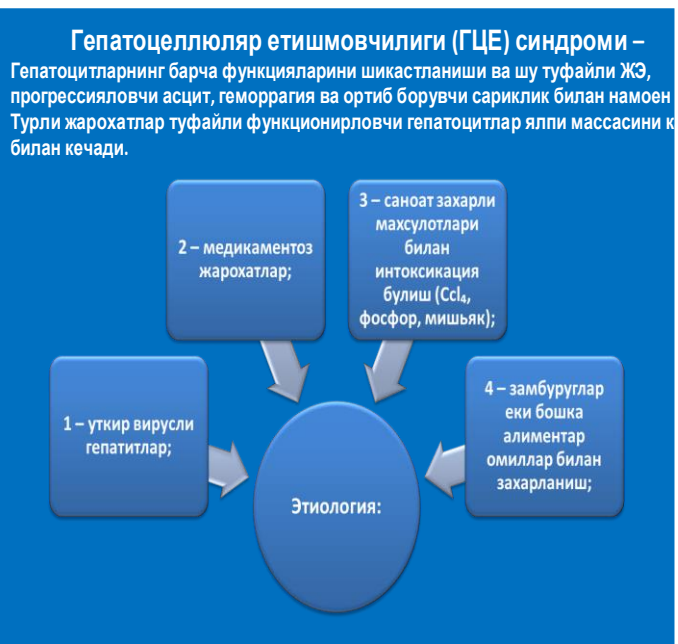


Таблица №8 Гепатоцеллюляр етишмовчиликни Чайльд–Пью буйича классификацияси

Курсатгич	Баллар		
	1	2	3
Энцефалопатия	0	I – II	III – IV
Асцит	Йук	Юмшок, енгил даволанади	Таранглашган, кийинлик билин даволанади
Зардобдаги билирубин концентрацияси, мкмоль/л	34 (<2,0) дан паст	34 – 51 (2,0–3,0)	51 (>3,0)дан ортик
Зардобдаги альбумин миқдори, г	35 дан ортик	28 – 35	Менее 28
Протромбин вақти (с), протромбин индекси (%)	1 – 3 (>60)	4 – 6 (40 – 60)	6 (<40) дан ортик

Хар бир курсатгич балларда ифодаланади (1, 2 еки 3 балл). Куйидаги мезонларга таян баҳолаш лозим:

- А класс (компенсациялашган) – 5-6 балл;
- В класс (субкомпенсациялашган) – 7-9 балл;
- С класс (декомпенсациялашган) – 10-15 балл;

ЖЭ термини нерв – психик бузилишларни тулакон спектрини акс эттири одатан ГЦЕ еки турли даражадаги порто – тизимли шунтлар юзага келган намоён булади.

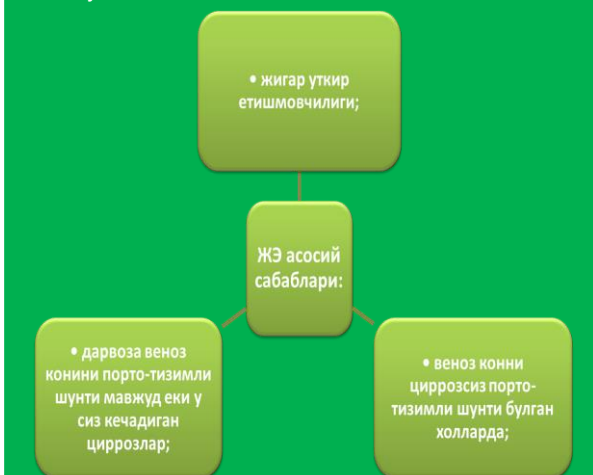


Таблица №

ЖЭ патогенези гипотезалари

Эндоген нейротоксинлар (аммиак, ег кислоталари, фенол, меркаптан)

«Нотугри нейротрансмиттерлар» (октопамин)

Нормал нейротрансмиттерлар ва уларнинг рецепторларини узгариши (GABA, серотонин). «GABA-бензодиазепин рецепторларини сезгирлигини ошиб

Таблица № Жигар энцефалопатияси боскичлари

Боскичла	Психик статусдаги узгаришлар
0	Эс-хушида узгариш ва бузилишлар йук, интеллектуал доирадаги хатти-харакатга хос функциялар сакланган
I	Уйки ритми бузилган: уйкусизлик еки гиперсомния, диккатни, концентрацияни пасайиши, хадиксираш еки эйфория, таъсирчанлик
II	Ноадекват хатти-харакатлар, уларни бажариш суръати пасайган, дудукланиш, астериксис
III	Фазода ва вақтдаги дезориентация, гиперрефлексия, патологик рефлекслар, сопор
IV	Кучли таъсирловчиларга нисбатан эс-хуш ва реакцияни йуклиги, кома

Таблица № ЖЭ турли формаларида ГЦЕ ва веноз кон порто – тизимли шунти орасидаги бо



ЖЭ сабаби	ЖЭ кечиш турлари	Гепатоцеллюлар етишмовчилик	Веноз кон порто тизимли шунти
Жигар уткир етишмовчилиги Цирроз еки конни порто-тизимли шунти	Острая 1.Латент 2.Клиник яккол: юзага олиб келувчи омиллар таъсирида содир булган хроник рецидивловчи 3.Алохида турлари: гепатоцеребрал дегенерация, спастик пара-парез		

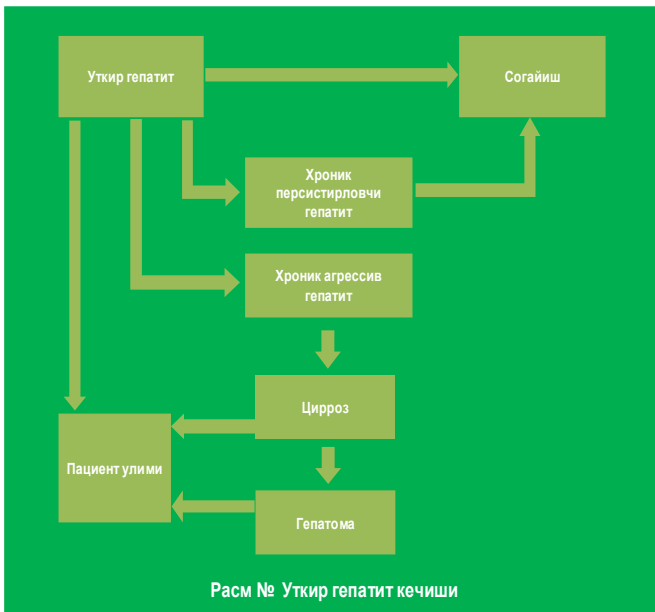
Таблица №

ЖЭ уткир фазаси муолажаси

1. Юзага олиб келувчи омилларни бартараф этиш (мисол: кон кетиш, инфекция)
 2. Ингичка ва йугон ичакларни тозалаш
 3. Оксил кабули тухтатилади
 4. Энергия ва суюқликлар кабули ҳамда электролитлар балансини оптимал даражада сақлаш
 5. Лактулоза кабул қилиш (еки альфа – нормикс ва метронидазол)
1. Диуретик, седатив, анальгетик ва х.о. ларни кабулини чегаралаш еки тухтати

Хроник гепатитлар (ХГ) – турли этиологик омиллар таъсири натижасида жигар паринхимасининг камида 6 ой ва яхши томонга узгаришсиз кечадиган сурункал яллигланишидир.





ХГ этиологияси (M.J. Alter, Strasburg, 1991, abstr.)

Алкоголь	35%
ВГС	34%
Криптоген	17%
ВГВ	9%
Бошка сабаблар, масалан, метаболик	4%
Аутоиммун	1%

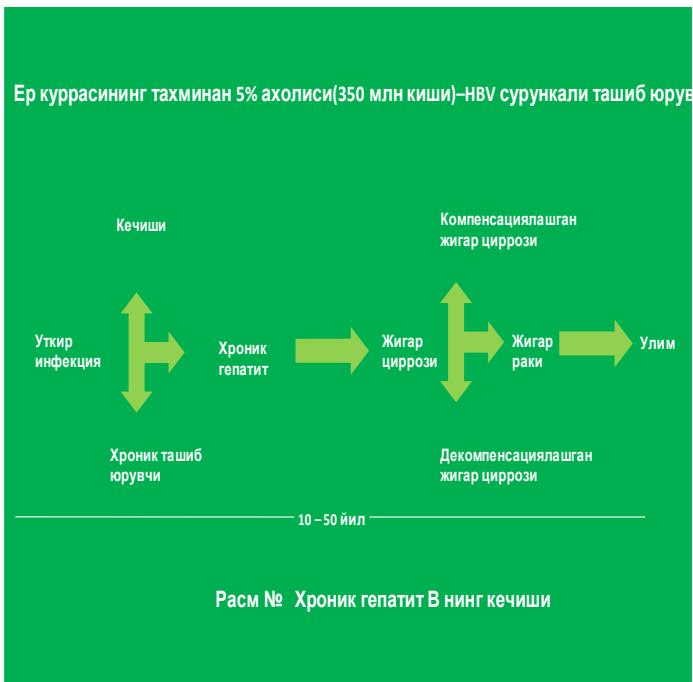
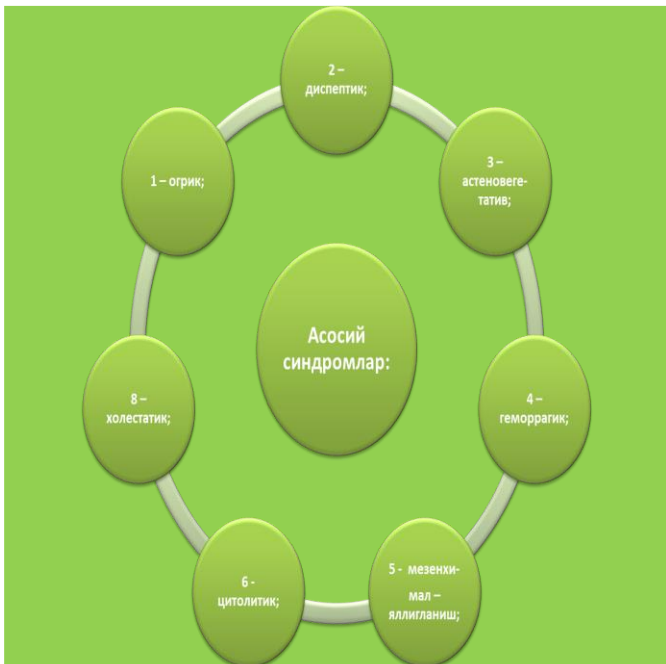
Таблица №

Гепатит вируси турлари

	A	B	C	D	E
Вирус	РНК	ДНК	РНК	РНК	РНК
Диаметр (нм)	27 -32	42	45	36	27
Инкубацион даври (ой)	0,5 – 1,5	(0,5) – 1 – (6)	2 – 2,5 (4?)	1 – 1,5	1 – 1,5
Тарқалиш йуллари					
-фекально-оральный	ха	йук	?	йук	ха
-через кровь	айрим холларда	ха	ха	ха	Айрим пайтда
-перинатальный	йук	ха	ха	айрим пайтда	йук
-половой	айрим пайтда	ха	ха (камданкам)	эхтимоли бор	?
Лабораторная диагностика	Анти-ВГА- JgM	HBsAg Анти- HBc-JgM ВГВ-ДНК	Анти-ВГС ВГС-РНК	Анти-ВГД ВГД-РНК	Анти-ВГЕ

Гастроэнтерологларни Халқаро конгрессида қабул қилинган ХГ классификацияси (Лос-Анджелес шаҳри, АКШ, 1994й).

Этиологияси	Фаоллиги	Фиброз босқичи
Хроник вирусли гепатит (В, С, D)	Минимал (гистологик фаоллик индекси 1 – 3)	0 – фиброзсиз
Хроник вирусли гепатит (бошқа турга тугри келмайдиган)	Паст (гистологик фаоллик индекси 4 – 8)	1 – суғ тараккий қилган (перипортал) фиброз
ХГ, на вирусли, на аутоиммунли АИГ	Урта (гистологик фаоллик индекси 9 – 12)	2 – урта тараккий қилган фиброз (порто-портал септалар)
Хроник медикаментоз гепатит	Юқори (гистологик фаоллик индекси 13 – 18)	3 – оғир фиброз (портоцентрал септалар)
Бирламчи билиар цирроз		4 – жигар циррози
Бирламчи склерозловчи холангит		
Вильсон – Коновалов касаллиги		
α – антитрипсин етишмовчилиги туфайли вужудга келган жигар хасталиклари		



HBV клиник аломатлари	
Типик	HBV инфекция симптомлари
	Атипик (жигардан ташқари) 10 – 20% беморларда
Чарчаш еки гриппга ухшаш синдром	Зардоб касаллигига хос симптомлар (иситма, атралгия, артрит ва терида тошма)
Кунгил айнаши, эпигастрал сохада оғрик	Нодоз периаартериит Гломерулонефрит
Диарея, терида тошма, сариклик	Эссенциал аралаш криоглобулинемия
Мушак ва бугимларда оғрик	Джанотти касаллиги (папулез акродерматит)
Дармонсизлик	Апластик анемия
Циррозга хос симптомлар ва стигмалар	
Жигар ракига хос симптомлар ва стигмалар	

ХГВ даги физикал текшириш натижалари (J.H. Hoofnagle и бошқалар., 1984)

Гепатомегалия (Г)	8%
Спленомегалия (С)	13%
Г + С	7%
Асцит	1%
Хос узгаришлар мавжуд эмас	71%

HCV – хроник инфекциясининг дунеда таркалиши 0,5 дан 2% гачани ташкил кил

HCV клиник аломатлари

HCV инфекцияси симптомлари	
Типик	Атипик (жигардан ташкари)
Корин унг юкори квадрантида тумтог доимий булмаган огрик Кунгил айнаши Иштаха йуколиши Тери кичиши Артралгия Миалгия	Аутоантителалар, криоглобулинемия, лейкоцитокластик васкулит Мембраноз пролифератив гломерулонефри В – хужайрали лимфома Плазмоцитома, MALT – лимфома Тиреодит, Шегрен синдроми Идиопатик тромбоцитопеник пурпура Ясси лишай, тери кечки порфирияси

Аутоиммун гепатит (АИГ) жигарнинг номаълум этиологияли хроник касаллиги б перипортал еки янада кенг куламдаги яллигланиш билан характерланади ва як манзарали гипергаммаглобулинемия хамда зардобда кенг спектрли аутоантите пайдо булиши билан намоен булади.



АИГ патогенези

Аутоиммун жараенлар келиб чикишига генетик мойиллик (лимфоцитлар аутореактив клонлари устидан иммунологик назоратни сусайиши)

Ноаник омилнинг хал килувчи таъсири

Жигар аутоантигенлари ва II синф HLA нинг юкори даражадаги экспрессияси

T- и B-лимфоцитларнинг аутореактив клонларини активацияси

Яллигланш медиаторлари ва жигар туқимаси жарохати, тизимли яллигланшни тараққий қилиши

АИГ клиник манзараси

Касалланишда аел ва эркак орасидаги нисбат 8:1, илк аломатлари 10 ва 20 ешлар оралигида намоен була бошлайди

Клиник:

- 1 – дармонсизлик
- 2 – артралгия
- 3 – сариклик
- 4 – анорексия
- 5 – кунгил айнаш
- 6 – иситма
- 7 – миалгия
- 8 – терида тошма

- 1 – ЭЧТ ошиши
- 2 – лейкопения
- 3 – тромбоцитопения
- 4 – анемия
- 5 – гипербилирубинемия (2 – 10 мартагача, 83% беморларда)
- 6 – трансаминаземия (5 -10 гача)
- 7 – гипоальбуминемия
- 8 – гипергаммаглобулинемия (2 мартагача)

Лаборатор:

ХГ муолажасини асосий принциплари

ХГ клиничко-патогенетик вариантлари	Медикаментлар	
	Базисли	Симптоматик
1. ХПГ	Мухтож эмас	Мухтож эмас
2. ХАГ вирус этиологияли	Антивирусли (интрон – А, ламивудин, тав. бемилли)	Гепатопротекторлар, В гурухи витаминлари
3. Хроник холестатик гепатит	Урсофальк (урсосан) 250мг	В гурухи витаминлари, дезинтоксикацион терапия
4. АИГ	Глюкокортикоид терапия (преднизолон 5мг, азатиоприн 50мг)	Гепатопротекторлар, В гурухи витаминлари
5. Гемохроматоздаги ХГ	Кон юбориш, хелатирловчи терапия (десфераль)	Дезинтоксикацион терапия
6. Вильсон – Коновалов касаллигидаги ХГ	Купрениил (d – пенициламин)	Гепатопротекторлар, неврологик препаратлар



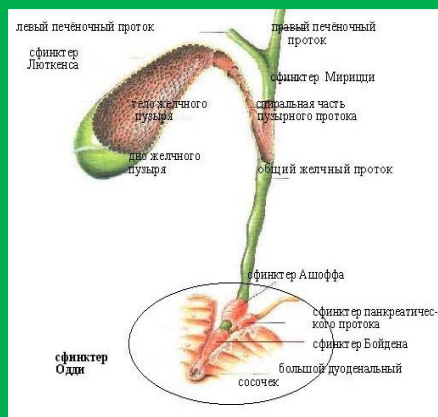


Рисунок 13 Желчевыводящие пути и сфинктерный аппарат билиарной системы

Ma'ruza №6

Buyrak kasaligi bilan kasalangan bemorlarni so'rab-surishtirish, ko'zdan kechirish, palpasiya, asosiy klinik sindromlar. O'tkir va surunkali pielonefrit, glomerulonefritning simptomatologiyasi.

1. Ma'ruza mashg'ulot texnologiyasining o'qitish moduli.

Mashg'ulot vaqti – 2 soat	Studentlar soni: 20 dan 80 gacha
Mashg'ulot formasi	Ma'ruza axborot mashg'uloti
Ma'ruza mashg'ulot rejasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Buyrak kasaligi bilan kasalangan bemorlarni so'rab-surishtirish, ko'zdan kechirish, palpasiya, 2. asosiy klinik sindromlar. 3. O'tkir va surunkali pielonefrit, 4. glomerulonefritning simptomatologiyasi.
Ma'ruza mashg'ulot maqsadi:	Talabalarga buyrak kasaligi bilan kasalangan bemorlarni so'rab-surishtirish, ko'zdan kechirish, palpasiyani o'rgatish.
O'qitish uslubi	Ma'ruza suhbat
O'qitish formasi	Yirik, guruhli.
O'qitish jihozlari	O'quv qo'llanma, ma'ruza mashg'ulotlar mundarijasi, proektor, kompyuter.

O'qitish holati	Metodik jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash	Og'zaki kontrol: savol-javob.

1.2 Ma`ruza mashg`uloti texnologik kartasi

Ish bosqichlari va vaqti.	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchilar
Tayyorgarlik bosqichi	1.Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash. 2.Kirish ma'ruzasi uchun taqdimot slaydalarini tayyorlash 3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish	
1. Mavzuga kirish (15 daqiqa)	1. Mavzu maqsadi va vazifasi bilan tanishtiradi 2. Mavzu bo'yicha savollar beradi.	Tinglaydilar Talabalar berilgan savollarga javob beradilar
2 – asosiy bosqich (65daqiqa)	1. Mavzuni tushuntirib beradi, slaydalar namoyish qilish 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalanadi	Tinglaydilar Tinglaydilar
1-yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi

Qisqacha bayoni

Shikoyatlar va ularning patogenezi haqida umumiy tushuncha.Og'riqlar,ularning tahlili.Shishlar joylashuvi,tarqalishi.Dizurik buzilishlar.Peshobni laborator tekshirish usullari.Funksional buyrak sinamalari (Zimmiskiy,Nicheporenko,Reberga).Olingan natijalarni interpritasiya qilish.

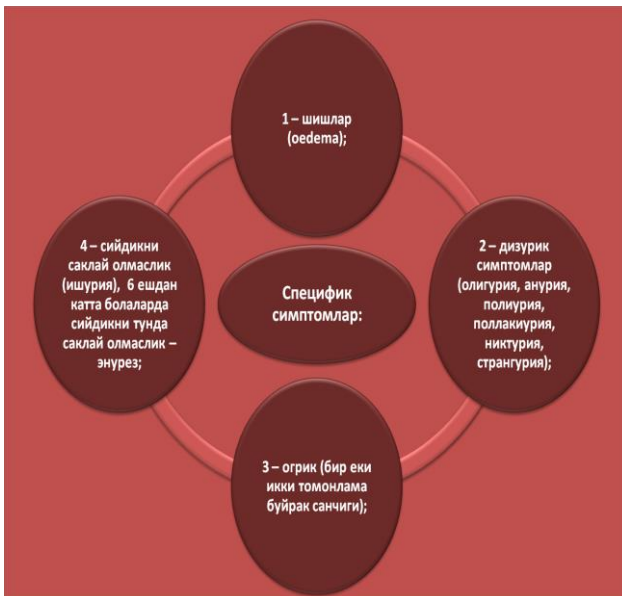
«Кости могут сломаться, мышцы атрофироваться, желудок бездельничать, даже мозг может уснуть, не угрожая сразу нашей жизни; но если откажут почки... то ни кости, ни мышцы, ни железы, ни мозг не смогут спасти нас. Homer Smith

Тема N15

Буйрак касалликлари билан касалланган беморларни сураб-суриштириш, куздан кечириш, пальпацияси. Асосий клиник синдромлар. Утки ва сурункали пиелонефрит ва гломерулонефрит симптоматологияси.

Сураб суриштириш - interrogatio





Физикал текшириш усуллари



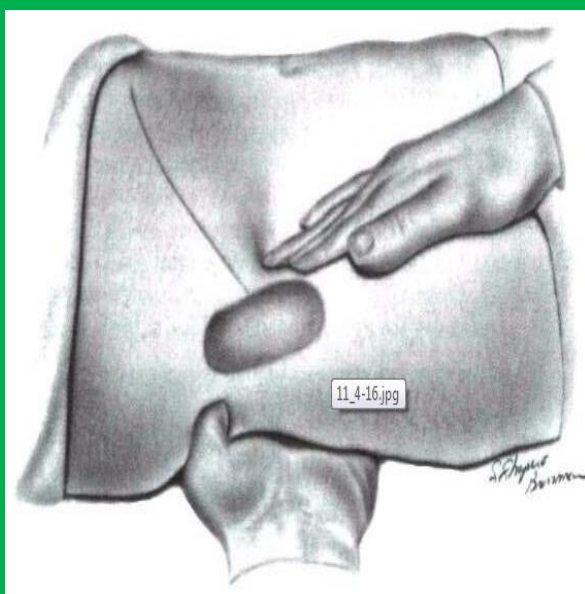
Буйрак ва юрак шишлари дифференциал диагностикаси

Мезонлар	ШИШЛАР	
	Буйрак	Юрак
Юзага келтирувчи	Буйрак касалликлари	ЮКТ касалликлари
Дастлаб бошланади	Гавданинг юқоридаги (бет) қисмларидан	Гавданинг қуйи (оёқлар) қисмларидан
Кучаяйиш вақти	Эрталабга қараб	Кечқурунга қараб
Шиш консистенцияси	Нисбатан юмшоқроқ	Нисбатан қаттиқроқ
Шиш усти тери ранги	Окимтир	Кукимтир
Мак Клор – Олдрич синамаси (Билак териси ичра 0,1мл физ. эритма юборилади)	30 – 40 минут давомида сурилади	1 соатдан ортиқ муддатда сурилади

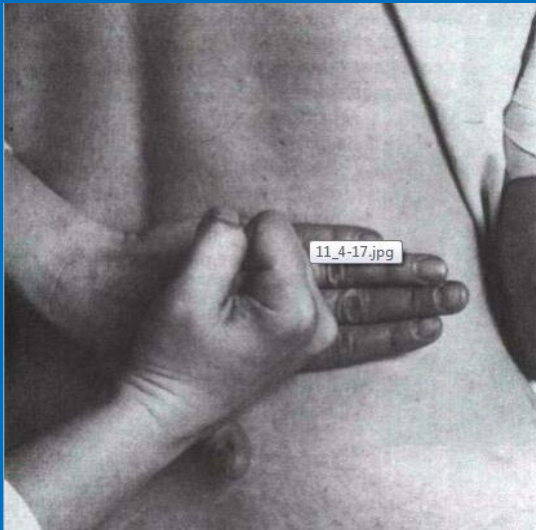
Физикал текшириш усулларининг диагностик ахамияти

Текшириш усуллари/симптомлар	Асосий натижалар
Буйрак катталашганлигини аниқлаш учун пальпация	↓ Сезгирлиги ута паст. Ультразвук – ха, пальпация – йук!
Ковурга- диафрагмал бурчакда огрик	↑ Пиелонефритлар учун хамон мухим симптом булиб колмоқда
Артериал систолик шовкинлар	↑ Сезгир ва умуман специфик белги. Анча яхши усул ва худди шунинг учун хам уни текшириш усуллари каторида саклаб колиш лозим.

«Пальпация, перкуссия и аускультация потеряли свое значение в эпоху ультразвуковых методов диагностики» Сальваторе Манджони

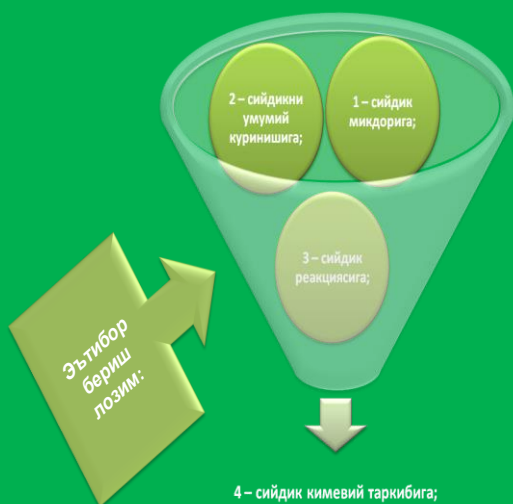


Расм . Унг буйрак бимануал пальпацияси техникаси

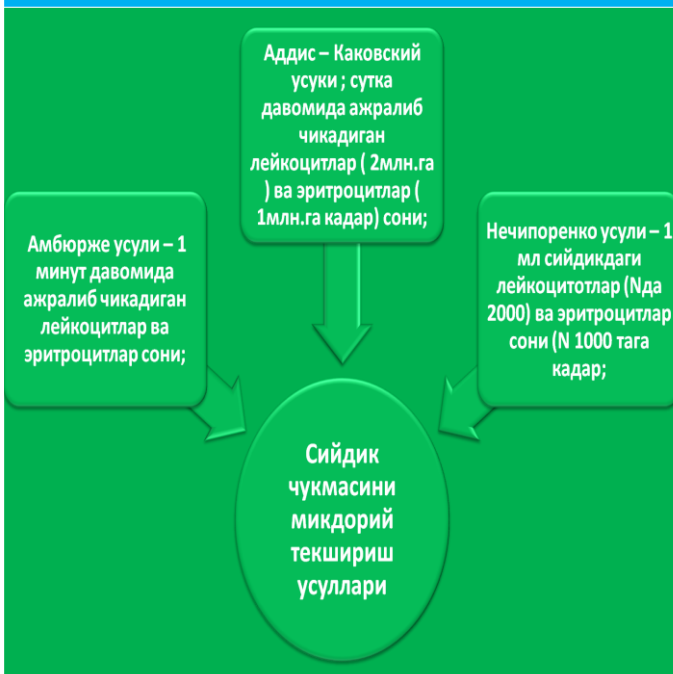


Расм . Бел сохасини уриб куриш техникаси

Лаборатор текшириш усуллари



Сийдик чукмасини микроскопик текшириш



Буйрақлар функционал холатини бахолаш



Буйрақлар функциясини аниқлашни ута сезгир усуллари



Кокрофт – Гаулт формуласи ердамида креатинин клиренси (КФС) синамасидан фойдаланиб беморнинг жинси, вазни ва ешини инобатга олган холда буйрак функционал холатига баҳо бериш мумкин.

$$\text{КФС} = \frac{(140 - \text{еш [йилларда]}) \times \text{гавда массаси (кг)} \times 88}{\text{креатинин (мкмоль/л)} \times 72}$$

PS. Аёллар учун креатинин концентрацияси курсаткичи 0,85 кулайтириш лозим;



Гиперфилтрация асосида ковузлокларга кон олиб келувчи артериолалар дилатацияси ва айни пайтда кон олиб чикувчи артериолалар тонусини узгармас қолиши еки аксинча, ошиши етади.



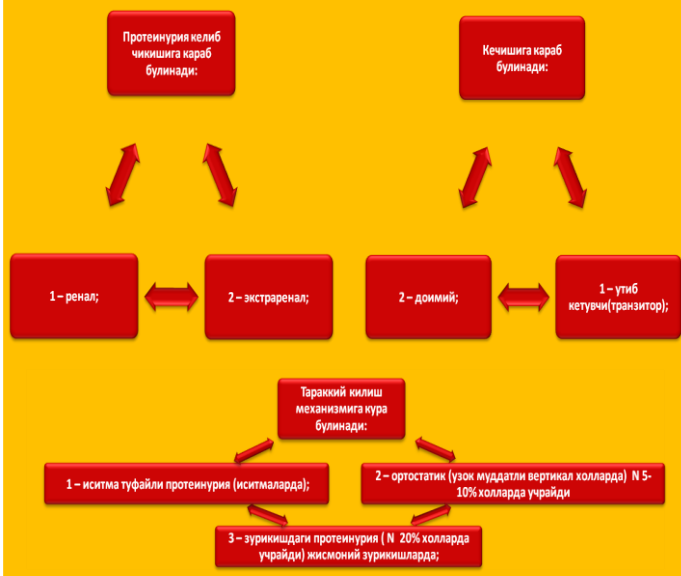
Гипофилтрация асосида гемодинамик бузилишлар (гиповолемиа, шок, дегидратация, юрак етишмовчилиги) ва органик узгаришлар (яллигланиш, склероз) каби сабаблар етади.

Мухим биохимик ва иммунологик синамаларнинг диагностик ахамияти





Сийдик синдромининг асосий намоендаси булиб протеинурия ва гематурия хизмат килади



Гематурия – сийдикка қон аралашуви.



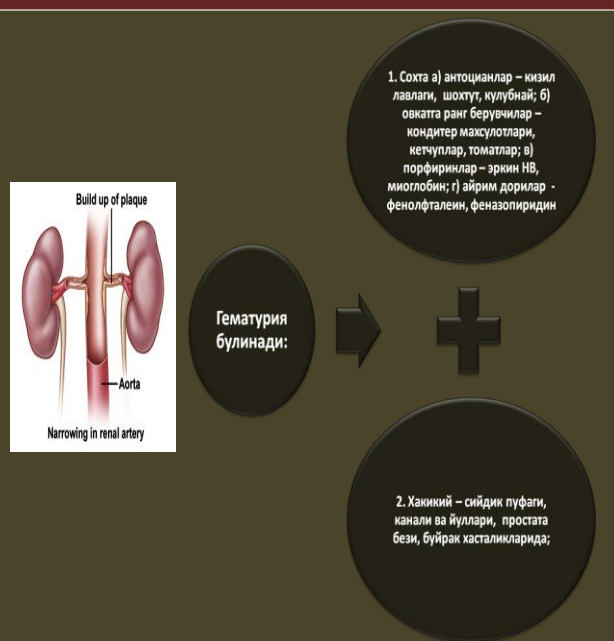
Гематурия сабаблари

Ренал:

- 1 – гломерулонефритлар;
- 2 – сийдик пуфаги раки;
- 3 – гипернефрома;
- 4 – уретрит;
- 5 – цистит;
- 6 – хроник простатит;
- 7 – простата раки;
- 8 – сийдик тош касаллиги;

Экстраренал:

- 1 – оғир жисмоний меҳнат;
- 2 – менструация пайтида конни сийдикка аралашиб колиши;
- 3 – медикаментоз (фенолфталеин, феназопиридин кабулида);



Нефротик синдром – буйрак уткир ва сурункали касалликлари учун ута хос булмиш ҳолатдир.

Нефротик синдромда (НС) қуйидаги аломатлар намоён бўлади:

- **Массив протеинурия** – еши катта беморларда хатто 3–3,5
- **Оксил, липидлар ва туз ва сув алмашинувининг бузилиши**
хамда **гипопротеинемиянинг кузатилиши**
гипоальбумин-
- **Гиперлипидемия** (конда холестерин, триглицеридлар микдорини ошиб кетиши):
- **Массив шишларни юзага келиши;**

НС этиологияси

I. Бирламчи гломерулонефрит (уткир ва сурункали)

II. Қуйидаги ҳолларда буйракни шикастланиши:

- тизимли касалликлар (ТКБ-СКВ, геморрагик васкулит)
- амилоидоз
- қандли диабет
- уткир ости инфекцион миокардит
- паразитар инвазиялар (малярия, шистосомоз)
- хроник вирусли актив гепатит
- усмалар (паранеопластик НС бронхоген рақда, буйрак паренхимаси, ошқозон, йугон ичак рақларида, ёмон сифатли лимфомада)

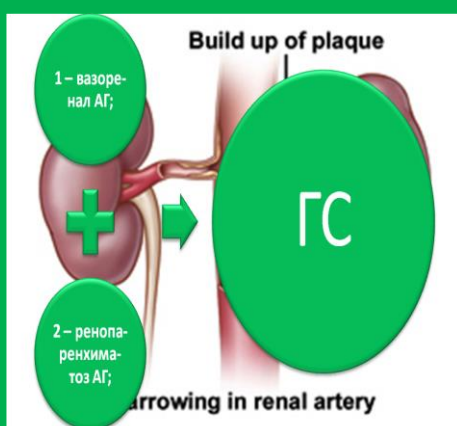
III. Буйракнинг медикаментоз жарохати (олтин, висмут, симоб препаратлари,

IV. Веноз босимни ошиб кетиши: димланиш туфайли юрак етишмовчилиги,
констриктив перикардит, буйрак веналари тромбози)

НС клиник аломатлари

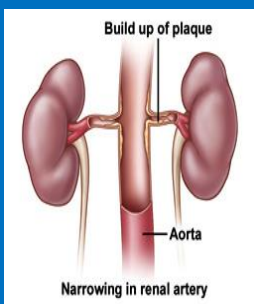


Гипертензив синдром (ГС)



Буйрак етишмовчилиги синдроми (БЕС)

БЕС—буйракдаги огир жароҳатлар туфайли юзага келиб, гомеостаз курсаткичларини бузилиши ҳамда организмда азотемия, сув-электролитлар ва кислота-ишқор мувозанатини кескин бузилишига олиб келувчи патологик жараендир.



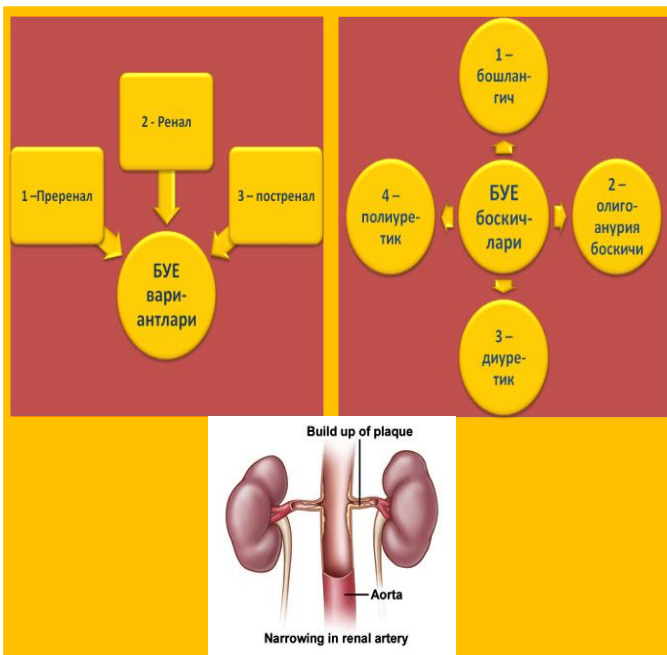
Буйрак етишмовчилигини уткир (УБЕ) ва сурункали (СБЕ) турлари тавофут этилади:

1 – УБЕ тусатдан буйракни уткир ва аксарият ҳолларда қайтар касалликлари туфайли юзага келади.

2 – СБЕ буйрак функционирловчи паренхимасининг асталик билан прогрессияловчи қайтмас патологик жароҳатга дучор булиши туфайли юзага келади.

БУЕ сабаблари:





БУЕ аломатлари

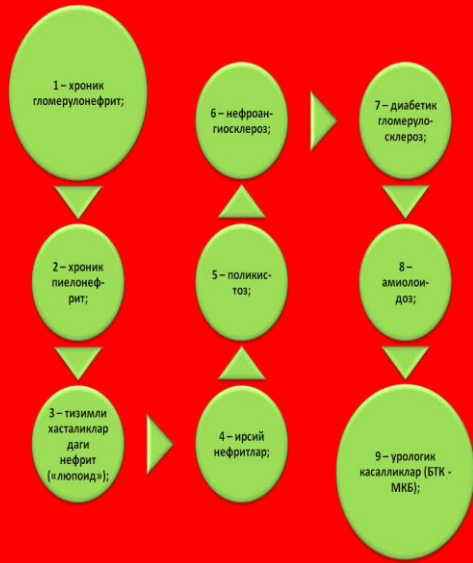
1 – юзага олиб келувчи омил билан боғлиқ симптомлар:

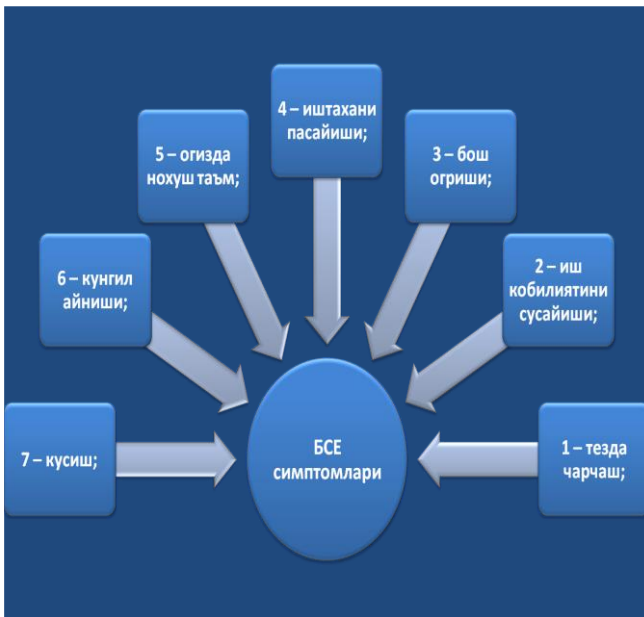
- Огрикли, бактериал, анафилактик шоклар, гемолиз, уткир захарланиш ва инфекция касалликларга хос аломатлар;

2 – специфик симптомлар:

- Олиго – еки анурия (диурезни хатто 500 мл/сут хам камайиб кетиши), гиперазотемия (мочевина, креатинин);
- Адинамия, иштахани йуқолиши, кунгил айнаши, қусиш, мушаклар тортиши, уйқучанлик, эс-хуш қарахтлиги, хансираш;

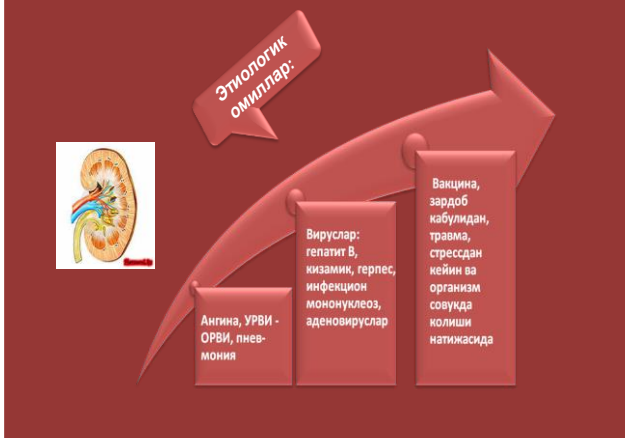
БСЕ сабаблари:





Уткир гломерулонефрит (УГ) –

Иммун асаллик булиб хар иккала буйрак шикастланади. УГ одаган уткир инфекция (мисол; анги хуружидан 1-2 хафта утгач юзага келади. У турли ешдаги кишиларда, купрок эса 40 ва ундан ешларда тараккий килиши мумкин ва 80% холларда согайиш билан тугайди. Колган 20% холлар у сурункали тус олиши мумкин.



Клиник аломатлари:

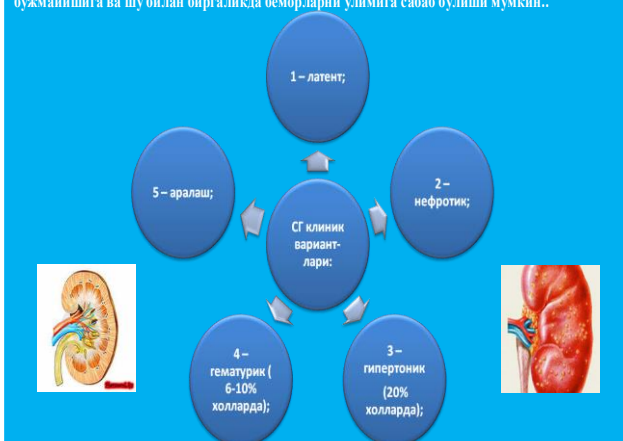
Бадан харорати, АКБ ни ошишлари, кайфиятни бузилиши, олиго- и анурия, сийдик рангини ювилган гушт суюклиги рангига ўхшаб кетиши

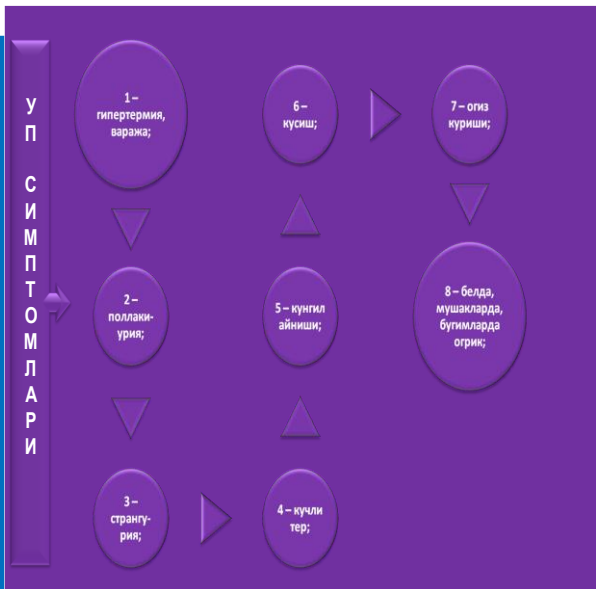
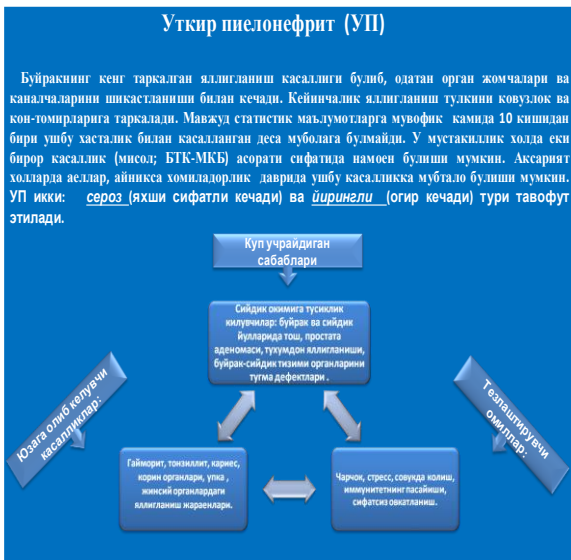
Шишлар (вақтли аломат бўлиб, у 70-90% холларда), анасарка, бош оғриги, микро – ва макрогематурия, протеинурия

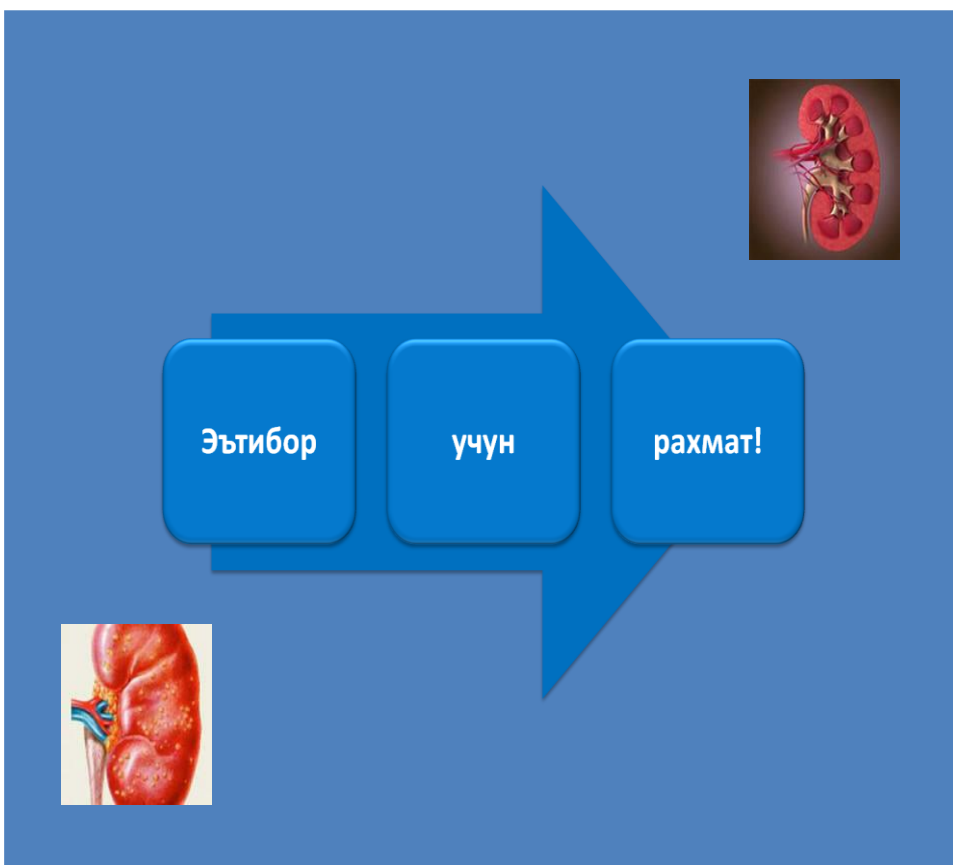


Сурункали гломерулонефрит (СГ)

Одатан йил давомида тулиқ даволанмаган УГ заминида юзага келади. Организмда қушимча сурункали инфекция учогини (кариес, гайморит, холецистит, тонзиллит) мавжуд бўлиши ушбу хасталик келиб чиқишида унга хос туртки вазифасини бажаради. Баъзан у сурункали бирламчи касаллик сифатида намоен бўлади. Узок йиллар давом этувчи СГ буйрақларни бўжмайишига ва шу билан биргалликда беморларни улимга сабаб бўлиши мумкин..







Ma'ruza №7

Qon kasalligi bilan kasallangan bemorlarni so'rab-surishtirish va tekshirish usullari..

Anemiyalar tasnifi. Temir yetishmovchilik, postgemorragik, gemolitik kamqonliklar simptomatologiyasi. Leykozlar simptomatologiyasi.

1. Ma'ruza mashg'ulot texnologiyasining o'qitish moduli.

Mashg'ulot vaqti – 2 soat	Studentlar soni: 20 dan 80 gacha
Mashg'ulot formasi	Ma'ruza axborot mashg'uloti
Ma'ruza mashg'ulot rejasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Qon kasalligi bilan kasallangan bemorlarni so'rab-surishtirish va tekshirish usullari. 2. Anemiyalar tasnifi. 3. Temir yetishmovchilik, postgemorragik, gemolitik kamqonliklar simptomatologiyasi. 4. Leykozlar simptomatologiyasi.
Ma'ruza mashg'ulot maqsadi:	Talabalarga Qon kasalligi bilan kasallangan bemorlarni so'rab-surishtirish va tekshirish usullarini o'rgatish.
O'qitish uslubi	Ma'ruza suhbat
O'qitish formasi	Yirik, guruhli.

O'qitish jihozlari	O'quv qo'llanma, ma'ruza mashg'ulotlar mundarijasi, proektor, kompyuter.
O'qitish holati	Metodik jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash	Og'zaki kontrol: savol-javob.

1.2 Ma'ruza mashg'uloti texnologik kartasi

Ish bosqichlari va vaqti.	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchilar
Tayyorgarlik bosqichi	1.Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash. 2.Kirish ma'ruzasi uchun taqdimot silydalarini tayyorlash 3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish	
1. Mavzuga kirish (15 daqiqa)	1. Mavzu maqsadi va vazifasi bilan tanishtiradi 2. Mavzu bo'yicha savollar beradi.	Tinglaydilar Talabalar berilgan savollarga javob beradilar
2 – asosiy bosqich (65daqiqa)	1. Mavzuni tushuntirib beradi, slydalar namoyish qilish 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalanadi	Tinglaydilar Tinglaydilar
1-yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi

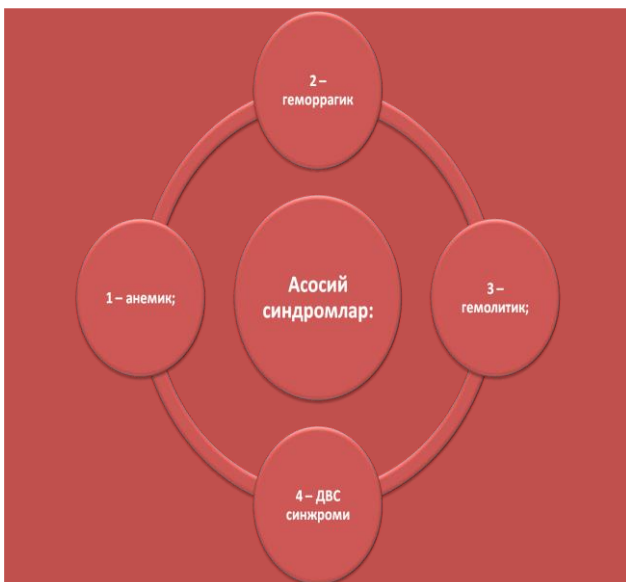
Qisqacha bayoni

Qonni tekshirish.Umumiy qon analizini klinik ahamiyati va olingan natijalarni interpretatsiya qilish.Kamqonliklar.Etiologiya va patogenezi to'g'risida umumiy tushunchalar.Leykozlar etiologiyasi va patogenezi to'g'risida umumiy tushunchalar.Leykozlar tasnifi.O'tkir va surunkali (mieloleykoz va limfaleykoz) leykozlar simptomatologiyasi. Qon ketishi: burundan,milkdan,me'da-ichak tizimidan, bachadon va boshqa organlardan.Limfa tugunlarni paypaslash. Jigar, taloqni paypaslashi, konsistensiyasi, yuzasi va qirrasig'riqlar

Тема N16

Кон касаллиги билан касалланган бемор сураб суриштириш ва текшириш усуллари. Анемиялар таснифи. Темир дефицитли, гемолитик анемиялар, лейкозлар симптоматологияси.





Анемик синдром (АС) –

кон хажм бирлигида гемоглобин (НВ) миқдорини (аксарият холларда эритроцитлар сони ҳам) камайиши билан кечадиган холат бўлиб, у кўп холларда айнан кон ва бошқа хасталиклар пайтида юзага келиши мумкин.

АС синдроми:

<ul style="list-style-type: none"> • жигар касалликлари; • буйрак касалликлари; • усмалар; • бириктирувчи тўқима хасталиклари; • эндокрин касалликлари; 	<ul style="list-style-type: none"> • кон кетишлар; • гемолиз; • темир дефицити; • қурқошин билан захарланиш; • глобин синтезидаги дефект; 	<ul style="list-style-type: none"> • В12 витамини дефицити; • фолат кислотаси дефицити; • дори-дармонлар ет таъсири;
--	--	---

АС клиник-лаборатор аломатлари

• тери ва шиллик кават ранги оқариши;

• дармонсизлик, тез чарчаш, жисмоний зуриқишларнинг салбий таъсири ва улар давомида хансирашни юзага келиши;

• компенсатор тахикардия;

• НВ миқдорини камайиши;

• юрак етишмовчилигини юзага келиши (НВ миқдори 50 г/л ҳам камайиб кетган холларда)

Геморрагик синдром (ГС) –

бу патологик кон кетиши бўлиб, у ички ва ташқи кон оқишлар натижасида юзага келади ва кон куйилиб қолиши билан кечади.



ГС клиник аломатлари

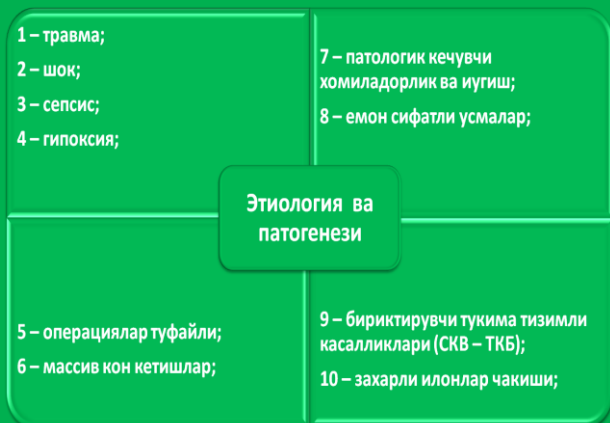
N	Аломатлар	Учрайдиган патологиялар
1.	Петехиялар	Тромбоцитопенияларда, кон томир деворларини шикастланиши
2.	Экхимозлар	Кон ивиш хусусиятларини бузилиши
3.	Гематрозлар	Гемофилияларда
4.	Телеангиэктазиялар	Рондю-Ослер касаллигида
5.	Кон түпириш	Рондю-Ослер касаллигида
6.	Ичакдан кон кетиш	Рондю-Ослер касаллигида
7.	Гематурия	Рондю-Ослер касаллигида

Гемолитик синдром (ГЛС) –

бу эритроцитлар резистентлигини пасайиб кетиши натижасида уларнинг парчланиш даражасини (гемолизини) ошиб кетиш ҳолатидир.



Диссиминациялашган интраваскуляр кон ивиш (ДИКИ) синдроми-
давомли гиперкоагуляциялар натижасида юзага келувчи симптомакомплекс булиб,
бунда кенг таркалган микротромбозлар ҳамда улар билан биргаликда геморрагиялар
кузатилади.



ДИКИ клиник аломатлари



Анемиялар классификацияси (М.П. Кончаловский буйича)

1. Кон окишлар натижасидаги анемиялар;

- Уткир ва сурункали постгеморрагик анемиялар;

2. Гемопоз бузилиши натижасидаги анемиялар;

- Темир танкислигидаги (ТТА) , сидерохрестик, В12 – танкислигидаги, фолат танкислигидаги, апластик);

3. Эритроцитлар парчаланиш (гемолиз) даражасини ошириши натижасидаги анемиялар;

- Гемолитик: Минковский – Шоффарнинг тугма микросфероцитар анемияси, приобретенная анемия Маркифав – Микелининг ортирилган анемияси (пароксизмал тунги гемоглобинурия) ;

PS. ТТА барча анемияларнинг қарийб 90% ни ташкил этади.

Рангли курсаткича (РК) таяниб фаркланади:



Эритроцитлар улчамига таяниб фаркланади:



Суяк кумигининг эритроцитлар шакланувчи кисмининг холати ва унинг регенатор қобилиятига (периферик қондаги ретикулоцитлар миқдори) таяниб фаркланади:

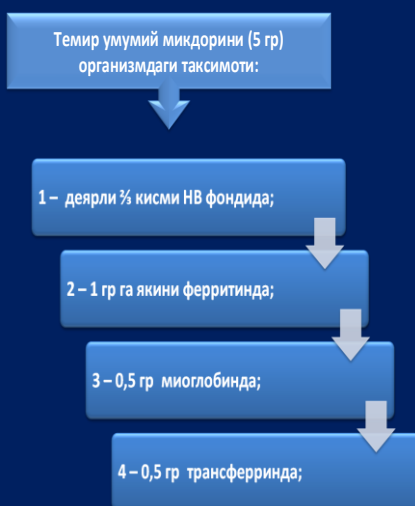
1 - регенератор	• (суяк кумигининг фаолияти сақланган, периферик қондаги ретикулоцитлар миқдори 1% дан ортик);
2 - гипорегенератор	• (суяк кумигининг фаолияти қисман чегараланган, периферик қондаги ретикулоцитлар миқдори 1% дан кам);
3 - апластик	• (суяк кумигининг фаолияти кескин чегараланган, периферик қондаги ретикулоцитлар миқдори 0,2% дан кам);

Темир танқислиги анемияси (ТТА) –

гипохром (микроцитар) анемия, организмда темир захирасини абсолют равишда кескин камайиб кетиши туфайли юзага келади. Статистик маълумотлар темир танқислиги Холатини ахоли орсиди кенг тарқалганидан далолат беради. Ер юзиди 200 млн.га яқин киши ушбу хасталикка дучор бўлгани кайд этилади. БССТ – ВОЗ маълумотларига кура хомиладорларда: темирнинг яширинч танқислиги 100%, ТТА эса 21 – 80% учрайди. У еки бу холдаги темир танқислиги холати ер шари ахолисининг 30% учрайди (WHO, 1998), бирок темирнинг яширинч танқислиги ТТА нисбатан деярли 2 марта куп учрайди.



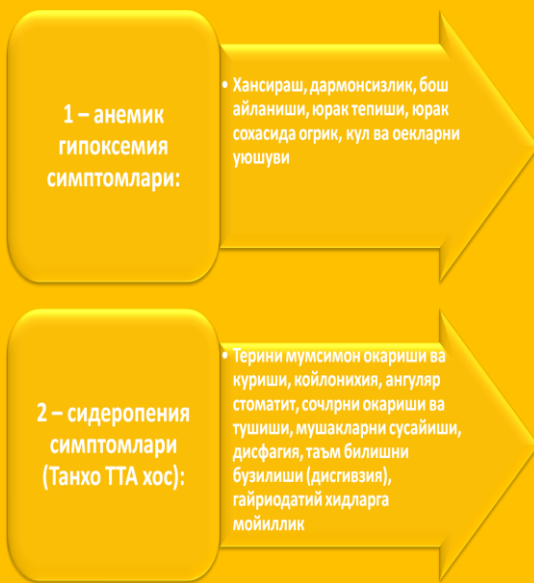
Темир фонди таксимоти



Темир танқислиги ҳолатини куйидаги турлари фарқланади:



ТТА клиник аломатлари



Лаборатор курсаткичлар:

- Hb миқдорини эритроцитлар миқдorigа нисбатан пасайиб кетиши
- натижасидаги анемия (гипохром);
- анизоцитоз, пойкилоцитоз, микроцитоз;
- норморегенератор еки гиперрегенератор;
- зардобда темир миқдорини камайиб кетиши (норма 12 – 30 ммоль/л);
- зардобнинг темир боглай олиш қобилиятини ошиши;
- қонда эркин трансферрин миқдорини ошиши;
- қон зардобда ферритин миқдорини камайиши;

ТТА даволаш принциплари:

1. ТТА сабабини бартараф этиш;
2. Темир абсорбциясини ингибиция қилувчи махсулотлар қабулини тақиқлаш;
3. Икки валентли темирга бой махсулотлар қабулини тақиқ этиш;
4. Темир реабсорбциясини тезлаштирувчи ингредиентларни тақиқ этиш;
5. Перорал ферропрепаратлар;
6. Перорал препаратларга монелик бўлган тақдирда парентерал ферропрепаратлар қабулини тақиқ этиш;

Наследственный микросфероцитоз (Минковского – Шоффара), относится к врожденным формам ГА

Мембрана эритроцитов обладает повышенной проницаемостью для ионов натрия, что сопровождается избыточным накоплением воды – в результате эритроциты приобретают сферическую форму и уменьшаются в диаметре, а мембрана становится менее устойчивой к механическим и другим воздействиям.

Клинически проявляется при наличии выраженного гемолиза, возникают симптомы надпочечной желтухи.

Лабораторно: умеренное снижение содержания эритроцитов, обнаруживаются сфероциты, ретикулоцитоз, возрастает содержание непрямого билирубина до 50 – 70 ммоль/л, осмотическая резистентность эритроцитов снижена.

Лечение: самым эффективным является – спленэктомия.

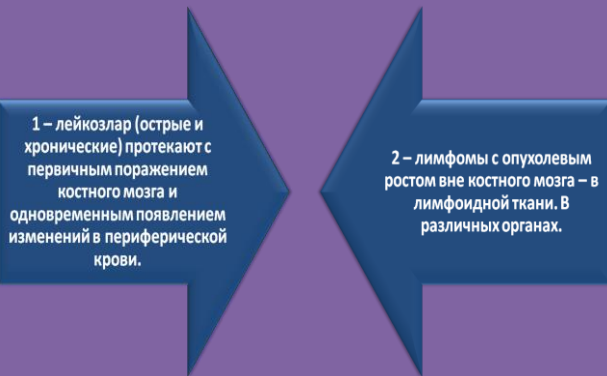
Пароксизмальная ночная гемоглобинурия (болезнь Маркиафава – Микели), вид приобретенных ГА.

Характеризуется склонностью эритроцитов к гемолизу при изменении pH крови в кислую среду и активизации прокоагулянтов.

Клиника болезни чаще развивается по ночам

Диагноз подтверждается пробой Хема – возникновение гемолиза эритроцитов в подкисленной среде

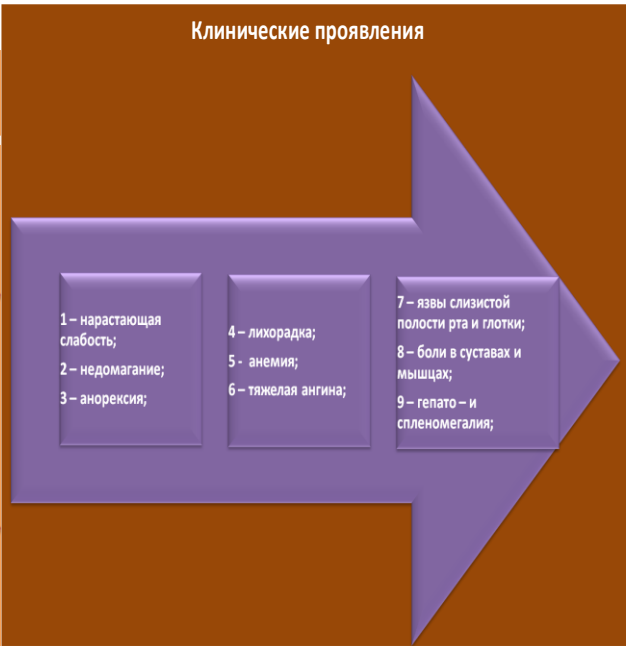
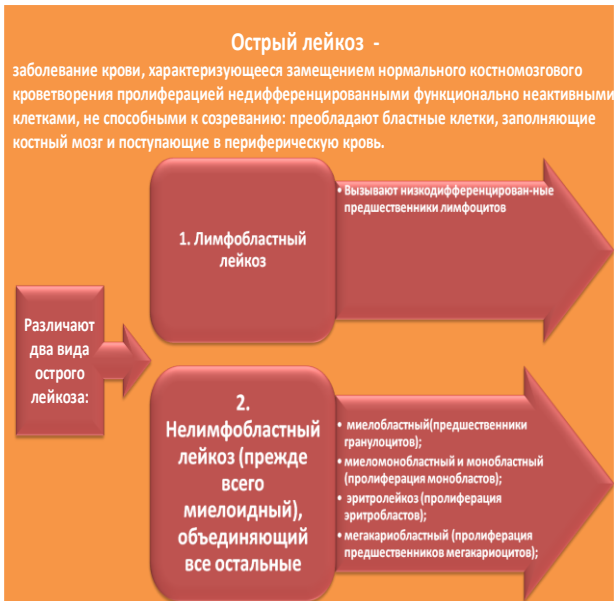
Гемобластозы (миелопрлиферативные и лимфопрлиферативные заболевания) – большая группа опухолевых заболеваний крови (субстратом опухоли выступают клетки кроветворной системы различной степени зрелости). Среди них выделяют две группы:



Этиология и патогенез лейкозов

Хотя этиология до конца не ясна, придают значение следующим факторам:





Хронический миелолейкоз –
опухоль миелоидного ростка кроветворения, расширение которого представлено (в отличие от острых лейкозов) преимущественно зрелыми и промежуточными формами. Заболевание наблюдают чаще в возрасте 35 – 60 лет у мужчин.

Клинические проявления

- 1 – утомляемость;
- 2 – слабость;
- 3 – лихорадка;
- 4 – дискомфорт в брюшной полости;
- 5 – похудание;
- 6 – гепато – и спленомегалия;



Ma'ruza №9

Ichki sekretiya bezlari kasalliklarini bilan og'rigan bemorlarni so'rab-surishtirish. Qalqonsimon bez kasalliklari. Gipo va giperterioz simptomatologiyasi. Qandli diabet epiopatogenezi, simptomatologiyasi. Diabetik va gipogligemik komalar to'g'risida tushuncha. Tez yordam asoslari.

1. Ma`ruza mashg`ulot texnologiyasining o`qitish moduli.

Mashg`ulot vaqti – 2 soat	Studentlar soni: 20 dan 80 gacha
Mashg`ulot formasi	Ma`ruza axborot mashg`uloti

Ma`ruza mashg`ulot rejasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ichki sekretiya bezlari kasalliklarini bilan og`rigan bemorlarni so`rab-surishtirish. 2. Qalqonsimon bez kasalliklari. 3. Gipo va giperterioz simptomatologiyasi. 4. Qandli diabet epiopatogenezi, simptomatologiyasi. 5. Diabetik va gipogligemik komalar to`g`risida tushuncha. 6. Tez yordam asoslari.
Ma`ruza mashg`ulot maqsadi:	Talabalarga ichki sekretiya bezlari kasalliklarini bilan og`rigan bemorlarni so`rab-surishtirishni o`rgatish.
O`qitish uslubi	Ma`ruza suhbat
O`qitish formasi	Yirik, guruhli.
O`qitish jihozlari	O`quv qo`llanma, ma`ruza mashg`ulotlar mundarijasi, proektor, kompyuter.
O`qitish holati	Metodik jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash	Og`zaki kontrol: savol-javob.

1.2 Ma`ruza mashg`uloti texnologik kartasi

Ish bosqichlari va vaqti.	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchilar
Tayyorgarlik bosqichi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mavzu bo`yicha o`quv mazmunini tayyorlash. 2. Kirish ma'ruzasi uchun taqdimot slaydalarini tayyorlash 3. Fanni o`rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro`yxatini ishlab chiqish 	
1. Mavzuga kirish (15 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mavzu maqsadi va vazifasi bilan tanishtiradi 2. Mavzu bo`yicha savollar beradi. 	<p>Tinglaydilar</p> <p>Talabalar berilgan savollarga javob beradilar</p>
2 – asosiy bosqich (65 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mavzuni tushuntirib beradi, slaydalar namoyish qilish 2. Ko`rgazmali plakatlardan foydalanadi 	<p>Tinglaydilar</p> <p>Tinglaydilar</p>

1-yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi
----------------------------------	---	---

Qisqacha bayoni

Qalqonsimon bez kasalliklari; shikoyatlari, anamnez yig'ish, nasliy faktorlar. holsizlik, ozish, semirish, chanqoq, ishtaha, isitma holati, yuqori qo'zg'aluvchanlik, teri qichishi, yurak urishi, teri qoplamlarini rangi o'zgarishini ko'rish. Umumiy holat, es-hushi, bo'y va uning proporsiyalari o'zgarishi. Jinsi va yosh belgilari. Terida toshmalar, striyalar borligi. Teri osti yog' klechatkasining rivojlanishi va bir tekis tarqalishi. shishlar, holsizlik .Suyak sistemasini o'zgarishi. Tananing ayrim qismlarini ko'rinishi simptomlarini aniqlash. Yuzni o'zgarishi, bo'yin sohasida o'zgarish.

«Девять десятых нашего счастья
зависит от здоровья» А. Шопенгауэр

Тема №17

Ички секреция безлари хасталиклари билан касалланган беморларни текшириш.
Калконсимон без касалликлари: гипотиреоз ва гипертиреоз симптоматологияси. Кандли диабет этиопатогенези, симптоматологияси.
Диабетик ва гипогликемик комалар, тез ердам асослари.

Эндокрин органларнинг умумий хусусиятлари:



Барча гормонлар химиявий структурасига кура уч турга булинади:

1. Липидлар хосиласи (стероидлар);
2. Аминокислоталар хосиласи (тироксин);
3. Пептидлар ва гликопротеидлар (инсулин);



Шикоятлар ва анамнез:

Шикоятлар:
• юкори психик кузгалишлар;
• юзаки ва узилувчан уйку;
• хотирани пасайиши;
• асабийлик;
• терлаш;
• юрак тепиши;
• керишиш;
• кулокда шовкин;
• бошга кон югуриши хиссиети;
• тери кичиши;
• чанкаш;
• гавда массасини беҳад камайиб
• парокандалик;
• нутк ва ҳаракатни тезлашуви;
• апатия, дармонсизлик, кретинизм;

Анамнез:

Бевосита ҳасталикка сабаб бўлган омилларга, авлодий факторларга, бошқа йулдош касалликларга, балогатга етиш даврини узига хос хусусиятларига, хомиладорлик ва туғиш жараенлари билан боғлиқлигига алоҳида эътибор берилиши лозим.



Физикал текшириш усуллари:

№	Усуллар	Қулга киритиладиган натижалар
1.	Қуздан кечириш	Киефа: (гипофизар кахексия, аддисон касаллиги, акромегалия, ег алмашинуви бузилиши). Киефа қуриниши: (акромегалик бет гипофиз гиперфункциясида, экзофтальм калконсимон бет гиперфункциясида). Эндокрин органлардан бевосита қуздан кечириш мумкин фақатгина калконсимон бет ва моякни.
2.	Пальпация, перкуссия ва аускультация	Калконсимон безни текширишда маълум информацияга эга бўлиш мумкин.

Лаборатор-инструментал текширишлар:

биохимик, радиоиммун, радиоизотоп, рентгенологик, компьютерли томография, магнитно-резонансли томография, термография

Асосий симптомлар ва синдромлар



Основные симптомы и синдромы



Асосий симптомлар ва синдромлар



Асосий симптомлар ва синдромлар



Асосий симптомлар ва синдромлар



Асосий симптомлар ва синдромлар





Калконсимон без (КБ) касалликлари

КБ улчамларини йириклашуви зоб деб аталади. Йириклашув учогли (тугунчали) ва Диффуз булиши мумкин. Йириклашув билан биргаликда органининг гормонал фаоллиги ошса, унда токсик, ошмаса эса унда нотоксик зоб деб эътироф этилади.

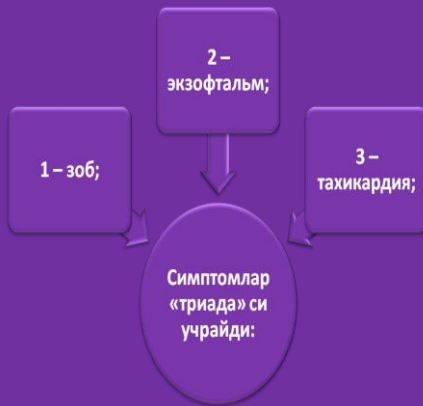


Тиреотоксикоз (токсик зоб: тугунли – Пламмер касаллиги, диффуз – Грейвс касаллиги)

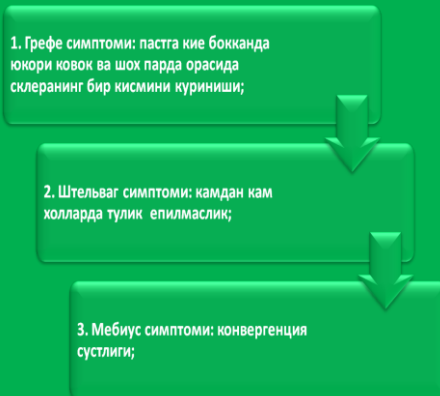
КБ функционал фаоллигини ошиши, унинг улчамларини тугунли еки диффуз йириклашуви ва экзофтальм, тахикардия билан кечади. КБ гормонлари: тироксин (тетрайодтиронин – Т4) ва трийодтиронин – Т3 продукцияси ошиб кетади.



Клиник аломатлари:



Куз симптомлари:



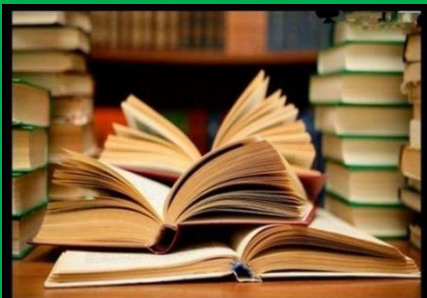


Гипертиреоз клиник кечишида фаркланади:

№	Даражалар	Фарқлаш мезонлари		
		PS сони (1мин. да)	Вазни йуқолиши (кг.да)	Асосий алмашинув курсатгичлари
1	Енгил	100 га кадар	3 – 5 кг	30% атрофида
2	Урта	100 – 120 атрофида	6 – 10 кг	30 – 60%
3	Огир	120 дан ортик	10 кг дан ортик	60% дан ортик

Тиреотоксик криз –

турли стресс ҳолатлар (травма, инфекциялар) таъсири орқали юзага келиши мумкин. Бунда қисқа вақт орасида қонга қуп миқдорда КБ гормонлари утиб қолади. Аини пайтда, психик ва ҳаракат бузилишлари, айрим ҳолларда эса психозлар юзага келиши кузатилади. Шунингдек, бадан ҳарорати ошиб кетади, тахикардия ва артериал қон босими кўрсаткичлари кузатилади. Қоринда оғрик, қунгил айнаиши ва ҳатто қусиш, диарея, айрим ҳолларда «утқир қорин» синдроми юзага келиши мумкин.



Инвестиции в знания всегда дают хорошие проценты (Бенджамин Франклин)

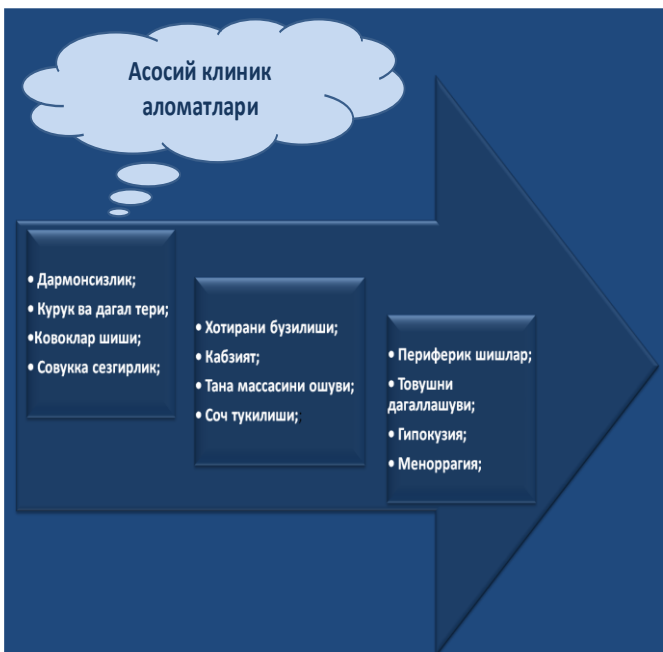
LOLnet.ru

Гипотиреоз (микседема) –

КБ функционал етишмовчилиги синдроми бўлиб, нерв-психик бузилишлар, бетда қўл-оёқларда ва танада шишлар пайдо бўлиши ва брадикардия юзага келиши билан характерланади.

ЭТИОЛОГИЯСИ

- КБ бирламчи жароҳатлари: идиопатик атрофия ва Хашимотнинг аутоиммун тиреодити.
- Субтотал тиреоидэктомиа еки тиреотоксибилан даволаш оқибатида.
- Дори дармонлар таъсирида жароҳатланиши. Йод, литий, амиодарон дориларини узок муддат қабул қилиш тўғайли.



Гипотиреознинг физикал аломатлари

- Бетнинг шиши ва дагаллашуви
- Саргиш курук тери
- Бармоқ билан босганда из қолдирмайдиган шишлар
- Гипотермия
- Брадикардия
- Чуккур рефлексларни сустлашуви ва секинлашуви

Гипотиреозни организм тизимларига салбий таъсири

Юрак-кон томири тизими
Систолик ҳажми пасайиши
Перикард бушлигида суюклик жамланиши
Нафас тизими
Гиповентиляция
Плеврал бушликда суюлик жамланиши
Ошқозон-ичак тизими
Кабзият
Асаб тизими
Олий функцияларни заифлашуви
Психикани узгариши (мисол: психозлар, депрессия)
Кон
Нормохром (қуп холларда болаларда гипохром) нормоцитар анемия

Кандли диабет (КД) –

конда мунтазам глюкоза миқдорини ошуви (гипергликемия), глюкозурия, полиурия, полидиспсия ва липидлар (гиперлипидемия, дислипидемия), оксиллар (диспротеинемия) ва минераллар (мисол, гипокалиемия) алмашинувнинг бузилиши ҳамда турли асоратларнинг юзага келиши билан характерланувчи касалликдир.



Бирламчи ҚД турларининг асосий фарклари

Мезонлар	ҚД I тури	ҚД II тури
Популяцияда учрайди	0,2 – 0,5% ; хар иккала жинс тенг касалланиши мумкин	2 – 4%; аеллар эркакларга нисбатан купрок касалланади
Еш	Одатан 25 ешдан паст	Одатан 40 ешдан ортик
Генетика	I даражали уруг-аймоқларда 10% атрофида учраши мумкин; бир тухум хужайрадан ривожланган эгизакларда конкордантлик 50%;	I даражали уруг-аймоқларда 20% дан ортик холларда учраши мумкин; бир тухум хужайрадан ривожланган эгизакларда конкордантлик 90 - 100%;
Аутоиммун бузилишлар	Лангерганс оролчаси хужайралари ва бошка туқималарга карши аутоантителолар	Кайд этилмайди
Вазн	Одатан озгин	Одатан семиз – 80% холларда гавда массаси нормадан кура камда 15% дан ортик
Метаболизм	Кетозга ва инсулин етишмовчилигига мойиллик	Кетозо-резистентлик; инсулина микдори турли хил
Муолажаси	Инсулин	Вазни камайтириш; сульфонилмочевина еки инсулин

II турдаги ҚД нинг хавфли омиллари

- Семизлик (ТМИ Кетле буйича 27 дан ортик)
- Ешнинг 45 дан ошуви
- Аеллар учун – чакалок вазнини 4 кг дан ортик булиши
- Артериал гипертензия (АКБ 140/90 мм.с.у. ортик булиши)
- Гипертрилицеридемия, ЮЗЛП лар холестерини камайиши ва КЗЛП ошиши
- Тухумдонлар поликистози
- II турдаги ҚД оила анамнезида учраши

Таблица ҚД диагностикаси янги критерийлари
Америка Диабетологлари Ассоциацияси, июль, 1997 й.

1. ҚД симптомлари ва плюс тусатдан текширган пайтда конда глюкоза концентрациясини $>11,1$ ммоль/л дан ошиб кетиши. Тусатдан текшириш исталган пайтда (охириги овкатланиш вақти инобатга олинмай) конда глюкоза миқдорини аниқлаш.
2. Нахорда кон зардобиди глюкоза концентрацияси $> 7,0$ ммоль/л. Агар 8 соат ва ундан ортик вақт давомида оч булса, ундар нахорлик хисобланади.
3. Агар 75 г глюкоза билан перорал глюкозага толерантлик синамаси берилгандан сунг икки соат утгач кон зардобиди глюкоза концентрацияси $> 11,1$ ммоль/л дан ортик булса.

Изох:

Нахорда кон зардобиди глюкоза концентрацияси $< 6,1$ ммоль/л булса, унда нормал хисобланади.

Нахорда кон зардобиди глюкоза концентрацияси $> 6,1$ ммоль/л ва $< 7,0$ ммоль/л оралигида булса, глюкозага булган толерантлик бузилган деб эътироф этилади.

Нахорда кон зардобиди глюкоза концентрацияси $> 7,0$ ммоль/л дан ортик булса, ҚД дастлабки диагнози кайд этилади.

Таблица Глюкозага булган толерантликни аниқловчи перорал синаманинг
ҚД диагноз қўйишга имкон берувчи мезонлари

	Глюкоза концентрацияси		
	Веноз конда	Капилляр конда	Веноз плазмада
	Кандли диабет		
Нахорда	$> 6,7$	$> 6,7$	$> 7,8$
Глюкозали синамадан 2 соат утгач	$> 10,0$	$> 11,1$	$> 11,1$
	Глюкозага булган толерантликни бузилиши		
Нахорда	$< 6,7$	$< 6,7$	$< 7,8$
Глюкозали синамадан 2 соат утгач	$6,7 - 10,0$	$7,8 - 11,1$	$7,8 - 11,1$

Изох: Клиник диагнозни тасдиқлашга имкон берувчи симптомлар булмаган тақдирда, ҳеч булмаганда глюкозани конда ошиб кетганлигини тасдиқловчи бирта қушимча лаборатор текшириш натижаси булиши шарт. Мисол; глюкозали синамадан кейин 1 соат утгач гликемия даражаси $>11,1$ ммоль/л дан ортик.

Асосий клиник аломатлари

1. Полиурия ва полидипсия

2. Тушинтирилиши кийин булган вазн йукотиш холлари

3. Тери, кин (vagina) ва сийдик йулларининг инфекциян жарохати

4. Қуриш қобилиятини хиралашуви

Кандли диабет асоратлари



Диабетик кетоацидотик кома –

Кечиктириб булмайдиган ҳолат бўлиб, инсулинни мутлак еки нисбий(камдан кам ҳолларда) дефицити туфайли ривожланади ва гипергликемия, метаболик ацидоз ва электролитлар бузилиши билан характерланади. Ушбу кома I турдаги ҚД ўз вақтида даволамаслик, инфекция жараенлар пайтида инсулинга булган эҳтиежни ошиши, захарланишларда, жаррохлик опрециялари пайтида, травмалар ва хомиладорликлар натижасида юзага келади.

Команинг клиник аломатлари:

Чанкаш, полиурия, эпигастрал соҳада огрик, диспеттик белгилар, уйқусизлик билан кечадиган бош огриклар

Клоник тутканоклар, уйқусираш, атроф муҳитга бефарклик, эс-хушни йукотиш

Гиперосмоляр (нокетонемик) диабетик кома –

гипергликемия, гипернатриемия, гиперхлоремия ва азотемия билан кечадиган ҳолат бўлиб, кескин дегидратация туфайли кон плазмасининг осмолярлик даражасини тусатдан ортиб кетиши (конда кетонлар миқдори ошмаган ҳолда) натижасида юзага келади. Асосан II турдаги ҚД бор шахсларда уткир инфекциялар, сурункали касалликларни кузиши, стресс ҳолатлари кушилган пайтда ривожланади.

Клиник аломатлари

Чанкоклик, полидипсия, полиурия, олигоурия ва азотемия билан кечадиган яккол ривожланган сув-электролитик бузилишлар

Чүкүр дегидратация ва бош мия учогли жароҳатига хос белгилар билан кечадиган коматоз ҳолат

Тахикардия юзага келади, АКБ пасаяди. Кон таркибидага глюкоза миқдори 40 ммоль/л ва ундан ортик даражада пасайиб кетади. Аммо, кетоацидоз кузатилмайди.

Гипогликемик кома –

У ҚД бор беморлада инсулин дозаси беҳосдан оширилиб юборганда ва нотизим, кучли зуриқишлар заминида юзага келади. Кома тез, баъзан хатто бир неча дақиқалар орасида қузатилади. Одатан, кома тараққий қилишидан куйидаги аломатлар: очлик тўйғусини пайдо бўлиши, дармонсизлик, терлаш, калтираш, хаотик ҳаракат дарақ бериши мумкин.



Ma'ruza №0

Kamqonliklar. Temir, vitamin B12 tanqis va gemolitik kamqonliklar.
Allergik kasaliklar, etiopatogenezi. Asosiy allergik reaksiyalar: eshkemi, Kvinke shishi, anafilatik shok simptomatologiyasi va birinchi yordam ko'rsatish.

1. Ma'ruza mashg'ulot texnologiyasining o'qitish moduli.

Mashg'ulot vaqti – 2 soat	Studentlar soni: 20 dan 60 gacha
Mashg'ulot formasi	Ma'ruza axborot mashg'uloti
Ma'ruza mashg'ulot rejasi	<ol style="list-style-type: none">1. Temir, vitamin B12 tanqis va gemolitik kamqonliklari bilan og'rigan bemorlarni tekshirish.2. So'rab-surushtish. Temir, vitamin B12 tanqis va gemolitik kamqonliklar simptomatologiyasi3. Temir, vitamin B12 tanqis va gemolitik kamqonliklari bilan bemorlarni tekshirish usullari.4. Temir, vitamin B12 tanqis va gemolitik kamqonliklari bilan bemorlarni instrumental tekshirish usullari.
Ma'ruza mashg'ulot maqsadi:	Talabalarga temir, vitamin B12 tanqis va gemolitik kamqonliklari bilan og'rigan bemorlarni tekshirish, so'rab-surishtirishni, allergik kasaliklar, etiopatogenezini o'rgatish.
O'qitish uslubi	Ma'ruza suhbat
O'qitish formasi	Yirik, guruhli.
O'qitish jihozlari	O'quv qo'llanma, ma'ruza mashg'ulotlar mundarijasi, proektor, kompyuter.
O'qitish holati	Metodik jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash	Og'zaki kontrol: savol-javob.

1.2 Ma`ruza mashg`uloti texnologik kartasi

Ish bosqichlari va vaqti.	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchilar
Tayyorgarlik bosqichi	1.Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash. 2.Kirish ma'ruzasi uchun taqdimot silaydalarini tayyorlash 3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish	
1. Mavzuga kirish (15 daqiqa)	1. Mavzu maqsadi va vazifasi bilan tanishtiradi 2. Mavzu bo'yicha savollar beradi.	Tinglaydilar Talabalar berilgan savollarga javob beradilar
2 – asosiy bosqich (65daqiqa)	1. Mavzuni tushuntirib beradi, slaydalar namoyish qilish 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalanadi	Tinglaydilar Tinglaydilar
1-yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi

Долзарблиги

- Анемиялар куп таркалган касалликдир (асосан аёллар ва болалар уртасида)
- Анемия базанда огир кечади
- Анемияси бор беморларнинг барча азосида гипоксия булади
- Анемиянинг сабаблари хам турлича

Режа

- Анемия хакида тушунча
- Анемия классификацияси
- Темир танкис камконлиги
- Витамин В 12 ва фолат танкис анемия
- Гемолитик камконликлар
- Постгеморагик камконликлар хакида тушунча бериш

АНЕМИЯ (ANEMIAE)

- Анемия (камоконлик) деб шундай патологик халатга айтиладики, бунда коннинг хажм бирлигида эритроцитлар сони ва гемоглобин микдорининг камайиб кетишига айтилади. Нормада соғлом одамларда гемоглобин микдори А-120-140 ва Э 140-160 г/л ва эритроцитлар $4.5-5 \cdot 10^{12}$ та булади.

Хозирги кунларда камконлик (анемия) жуда кенг таркалган булиб, унинг сабабларини ташки ва ички сабабларга булиш мумкин.

Эндоген сабаби булар меда ичак касалликлари, гелментозлар (болаларда) кон хосил килиш аъзоларининг узига хос анатомик ва физиологик хусусиятлари, турли хилдаги кон кетишлар, метроррагия, дисменорея.

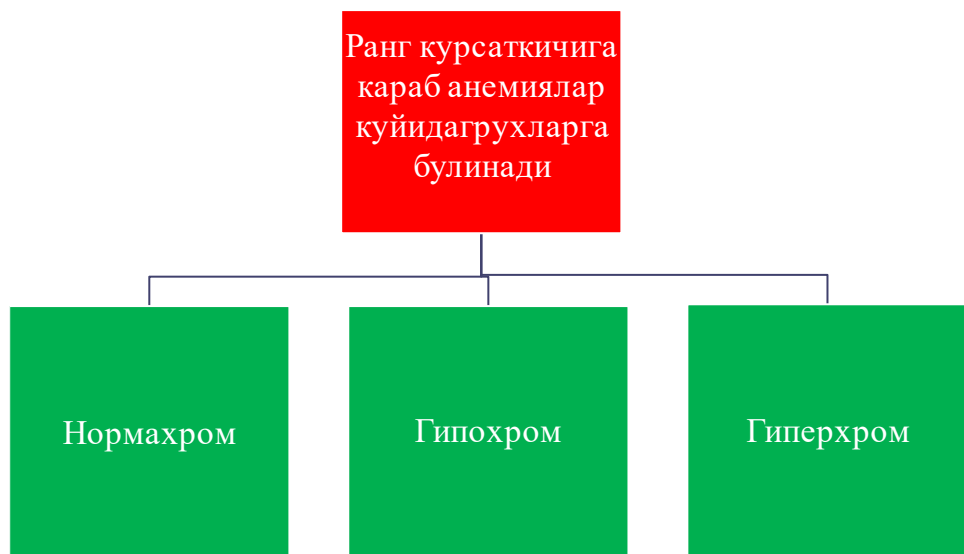
Экзоген сабабларга-алиментар, тез-тез абортлар, Тугрук интервалининг камлиги ва аралаш сабаблар мисол була олади.

Камконликларнинг таснифи куйидаги асосий турлари фарк килинади

•Кон хосил булиши бузилиши натижасида
Кон хосил булишида иштирок этадиган моддалар – темир, витамин В12 ва фолат кислоталарнинг етишмаслиги туфайли келиб чиқадиган камконлик (қўпинча темир етишмаслиги кузатилади).

•Кон йукотиш туфайли келиб чиқадиган (геморрагик) камконлик (уткир ва сурункали).

•Эритроцитларнинг емирилиши натижасида келиб чиқадиган (гемолитик) камконлик (гемоглобинопатия, мембранопатия, энзимопатия).



•Темир танкис камконлиги

•Маълумки, кизил кон таначилари таркибига кирувчи гемоглобин ҳосил бўлиши учун организмга темир моддаси зарур.

•Овкат билан темир моддасини суткада 11-28 мг кабул қилсақда, шундан атиги 2,5-3-4 мг (- 7 мг) сурилади холос, бу эса 15 мл кон таркибидаги темирдир

•Купинча фертил ёш аёлларда ва болаларда асосан темир моддаси етишмаслигидан келиб чиқадиган камконлик учрайди. Темир танкислик камконлиги болаларда учрайдиган камконликларнинг умумий микдоридан 95% ини ташкил этади, бу уларда темирга булган эҳтиёж билан боғлиқ.

Камконликнинг куйидаги сабаблари мавжуд

•**1. Алиментар йул.** Озиқ-овкат таркибида темир моддасини камлиги
•Асосий сабаб темир моддасининг организмга кам микдорда тушиши, бу ҳолат узок муддат давомида фақатгина она еки сигир сути билан овқатлантирғанда, бу уз вақтида боланинг овқат ига турли мева ва полиз маҳсулотлари киритилмағанда ҳамда гушт, жигар каби маҳсулотларни боланинг ёшига қараб берилмағанда вужудга келади.

•2. организмда темирга булган талабни ортиши:

- Болаларни ўсиш даври талаб кўп бўлади
- Ҳомиладор аёлларда талаб кўп бўлади
- Бола эмизувчи аёлларда талаб кўп бўлади

3. Ингичка ичаклардаги яллиғланиш (сўрилиш бузилади);

4. Ингичка ичак перисталтикаси ортиши (темир сўрилишга улгурмайди);

5. Ичаклардаги гижжа қасалликлари

6. Қон йўқотиш натижасида (эндоген темир запаси қамаяди)

7. Медада хлорид кислота ишлаб чиқарилиши қамайса (гипоацид гастрит);

8. Меда шираси тасирида темир 3 валентлиси 2 валентлига ўта олмаслиги;

9. Темир сўрилишини ингибирловчиларни купайиши (кисел, тухум сариғи, қора чой, активланган кўмир, кофе, сут темир сўрилишини камайтиради;

10. Эритроцитларни тез кўпайиши ёки турли сабабларга кўра темирнинг қон таркибига кира олмаслиги туфайли қон яратувчи тўқималарга гемоглобин синтез қилишининг бузилиши, гипо ва атрансферинемия сабабли юзага келади.

Клиник манзараси. анемик ва гипоксемик

Камқонликнинг асосий белгилари-иштаҳанинг йўқлиги, инсон асабининг беқарорлиги, баъзан оғир ҳолларда хотиранинг пасайиши, бош оғриши, бош айланиши, куз олдида шарпалар учиб юриши, баданда чумоли юриш хиси пайдо булиши, кулогиди шовкин пайдо булиши, куз олди коронгулашиши иш қобилияти пасайиши, тез чарчаш, хансираш, дармонсизлик, юрак уриши, юрак соҳасида оғрик, терисида сезувчанликни сусайиши, Иштаҳа пасайиши, қунгил айниши, там билиш қобилиятини йуқолиши (Pico xloratika-кесак ва бур истемол қилиш, керосин ва бензин хидлаш), кекириш, овқатдан сунг эпигастрал соҳада нохуш ҳолат, баъзан ичининг суюқ утиши, кул ва оёқлари уюшиши, sideropenik disfagiya - там билишни бузилиши (disgiziya) каби симптомлар безовта келади. Гайри одатий хидларга мойиллик пайдо булиши (Rossolimo-Bexteroв синдроми 1900-1901 й ва кейинчалик, Plummer va Vinson лар аниқладилар.

Клиник манзараси. анемик ва гипоксемик

Сидеропеник синдромлар;
Терининг қуриши, тери таранглигини пасайиши, оғиз бурчакларини бичилиши ёки ёрилиши, товоннинг (оёқ) ёрилиши (giperkeratoz) ;
Сочнинг ингичкалашиши, қуриши, оқариши, тез синиши, учларини ёрилиши (иккига бўлиниши), кўп тўкилиши;

Койлонихиянинг ривожланиши-тирноқларни юпқалашиб яссиланиши, қийшайиши, ичкарига ботиб кириши (қошиқсимон бўлиши), шакли ўзгариши, синувчан бўлиши, тирноқ олди тўқимаси яллиғланиши,, уларга кўндаланг чизик ва деформация пайдо бўлиши.

Гипоксик синдромлар билан бирга марказий асаб тизими томонидан –бош оғриги, бош айланиши, қуз олдида шарпалар учиши, диккатни узок жамлай олмаслик, фикрлаш қобилияти пасайиши, хотира сусайиши, уйқунинг бузилиши қузгалувчанлик болаларнинг психомотор ривожланишдан орқада қолиши, йиглоки булиш, астеновегетатив бузилишлар, узок муддатли субфебрил иситма асаб тизими томонидан безовта килади.

Юрак қон томир тизими томонидан-пулснинг лабиллиги, тахикардия, буйин веналарида “бурича шовқини”, юрак учида систолик шовқин эшитилади.

Беморлар қуздан кечириш

Беморлар қуздан кечирилганда ранглари оқарган, қуғирчоқ юзидек рангда, бироз сарғиш ранг товланадилар. Беморлар юзи шишган, оёқларида ва тиззаларида шиш. Тери ва шиллик қаватларда экхимоз қузатилади. Беморлар териси қурук, оёқлари совук, муқулатура бушалган.

Оғиз бўшлиғи ўзгаришлари. Оғиз бурчаклари ёрилади, яралар пайдо бўлади ва оғиз бўшлиғидаги ўзгаришлардан ангуляр стоматит, гингивит, глоссит, тил сўрғичлари атрофияси, тиш милкларида йирингли яллиғланишлар (алвеоляр пиорейя), тишларида ялтираш йўқолиб темир препаратлари қабул қилиш натижасида қораяди ва де-струкцияга олиб келади, бу тишларни тезда шикастланишига олиб келади, гастрит, дуоденит, колит пайдо бўлади.

Палпация - Palpatio; юрак тўртки зарби майдони кенгайишини аниқлаш мумкин. Болаларда жигар биров катталаниши мумкин.

Перкуссия - Perkussio; юрак чегаралари катталаниши мумкин асосан чап қоринча.

Аускултация - Auscultatio; юрак учиди ва ўпка артериясида систолик шовкин эшитилади, қон томирлари аускултация қилинганда асосан бўйин веналарида қоннинг реологик хусусиятлари пасайганлиги туфайли қон оқими тезлашади, шу туфайли “бўрича” шовқини эшитилади, асосан ўнг томонда ва бу шовкин бўйинни тесқари томонга бурганда қучаяди.

Лаборатор: Қоннинг умумий таҳлили; Гематокрит сони; Зардобдаги темир миқдори; Тромбоцитлар сонини аниқлаш лозим.

Гемограммада биринчи навбатда эритроцитлар ва кўпроқ гемоглобиннинг кескин камайганлиги кўзга ташланиб, қоннинг ранг кўрсаткичи 0,6 (0,85-1,05 нормада) гача ва ундан ҳам кам бўлиши мумкин. Қон суртмасида гипохромия, микроцитоз, анисотситоз, пойкилоцитоз кузатилиб, гипохромия билан микроцитознинг ифодаланиш даражаси касалликнинг оғир кечишидан далолат беради. Ретикулотситлар сони нормага яқин бўлиб, қон кетиш давларида биров кўпайиши мумкин. Тромбоцитопения кузатилади, нисбий лимфоситоз, моноцитоз, эозинопения кузатилиши мумкин. Қон зардобда темирнинг камайиши 1,5-2,5 марта ва трансферини темир моддасига тойиниши 15 марта камаяди. Темир сакловчи ферментлар фаоллиги пасайиши муносабати билан меъда ва ичаклар шиллик қаватларида атрофик жараёнлар кечиб, ахлоргидрия ва ахилия яъни меъда шираси ишлаб чиқарилиши пасайиши кузатилади

Инструментал: Стерил пункция; Рентгенологик текширишда қизилўнгач, меъда ва ичаклар шиллик қаватлари бурмачалари атрофияга учраб текисланади, буларни гастроброскопия ўтказганда яна аниқроқ қўришимиз мумкин.

Клиник манзараси

Енгил турдаги камконликда гемоглобиннинг микдори 100 г/л гача камаяди; уртача огирликдаги камконлик гемоглобин то 70 г/л гача, эритроцитлар 2,5-10 л гача ва огир холда утадиган камконликда гемоглабин 70 г/л дан , эритроцитлар сони эса 2,5 –10 л дан паст булади. Гемоглабининг 30 г/л дан камайиб кетиши хаёт учун жуда хавфли булиб, беморга мунтазам кон куйишни таказо этади

Темир етишмаслигидан келиб чикадиган камконлик аниклашида коннинг баъзи биокимийвий курсаткичлари катта ахамиятга эга; кон зардобида транспрт холдаги темирнинг микдори камаяди (у одата 950-1480 мкг/л га тенг); кон зардобининг темирга туйиниши курсаткич пасаяди (бу курсаткич одатда 33-34 %ни ташкил этади). Болаларда камконликнинг сабаби, аксарият холатда уткир еки сурункали юкумли касаликлар, гижжалар еки бурундан ва ичаклардан кон кетиш холатлари булиши мумкун

- Камконликларнинг олдини олиш тадбирлари ва даволаш.
- Камконликларнинг олдини олиш аёллар хомиладорлик ва болалик давриданок бошланиши лозим. Хомиладор аёлларнинг сифатли овкатланиши (минерал моддалар ва витаминларга бой таомларнинг истемол килиши), тоза хавода кўпроқ сайр килиши ҳамда уларнинг турли касалликлар ва токсикоздан асраш умумий профилактик тадбирларга киради. Бола туғулгандан кейин эса боланинг кун тартибини, уйқусини ва овкатланишини тугри ташкил этиш зарур

- Касалликни даволашда беморни тугри парвариш килиш, сифатли овкатлантириш ва кун тартибини уйғунлаштиришда алоҳида эътибор бериш керак. Йилнинг фаслидан катъий назар, беморнинг кўпроқ тоза хавода булиши ва юқумли касалликларидан сакланиш зарур.
- Беморларга гўштли ва жигар махсулотлари кўпроқ тавсия қилинади.
- Бола 2,5 ойлик булганида $\frac{1}{4}$ қисим тухум саригин , 4,5 ойлик булганида сабзавотли пюре (карам, картошка, сабзи, лавлаги) 7 ойлик булганида эса гўшт киймаси пиширилган шурва, хафтасига 1-2 марта кайнатиб пиширилган жигар истемол килиш лозим. Булардан ташқари, болаларга 1 ойлигидан бошлаб мева шарбат, бериш мумкун

Темир микро элементи асосан гўшт махсулотларида, жигарда ва баъзи бир полиз экинларида кўп учрайди. Болада мейорида қон ҳосил бўлиб туриши учун кунига 1-1,5 мг(2,5-4 мг) темир микро элементи қонга сўрилса, етарли бўлади. Бу кўрсаткич бола тез ўсадиган даврларда (мактабга бориш, вояга етиш даврларда) анча юқори бўлади. Қиз болалар 12-13 ёшда ой (ҳайз) кўра бошлаши туфайли қон орқали кўп микдорда темир моддасининг ҳам йўқотадилар. Бунинг натижасида уларнинг темирга бўлган кунлик талаби 2-2,5 мг га етади

Даволаш

- Темир моддаси етишмовчилигидан келиб чиққан камқонлик даволаш учун шу модданинг тутувчи дориларни овқатдан ярим соат кейин ва иложи борича уларни лимон , аскарбин кислотаси ёки мева шарбати билан ичирган маъқул, шу билан ушбу препаратларнинг ноҳуя тасирини йўқотиш мумкин. Бевосита темир препаратларидан олдин ва кейин болаларга чой, сигир сути ва ундан тайёрланган овқатларни бермаслик керак, чунки улар темир билан эримайдиган бирикмалар ҳосил қилиб, унинг ичакдан қонга сурилишини кийинлаштиради.
- Темир препаратлари-Жектофер, феррум лек, тардиферон, глобекс, малтофер буюрилади

Даволаш

Икки валентли темир тутувчи препаратлардан феррамид, ферроплекс, конферон ва бошқалар кулланади. Булар уртача 4-6 мг/кг миқдорда берилади. 3 ешгача булган болаларга кунига 60-90 мг, 3-6 ешдагиларга – 100-200 мг, 7 ешдан ошганларга эса кунги 800 мг миқдорда темир препаратлари тавсия этадилар

Даволаш

Агар темир препаратларидан сунг беморнинг корни огриси, диспептик узгаришлари кузатилса, уларнинг миқдори вактинча камайтирилади ва 0,15-0,2 г миқдорда 3 марта панкреатин берилади

Даволаш-узук муддат даволаш керак бўлади.

- 1. ТГА сабабини бартараф этиш;
- 2. Темир абсорбциясини ингибиция қилувчи махсулотлар қабулини таъқиқлаш (м: фосфор, фитин кислотаси, озиқ овқат махсулотлари таркибида калтсий кўп бўлса, кофе, чай ва ҳ.к);
- 3. Темир моддасига бой озиқ-овқат махсулотлари бериш (гўш, жигар, тухум, дуккакли ўсимликлар-ловия, мош ва ҳ.к);
- 4. Темир реабсорбциясини тезлаштирувчи ингредиентларни тавсия этиш;
- 5. Темир моддасини сўрилишини яхшиловчи аскорбин кислотаси;
- 6. Пер ос монелиги бўлса парентерал темир препаратлари бериш;
(Тардиферон, Ферроплекс, Фербитол, глобекс, Феррум лек, Жектофер, Имферон, ферковен,Тотема) ва Вит В12, фолат кислота

Vitamin B12 va folat tanqis anemiyasi

Bu kamqonlikda qon hosil bo'lishini buzilishi vitamin B12 yetishmovchiligi natijasida yizaga keladi va giperxrom va megaloblastik tip kamqonlik hisoblanadi. Bu kamqonlikni birinchi bo'lib 1855 yilda Addison tomonidan va keyinchalik 1868 yilda Birmer tomonidan yozilgan bo'lib, pernitsioz (yomon sifatli) anemiya deb yuritilgan.

Etiologik omillari

Vitamin B12, folat kislotasini me'da va ichaklar yo'lida so'rilishini buzilishi. Me'da ichak yo'lida yallig'lanish, o'smalar, rezektsiya bo'lishi, ichak peristaltikasini (qisqaruvchanligini) kuchayishi, ichaklar kasalligi (spru terminal ileit, divertikul, ichak teshilishi va h.k.), medaning fundal qismi bezlari atrofiyaga uchrashi natijasida gastromukoproteinlar ishlab chiqarilishi susayishi tufali vitamin B12 so'rilishini buzilishi, Kastning ichki va tashqi omili va h.k.

Vitamin B12, folat kislotasini alimentar yetishmovchiligi.

Vitamin B12, folat kislotasini ko'p ishlatilishi natijasida.

Bolalarni sun'iy (echki) suti bilan boqish, oziq ovqatlar tarkibida Vitamin B12, folat kislotasini kamligi, go'shtli ovqatlarni kam iste'mol qiluvchilar va h.k.

Gijja kasalliklarida, dizbakterioz, homiladorliklar, tug'ruq oralig'ining yaqin bo'lishi, bolalarda o'sish davrida, gemoblastozlar o'tkir leykoz, eritromiyeloz, osteomielifibroza

Etiologik omillarni ekzogen (vit. B12 va folat kislotani alimantar yetishmovchiligi) hamda endogen (qolgan barcha yuqorida sanalgan sabablar) omillarga bo'lish mumkin. Endogen omillar o'z navbatida meda ichak traktiga bog'liq (gastromukoproteinlar sintezi pasyishi, ingichka ichak yallig'lanishlari, uning peristaltikasini kuchayishi kabi sabablar) va bog'liq bo'lmagan (gijja kasalliklari, vit. B12 va folat kislotaga bo'lgan talabni ortishi kabi sabablar) omillarga bo'lish mumkin

Patogenezi Vitamin B12 (tsianokobalamin) yetishmovchiligida, folat kislotasi uning faol shakli tetrafolat (folin) kislotasiga aylanmay qo'lda va natijada eritropoez hujayralarda DNK sintezi va hujayralar bo'linishi buziladi, natijada me'yoriy eritropoez buziladi. Eritroblastlar razmeri katta lashib ular megaloblastlarga aylanadi (embrional qon yaratish tizimiga o'tadi), qizil qon hujayralari yadrolari yetilishining sustlashishi va tsitoplazmaning gemoglobinlashish darajasi ortadi (rang ko'rsatkichi 1,05 yuqori bo'ladi). Megaloblast hujayralar ta loq sinuslaridan o'tishda tiqilib sekin o'tadi va shu yerda yoki suyak ko'migida parchalanib yuboriladi yoki ular umri qisqa, natijada kamqonlik kelib chiqadi

Klinikasi Addison-Birmer kasalligining klinikasi va qondagi o'zgarishlari asosan retsidiv paytida yaqqol bilinadi va keksa yoshdagi insonlar ko'proq kasallanib, asosan erkaklar orasida ko'p tarqalgan. Kasallik bilinar bilinmas rivojlanadi va boshlang'ich simptomlari holsizlik, tez charchash, til qurishi sezgilarini paydo bo'lishi, dispeptik holatlar bezovta qilib turadi. Yurak urishi (taxikardiya) bezovta qiladi

palpatsiyada puls yumshoq va tezlashgan. Yurak chap tomonga siljishi mumkin, **auskultatsiyada** yurak uchida sistolik shovqin, bo'yin venalarida "bo'richa" shovqini eshitiladi. EKGda tishchalar amplitudasi asosan T pasayadi, ST segment izolinyadan pastga yoki yuqoriga siljishi mumkin. Ba'zan asab sistemasi faoliyati buzilishi bilan kechib, funikulyar miyeloz belgilari namoyon bo'ladi

Addison-Birmer kasalligi triada sindromlar bilan kechadi: anemik, hazm-ichaklar tizimidagi o'zgarishlar, nevrologik sindromlar

Anemik sindrom: holsizlik, bosh aylanishi, quloqda shovqin, hansirash, kuchlanish vaqtida yurak sohasida sanchiq bo'lib, stenokardiyani eslatadi. Bemorlar ko'zdan kechirilganda terisi va ko'rinib turgan shilliq qavatlar rangpar bo'lib limon sariq tovlanadi, teri osti yog' qavati rivojlangan bo'ladi. Bu toifadagi bemorlarda qon bosimi past bo'ladi, auskultatsiyada sistolik shovqin eshitilib, tomirlarga beriladi. EKGda miokarda diffuz distrofik o'zgarishlar namoyon bo'ladi

Hazm-ichaklar tizimidagi o'zgarishlar bular tilning achishi, ko'p holatlarda tam sezgisini yo'qolishi, tilning og'rishi, ishtahaning yo'qolishi, epigastral sohada og'riq va noxush holat, ichining suyuq o'tishi bezovta qiladi

Nevrologik sindromlari. Vitamin B12 yetishmovchiligi natijasida orqa miyaning yon-biqin devori (stolblar) shikastlanib distrofik o'zgarishlarga olib keladi va bu **funikulyar miyelozga** olib keladi. Ba'zanda miyada ishemik o'choqlar paydo bo'lib nerv hujayralari yumshayadi. Asosiy klinik simptomi paresteziya, chuqur va vibratsion sezgirligining yo'qolishi, asosan oyoqlarda. Shu tufayli ataksiya kuzatilib, harakat buziladi. Qo'l oyoqlarda holsizlik, parezlar, pay reflekslarini pasayishi yoki yo'qolishi. Shular bilan birga Babinskiy, Rossolimo patologik reflekslari paydo bo'ladi. Xuruj davrida tana harorati ko'tarilishi mumkin

Bemorlarni ko'zdan kechirish. Teri qoplami va shilliq qavatlar oqimtir sarg'ish rangda, yuzlari shishgan. **O g'iz bo'shlig'idagi o'zgarishlar**-tili to'q qizil rangda (malina rangi), yaltiroq, til so'rg'ichlari asosan til uchi hamda yon tomonlarida atrofiyaga uchranganligi tufayli yuzasi silliq (atrofik Gunter glossiti), til uchi va yon tomonlarida og'iz shilliq qavatlar va orqa devori atrofiyaga uchrab tekislanadi, ba'zan og'iz bo'shlig'i shilliq qavatlarida va til uchida, atroflarida yaralar paydo bo'ladi, tishlar kariesga moyil bo'lib, kasallanadi

Laborator tekshiruv. Xuruj vaqtida eritrotsitlar miqdori kamligi va kam miqdorda ular tarkibida gemoglobinni konsentratsiyasi ortishi kuzatiladi. Qonning rang ko'rsatkichi 1,05 dan baland, gipperxromdir. Qonda har xil shaklli va har xil razmerli (anizotsitoz, poykilotsitoz) eritrotsitlar paydo bo'ladi, leykopeniya neytropeniya bilan. eozinopeniya, monotsitopeniya, trombotsitopeniya kuzatilib, EChT oshadi. Retikulotsitlar soni davolanish boshlangandan so'ng oshib ketadi va bu eritropoezni kuchayganligidan dalolat beradi.

Morfologik tekshirish. Qon surmasida gemoglobinga boy eritrotsitlar ya'ni megalotsitlar, Jolli tanachalari va Kebot halqalarini mikroskop ostida ko'rish mumkin

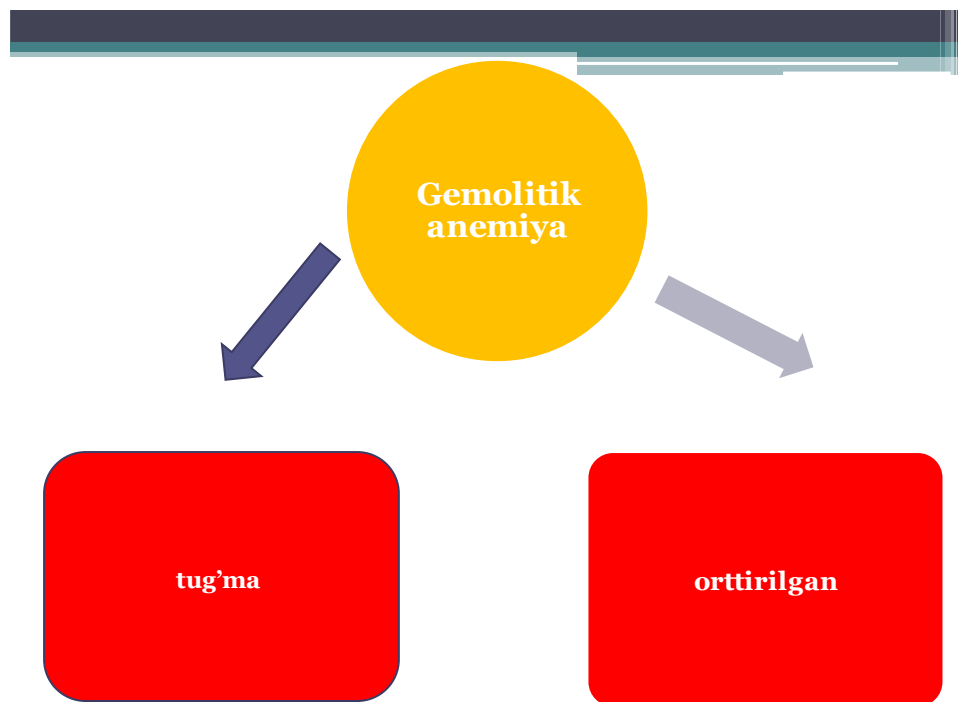
Davolash - Bu turdagi kamqonliklarni davolash juda qiyin bo'lgan va bemorlar o'lib ketganlar. Hozirgi kunlarda bu kasallikning etiologik omillari to'liq o'rganilganidan so'ng bemorlar hayotlari saqlanib qola boshlandi.

1. Etiologik omillarini bartaraf etish.
2. Tarkibida vitamin **B12** va folat kislotasiga boy bo'lgan oziq ovqat (jigar, go'sht va b.q) mahsulotlarini tavsiya etish.
3. Medikamentoz davolash (vitamin **B12**-250-500 γ teri ostiga(1,0), folat kislotasi 0,1x1 mahal per os beriladi.). Davolashning 3-4 kunlaridan boshlab eritropoez kuchayib boradi va qonda retikulotsitlar soni ko'payganligidan bilish mumkin. Davolanishning samarasi yaxshi bo'lib, kasallikning barcha simptomlari yo'qoladi. Funikulyar mielozda davolash kursi 2 oylarcha davom etishi mumkin. Ba'zanda gastromukoprotein vitamin **B12** aralashmasi mukovit berish mumkin. Nevrologik simptomatika kuchli bo'lganda vitamin B1 berish maqsadga muvofiq bo'ladi. Sanatoriya va kurortlarda (Matsesta, Piyatigorsk) vanna bilan davolash yaxshi samara beradi

Gemolitik anemiyalar

Gemolitik hamqonlikning asosiy belgisi eritrotsitlarning yuqori darajada parchalanishi va ular yashash davrining qisqarishidir. Fiziologik sharoitlarda eritrotsitlarning yashash davri 100-120 kunni tashkil qiladi

Gemolitik kamqonlikda eritrotsitlarning yemirilishi kuchayganligi tufayli ularning yashash davri qisqaradi. Patologik gemolizda ko'proq yoki hujayra ichi yoki tomir ichi gemolizi kuzatiladi. Hujayra ichi parchalanishi retikuloistiotsitar tizimning hujayralarida, asosan taloqda ro'y beradi va qon zardobida erkin bilirubinning ortishi kuzatiladi



Ortirilgan anemiya turli toksik moddalar, dori-darmonlar va h.k.lar ta'sirida gemolizning kuchayishidan kelib chiqishi mumkin. Ayrim toksinlar eritrotsitlarga bevosita ta'sir qilib, ularni gemolizga uchratadi, boshqalari (masalan, turli dori-darmonlar, viruslar) eritrotsitlarning yuzasiga joylashib olib, ularning tabiiy va fizik-kimyoviy xususiyatlarini o'zgartirib antigenga aylantirishi mumkin hamda ularga qarshi antitanalar hosil bo'ladi va autoimmun anemiyaga olib keladi. Odam organizmiga (retsipientga) qon guruhi to'g'ri mos kelmagan boshqa odam (donor)ning qoni quyilganda ham gemolitik anemiya rivojlanadi. Bunday anemiya izoimmun anemiyalar turiga kiradi

Tug' ma gemolitik anemiyaga misol qilib, chaqaloqlarning gemolitik kasalligini keltirish mumkin. Kasallik ona bilan bola qonida rezus omillar (masalan, ona qonida rezus-manfiy, bola qonida esa rezus-musbat) bo' la turib, turli sabablarga ko' ra (masalan, tug' ilish vaqtida) bolaning qoni ona qoniga o' tib ketsa, ona organizmida bolaning eritrotsitlariga qarshi antitanalar ishlanib chiqib, ular keyin bola qoniga o' tib eritrotsitlarini gemolizga uchratadi va anemiyaga olib keladi

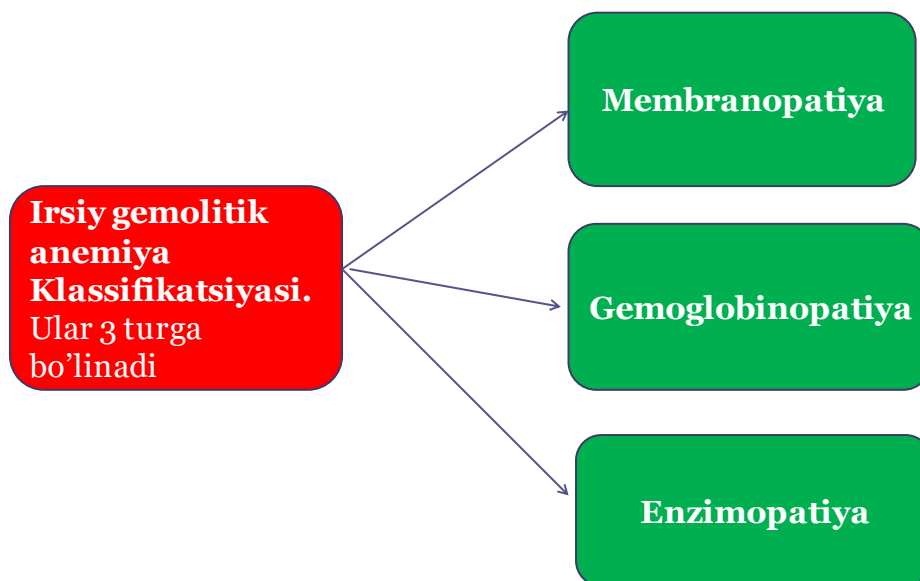
Gemolitik anemiyalar orasida irsiy turlari bo' lib, eritrotsitlarning chidamligining pasayganligi bilan bog' liqdir

Gemolitik anemiyaning 3 xil turini farqlanadi

Parchalanish — gemolizning sababi eritrotsitlarning o' zida bo' lgan anemiyalar

Parchalanishga turli zaharli moddalar sabab bo' ladigan (gemotoksik) anemiyalar

Parchalanish sababi antitanalar bilan bog' liq (autoimmun, immunogemolitik) anemiyalar



Membranopatiya

(eritrotsit membranasining biror bir irsiy nuqsonga ko'ra takomillashmasligi, mustahkam bo'lmasligi, ya'ni biologik, fizik-kimëviy xususiyatlarining etishmovchiligidan) bu eritrotsit membranasida oqsilning irsiy nuqsoni (deffekt) tufayli kelib chiquvchi anemiyadir. Bu kasallikda eritrotsit membranasida kaliy va natriy nasos buziladi va natijada hujayra ichiga kaliy o'rnini natriy egallaydi, shuning uchun hujayra ichida suv to'planadi. Eritrotsit shishadi va natijada ular parchalanadi

Enzimopatiya

(eritrotsit tarkibidagi uning hayot faoliyatini belgilovchi fermentlarning yo'qligi yoki nofaolligi) tufayli kelib chiquvchi anemiyalar (glutation reduktaza, glutation peroksidaza, glyukoza-6-fosfatdehidrogenaza va b.q.)

Gemoglobinopatiya

(gemoglobinozlar) — eritrotsit tarkibidagi gemoglobin sintezining yoki uning tuzilishidagi nuqsonga ko'ra, fizik-kimyoviy xususiyatlarining buzilishi tufayli yuzaga keluvchi anemiyadir. Gemoglobinning α aminokislotalar zanjirida sintez jarayonida biror bir nuqson bo'lsa α talassemiya va agar β aminokislotalar zanjirida sintez jarayonida biror bir nuqson bo'lsa β talassemiya deb yuritiladi

Klinikasi holsizlik, bosh aylanish, tana haroratining ko'tarilishi bezovta qiladi. Kasallikning asosiy belgilarida biri teri va shilliq qavatlarining sarg'ayishi, uzoq cho'ziluvchan, qiyin davolanadigan yaralarning tizzada payda bo'lishidir. Bu jigarning bilirubinni qay darajada bog'lash xususiyatiga bog'liq bo'ladi

Axlatning rangi sterkobilin ko'pligi tufayli qoramtir-sarg'ish rangda bo'ladi

Bemorlarda rivojlanishni orqada qolishi va yuz skeleti tuzilishini buzulishi "minora bosh" ko'rinishida, tanglayni yuqori turishi, tishlarni rivojlanishi va joylashishini buzulishi, ko'z olmasini torayishi, egarsimon burun kabi o'zgarishlar kuzatiladi

Bemorlarni palpatsiya qilganda taloqning va ba'zanda jigarning kattalashganini aniqlashimiz mumkin. Kasallik qonning to'xtovsiz gemolizi bilan birga kriz bilan kechadi

Rentgenologik tekshiruv;

talasemiyalarda asosan suyaklarla asosan osteoparoz, naysimon suyaklarni ingichkalashishi, bosh suyagida cho'tkasimon (tipratikan ignachalari) kabi o'zgarishlar kuzatiladi

Laborator tekshiruvda bemorlar qonida nishon (mishen) li eritrotsitlar, anizotsitoz, paykilotsitoz, ko'pgina eritro va normablastlar hamda retikulotsitoz bo'ladi.

Ortirilgan gemolitik anemiya

Klassifikatsiyasi:

Antitana ta'siri natijasida yuzaga kelgan gemolitik anemiya (GA) (izoimmun, autoimmun, transimmun, geteroimmun). Somatik mutatsiya natijasida eritrotsitlar membranasi o'zgarishi bilan kechadigan GA (Markiafav-Mikel kasalliga). Eritrotsitlar membranasi mexanik shikastlanishi natijasida yuzaga keladigan GA (yurak klapanlari protezi, uzoq masofada yuguruvchilarda).

Eritrotsitlar membranasi ximik shikastlanishi natijasida yuzaga keladigan GA (qonni parchalovchi zaharli toksinlar, qo'rg'oshin, og'ir metallar, organik kislotalar, ilon chaqishi va b.q.).

Vitamin E yetishmovchiligi tufayli kelib chiqqan GA.

Parazitlar ta'siri natijasida kelib chiqqan GA (malariya qo'zgatuvchisi).

Evans Fisher sindromida ortirilgan autoimmun gemolitik anemiya bilan qo'shilib, autoimmun trombositopeniya kelishi.

Kasallikni birinchi Fisher 1947 y va keyin 1951 yil Evans tomonidanlaridan avtimun gemolitik kamqonlik va trombositopeniya klinika sini yozdi

Kasallik surunkali gepatit, revmatoid artrit, limfoma, limfogranulematoz, surunkali limfoleykoz, tizimli qizil volchanka kabi kasalliklarni birinchi belgilari bo'lib yuzaga chiqadi.

Klinikasi;

anemiya yuqori darajadagi retikulotsitoz bilan hamda noto'g'ri giperbilirubine miya bilan trombositopeniyani kelishi.

Og'riq; qorinda, bo'g'inda

Haroratni subfebril oshishi

Holsizlik

Hansirash

Terida gemorragik o'zgarishlar

Teri va shilliq qavatlardagi qon quyilishlar (og'izda va konyuktivada)

Burundan va bachadondan qon ketishla

Klinik: sarg'ayma, qon quyilish, siydik bilan gemosiderin chiqishi (ekskretsiyasi) • sindrom Evansa Fishera.

Orttirilgan gemolitik anemiyalar (GA) 2 turga bo'linib, infeksiyon va noinfeksiyon ko'rinishlari mavjud. Orttirilgan gemolitik anemiyalar orasida autoimmun GA ko'proq uchraydi, buning asosiy sababi bemor organizmida o'zini eritrotsitlariga qarshi antitana hosil bo'lib, eritrotsitlar aglyutinatsiyasiga sabab bo'ladi va ular retikuloistiotsitar hujayrada parchalanib yuboriladi.

Autoimmun GA lar simptomatik va idiopatik bo'ladi. Simptomatik autoimmun GA har xil kasalliklar tufayli yuzaga keladi. Bu kasalliklarga surunkali limfocitoz, limfocitopeniya, sistemali qizil bo'richa, revmatoidli artrit, surunkali gepatit, jigar tsirrozi, o'tkir leykozlar va h.k. Qachonki, antitanalar hosil bo'lishi sababi aniqlanmasa, yoki biron bir patologik jarayon bilan bog'liq bo'lmasa, idiopatik autoimmun GA kasallik hisoblanadi va bu autoimmun kasalliklarining 50% ni tashkil qiladi. Antitanalarning hosil bo'lishi immun kompetent hujayralar tizimi buzilishi natijasida yuzaga keladi, shuning uchun eritrotsitlar antigen sifatida organizm tomonidan qabul qilinib, ularga qarshi antitana ishlab chiqariladi. Ushbu antitana eritrotsitlarga yopishadi va ular retikuloistiotsitar tizimga ushlanib, parchalanib yuboriladi.

Klinikasi: Kechishiga ko'ra o'tkir va surunkali autoimmun GA farqlanadi.

O'tkir shaklida kasallik kutilmaganda holsizlik, yurak urishi, hansirash, tana harorati ko'tarilishi, teri va shilliq qavatlarning sarg'ayishi bilan boshlanadi. Surunkali shaklida kasallik asta-sekin boshlanib, bemorlarning holatida kamroq o'zgarish kuzatiladi. Bemorlar garchi shikoyat qilmasada, palpatsiyada ularning talog'i va ba'zan jigari kattalashganligini aniqlash mumkin. Kasallik gemolitik kriz bilan kechadi va bu infeksiya hamda sovuq ta'sirida yuzaga keladi

Davolash: Avtoimmun GA larni davolashda asosiy o'rin garmonoterapiya egallaydi va doimiy yoki vaqtinchalik gemolizni oldini oladi, buning uchun dozasi va yetarlicha muddat tavsiya etiladi. Prednizolon (glyukokortikoidlar) 60-80 mg/sut (deyarli 1 mg/kg tana vazniga) davo maqsadida va saqlanib turuvchi doza 5-10 mg/sut, davo kursi 2-3 oy davom ettiriladi.

Immunodepressantlar ham ba'zan yaxshi samara beradi, 6-merkaptopurin, azatiopirin (100-150 mg/sut), xlorambutsil (10-15 mg), shular bilan birga bezgakga qarshi dori vositalar ham samaralidir (delagil, rezoxin).

Agarda xuruj bilan kechadigan shakllarida glyukokortikoidlar va immunodepressantlar samarasiz bo'lganda jarrohlik usulda splenektomiya qilinadi.

Gemotransfuziya hayotiy ko'rsatmaga asosan qilinadi (gemoglobinni tushib ketishi, sopor, koma holatida). Qon ishlab chiqarishni (eritropoezni) yaxshilovchi dori vositalar tavsiya etiladi (temir preparatlari, Vit. B12 va folat kislotasi).

Tarqatma materiallar. Testlar.

Hazm qilish tizimiga oid testlar

1. Qizilo'ngach kasalligida qusish sababini ko'rsating? 1). Qizilo'ngach torayishi 2). Qusuq massa chaynalgan ovqatdan tashkil topgan; 3). Ko'ngil aynishi, qizilo'ngach torayishi; 4). Og'riq, ko'ngil aynishi, qizilo'ngach torayishi; 5). Qizilo'ngach mushaklarini antiperistaltik qisqarishi

1).-1 -4; 2).-1-5; 3).-2-3; 4).-2-4;

2. Qizilo'ngachdan qusgan qusuq massasi? 1). Chaynalgan ovqat va xlorid kislotasi bor; 2). Hazm bo'lmagan chaynalgan ovqatdan tashkil topgan; 3). Ko'ngil aynishisiz keladi va pepsin tarkibida yo'q; 4). Hazm bo'lmagan, chaynalgan ovqat va tarkibida pepsin bor; 5). Pepsin, xlorid kislotasi, va hazm bo'lgan ovqatdan tashkil topgan.

1).-1-3; 2).-1-2; 3).-2-3; 4).-2-4;

3. Qizilo'ngachdan qon ketish sababini ko'rsating? 1). Qizilo'ngach o'smasi va qizilo'ngach kuyishidan; 2). Qizilo'ngach o'smasi parchalangandan keyin; 3). Qizilo'ngach torayishi va qizilo'ngach yarasida; 4). Qizilo'ngach yarasidan qizilo'ngach kengaygan venalari yorilishidan; 5). Qizilo'ngach venalari kengayishida va qizilo'ngach kuyishidan

1).-1-2; 2).-1-3; 3).-2-3; 4).-2-4;

4. Jig'ildon (zarda) qaynashi sababini ko'rsating (izjoga)? 1). Me'da shirasini qizilo'ngach pastki qismiga tashlanishi; 2). Reflyukos ezofagitda; 3). Qusishda, qayd qilishda; 4). Qizilo'ngachdan qon ketganda, reflyukos ezofagitda; 5). Reflyukos ezofagitda, qusishda, qayd qilganda.

1).-1-2; 2).-1-3; 3).-2-3; 4).-2-4;

5. Privratnik stenozini uchun xarakterli qusuq massasi; 1). Hidlangan qusuq massasi; 2). Qusuq massasi faqat Me'da shirasida tashkil topgan; 3). Hidlangan 10-15 minut ovqatdan keyin qusadi; 4). Qusuq massasi toza ovqat va tarkibiga pepsin bor; 5). Qusgandan keyin bemor o'zini yengil sezadi.

1). -2-3; 2).-1-3; 3). -1-4; 4).-2-4;

6. Disfagiya bu ... 1). Me'da shirasini og'izga chiqishi; 2). Qizilo'ngach kuyishidan keyin kelib chiqadi; 3). Qizilo'ngachdan ovqat o'tishining buzilishi; 4). Yegan ovqat mahsulotini qayt qilishi; 5). Ko'krak sohasida ovqat o'tish paytida og'riq hosil bo'lishi;

- a) Siydik ajralishning buzilishi
- b) Bel sohasida og'riq
- c) Oyoqdan shishni boshlanishi
- d) Yuzlarda shish bo'lishi

12. Buyrak shishlari uchun xarakterli emas

- a) Yuzi shishgan, oqargan so'liqqan
- b) Tez-rivojlanib tananing hamma qismiga tarqalishi
- c) Ko'kimtir shishlar
- d) Shishlarning yuqoridan pastga tarqalishi

13. Buyrakning surunkali kasalliklari uchun qaysi simptomlar xarakterli?

- a) Bel sohasida og'riq
- b) Arterial gipertenziya
- c) Arterial gipotenziya
- d) Arterial gipertenziya, bel sohasida ogriq, shishlar

14. Glomerulonefrit uchun xarakterli emas.

- a) Proteinuriya
- b) Piuriya
- c) Gipertoniya
- d) Giperstenuriya

15. Glomerulonefritning rivojlanishiga sabab bo'la olmaydi

- a) Yuqori insolyatsiya
- b) Sovuqqotish
- c) Viruslar
- d) Infektsiyalar

16. Glyukozuriya bu-

- a) Siydik bilan keton tanachalar ajralishi
- b) Siydik bilan oqsil ajralishi
- c) Siydik bilan bilirubin ajralishi
- d) Siydik bilan qand ajralishi

17. Poliuriya nima?

- a) Siydik ko'p miqdorda ajralishi
- b) Siydikning kamayishi
- c) Siydikda oqsil bo'lishi
- d) Siydikda qon bo'lishi

18. Poliuriya sababi bo'la olmaydi

- a) Qandsiz diabet
- b) Qandli diabet
- c) Gipotenziv preparatlar
- d) 2 va 3

19. Pollakiuriya bu:

- a) Kechqurungi diurezning kunduzgiga nisbatan ustunligi
- b) Siydikning tez-tez ajralishi
- c) Siydik ajralmasligi
- d) Sutkalik siydik miqdorining ko'payishi

20. Pollakuriya qaysi kasallik uchun xos.

- a) Qandli diabet
- b) Tireotoksikoz
- c) Gipotireoz
- d) Addison kasalligi

Endokrin tizimi test savollari

1. Soglom odam qonida qand miqdori.

- a) 14-16 mmol/l
- b) 9-12 mmol/l
- c) 3,5-6,5 mmol/l
- d) 12-14 mmol/l

2. Shtelvag simptomi (ko'zning kam-kam pիրpirashi) xarakterli:

- a) Akromegaliya uchun
- b) Basedov kasalligi uchun
- c) Tuberkulyoz uchun
- d) Rak uchun

3. Qalqonsimon bez gipofunksiyasi natijasida yuz ifodasi?

- a) Sher yuzi
- b) Parkinson yuzi
- c) Meksidematoz yuz
- d) Oysimon yuz

4. Qalqonsimon bez qanday garmon ishlab chiqaradi?

- a) Tiroksin, triyodtironin
- b) Progesteron
- c) Estradiol
- d) Testesteron

5. Diabetik komada birinchi tibbiyot yordami sifatida nima qo'llaniladi.

- a) 40%- 20,0 glyukoza vena ichiga
- c) Insulinoterapiya

- b) Antiaritmik preparatlar d) Yurak glikozidlar

6. Qandli diabetning dastlabki bosqichlari uchun xarakterli:

- a) Poliuriya c) Izostenuriya
b) Gipoizostenuriya d) Anuriya

7. Qandli diabet qaysi ichki sekretiya bezi kasalligi hisoblanadi.

- a) Buyrak usti bezi c) Qalqonsimon bezi
b) Gipofiz bezi d) Oshqozon osti bezi

8. Qandli diabetda asosiy laborator belgi hisoblanmaydi

- a) Glyukozuriya c) Anoreksiya
b) Poliuriya d) Polidipsiya

9. Polidipsiya qaysi kasallik uchun xos simptom hisoblanadi.

- a) Gipotireoz c) Qandli diabet
b) Gipertireoz d) Itsenko-Kushing sindromi

10. Miksedemada yuz ko'rinishi qanday bo'ladi?

- a) Ko'zlari ichiga botgan, burun o'tkirlashgan, teri ko'kimtir
b) Yuz burun, lablar, qosh usti ravoqlari katta, tish oralig'i kengayib, pastki jag oldinga chiqqan

- c) Yuzi keng, yumaloq, oqargan, terisi silliq, qalinlashgan, ko'zlari ma'nosiz, xira, qisilgan
d) Katta-katta ochilgan, chaqchaygan, yaltiroq, ko'z, qo'rquvdan qotib qolgan yuz.

11. Ksantelazma quyidagilarning buzilishidan darak beradi:

- a) Suv-tuz almashinuvi c) Oqsil almashinuvi
b) Xolesterin almashinuvi d) Ferment almashinuvi

12. Ksantelazmalar joylashadi:

- a) Qovoqlarda c) Qo'lda
b) Tanada d) Bo'yinda

13. Gipertireoz uchun xarakterli

- a) Moddalar almashinuvining oshishi
b) Giperoxolesterinemiya va bradikardiya
c) Taxikardiya, xolesterin miqdorini me'yorda bo'lishi
d) Gipoxolesterinemiya va taxikardiya

14. Qalqonsimon bez giperfunktsiyasi uchun xarakterli.

- a) Ekzoftalm, bradikardiya c) Ekzoftalm
b) Ekzoftalm, tez-tez ko'z yumilihi d) Ekzoftalm, taxikardiya

15. Giperglikemiya-bu.

- a) Qonda qand miqdorining ko'payishi
c) Qonda birirubin miqdorini oshishi
b) Qonda qand miqdorining kamayishi
d) Qonda lipidlar miqdorining kamayishi

16. Angulyar stomatit, gingivit, tish kariesi, paradontoz kuzatiladi.

- a) Qandli diabetda c) Gipotireozda
b) Addison kasalligida d) Akromegaliyada

17. Atrofga atseton hidi tarqalishi qaysi koma uchun xarakterli

- a) Apopleksik koma c) Uremik koma
b) Diabetik koma d) Gipoglikemik koma

Qon tizimiga oid test savollari

1. Quyidagilarni tartib bilan joylashtiring; Irsiy gemolitik anemiyada 1. membranopatiya va 2. gemoglobinopatiyaga olib keluvchi sabablarni ko'rsating; A) natriyning hujayra ichiga to'planishi; B) α aminokislotalar zanjiridagi nuqson; C) kaliyning hujayra ichida kamayishi; D) β aminokislotalar zanjiridagi nuqson; E) hujayra ichida suv to'planishi.

- A) 1-A-C-E va 2-B-D

B) 1-A- E -D va 2-B-C-

C) 1-A-B-D va 2- C-E

D) 1-A-B-E va 2-C-D

2. Kattalashgan, og'riqsiz, harakatchan va bir-biriga tutashmagan limfa tugunlari qaysi kasallik uchun xos?

A) Osmo kasalligi uchun

B) Leykoz kasalligi uchun

C) Limfagranulematoz kasalligi uchun

D) Gematosarkomalar uchun

3. Minkovskiy—Shoffar sferotsitar anemiyasini sabablarini aniqlang; A) natriyning hujayra ichiga to'planishi; B) natriyning hujayra tashqarisiga chiqishi; C) kaliyning hujayra ichida kamayishi; D) kaliyning hujayra ichida to'planishi; E) hujayra ichida suv to'planishi. J) hujayra ichida suv kamayishi;

A) A-C-E

B) B-C-E

C) A-C-D

D) D-E- J

4. Leykoz kasalligiga xos bo'lgan limfa tugunlarini ajrating?

A) Kattalashgan, og'riqli, qizargan va bir-biriga tutashmagan

B) Kattalashgan, og'riqsiz, harakatchan, bir-biriga tutashmagan

C) Kattalashgan, og'riqsiz, harakatchan va bir-biriga tutashgan

D) Qizargan, og'riqli, yiringli, kattalashgan limfa tuguni

5. Vitamin B12 tanqis va folat kislotasi tanqis anemiyaga xos simptomlarni ko'rsating.

A) Pay reflekslarini pasayishi; B) Suyak ko'migi giperplaziyasi; C) Rang ko'rsatkichi giperxromiya; D) Rossolimo patologik reflekslari paydo bo'ladi; E) Terisi rangpar; J) Atrofik Gunter glossiti; Z) Malina rangli til; I) Teri osti yog'kavati atrofiyasi;

A) A-C-D-J-Z

B) B-C-D-I-Z

C) A-C-J-Z -B

D) E-D-J-Z-B

6. Irsiy gemolitik anemiyaning enzimopatiya turiga olib keluvchi sabablarni aniqlang; A) Glyukozo-6-fosfatdehidrogenaza yetishmovchiligi; B) Eritrotsitlar tarkibida oksidlovchilrni kamayishi; C) Piruvatkinaza fermenti yetishmovchiligi; D) Glyutation peroxidaza fermenti yetishmasligi; E) Qaytarilgan glyutationning ko'payishi; J) Oksidlangan glyutationni kamayishi; Z) NADF ning NADFH gacha qaytarilishi sekinlashishi; I) Oksidlangan glyutationdan, qaytarilgan (tiklangan) glutationning hosil bo'lishi buziladi.

A) A-C-D-Z-I

B) A-B-C-E-J

C) A-B-D-Z-I

D) E-C-D-J-I

7. Irsiy gemolitik anemiyada talassemiyaga bo'ladigan rentgenologik o'zgarishlarni ko'rsating; A) Suyaklarni mo'rt bo'lishi; B) Suyaklarda osteoparoz; C) Naysimon suyaklarni kalta bo'lishi; D) Naysimon suyaklarni ingichkalashishi; E) Yassi suyaklarni deformatsiyasi; J) Bosh suyagida cho'tkasimon (tipratikan ignachalari) o'zgarishlar;

A) A-C-D

B) A-C-E

C) A-B-J

D) B-D-J

8. Gipoplastik va aplastik anemiyaning etiologik omillarini aniqlang; A) Qon yo'qotish; B) Qonni parchalanishi; C) Radiatsion nurlanish; D) suyak ko'migiga qarshi antitana; E) Temir va vit B12 yetishmovchiligi; J) Suyak ko'migiga benzol, trinitrotoluol, tetraetilsvinetsning tasiri;

A) A-C-D

- B) C-D-J
- C) A-B-J
- D) A-C-E

9. Quyidagilarni tartib bilan joylashtiring; Temir tanqis anemiyasida 1. sideropenik sindromlar va 2. koilonixiyaga xos belgilar. A) Disfagiya; B) Sochlarni sinishi; C) yupqalashgan tirnoq; D) Terini quruqlashishi; E) Til silliq, yaltiroq; J) Tirnoqlar sinuvchan; I) Qoshiqsimon tirnoqlar; Z) Yassilashgan tirnoqlar;

- A) 1-A- E -J-Z va 2-B-C-D-I
- B) 1-A-C-D-E va 2-B-J-I-Z
- C) 1- A-B- D - E va 2- C-J-I-Z
- D) 1- A-C-J- I va 2- A-E-D-J

10. Limfagranulematoz kasalligiga xos bo'lgan limfa tugunlarini ajrating?

- A) Kattalashgan, og'riqsiz, harakatchan va bir-biriga tutashmagan
- B) Kattalashgan, og'riqli, qizargan va bir-biriga tutashmagan
- C) Kattalashgan, og'riqsiz, harakatchan va bir-biriga tutashgan
- D) Qizargan, og'riqli, yiringli, kattalashgan limfa tuguni

11. Quyidagilarni tartib bilan joylashtiring; 1. Surunkali miyelolekkozga xos va 2. surunkali limfoleykozga xos belgilarni ajrating. A) Kelib chiqishi mielopoez hujayralardan; B) Kariologik tekshirganda Filadelfiya xromosomalari topiladi; C) Kelib chiqishi limfopoez hujayralardan; D) Botkin-Gumprext tanachalari topiladi; E) Yetilgan limfotsitlar qonda ko'payadi; J) Qonda promielotsit, metamielotsit;

- A) 1-A-C-D va 2-B-J-E
- B) 1-A- E-J va 2-B-C-D
- C) 1-C-J-E va 2- A-B-D
- D) 1-A-B-J va 2-C-D-E

12. Quyidagilarni tartib bilan joylashtiring; 1. Limfaadenit va limfagranulematoz uchun xarakterli; A) Kattalashgan og'riqsiz limfa tuguni; B) Kattalashgan og'riqli limfa tuguni C) Kattalashgan og'riqli limfa tuguni, atrofi qizargan; D) Kattalashgan og'riqli limfa tuguni, atrofi qizargan va atrofida to'qimalar bilan harakatlanadi; E) Kattalashgan og'riqsiz limfa tuguni va atrofida to'qimalarga bitishmagan; J) Limfa tuguni kattalashgan, harakatda og'riqsiz, bir-biri bilan tutashgan;

- A) 1-A-D-E va 2- A-C-E
- B) 1- A-E-B va 2-D-E-J
- C) 1- B-C-D va 2- A-E-J
- D) 1-C-D-E va 2-D-E-J

13. Temir tanqis anemiyasida Pico xloratikaga xos belgilarni ko'rsating. A) Tam bilish qobiliyatini yo'qolishi; B) sochlarning to'kilishi; C) Kesak, bo'r istemol qilish; D) Terining qurishi; E) Kerasin va benzin hidlash; J) Tirnoqlarni yupqalashishi va sinishi;

- A) A-C-D
- B) C-D-J
- C) A-C-E
- D) A-B-J

Hazm qilish tizimiga oid masalalar

1 – masala

Bemor 59 yoshda, ozishga, ovqat yutishning qiyinlashuviga (disfagiya), ko'krak qafasida og'riq borligiga, ko'ngil aynishi, oq'iz hidlanishi, qusishga shikoyat qiladi. Qusuq massasi chaynalgan ovqatdan tashkil topgan bo'lib, hidlangan. Bemorda ishtaha yo'q, go'shtli ovqat istemol qila olmaydi, uni ko'zdan kechirilganda kaxektsiya ya'ni teri osti yog' qatlami sust rivojlanganligi aniqlandi, bo'yin limfa tugunlari kattalashgan.

Bemorda qanday patologik jarayon bo'lishi mumkin?

Qanday instrumental tekshiruvlar olib borilishi maqul?

Rentgenologik va endoskopik tekshiruvda qanday o'zgarish ko'rish mumkin?

2 masala

Bemor 35 yoshda, jinsi erkak, bir necha yildan buyon dispanser nazoratida turib davolanib kelgan va kasal deb hisoblaydi. Bemorda doimiy kabziyat, qorinning pastki qismida ba'zan - ba'zan og'riq borligi bezovta qiladi. Bemor najasini ko'zdan kechirganda najasi tuya axlatiga o'xshab dumaloq – dumaloq va yuzasida shilliq borligi aniqlandi. Bemorning qoni tekshirilganida biroz neytrofil leykotsitoz va eritrotsitlar cho'kish tezligi tezlashgan (14 mm/s).

Bemorga qanday tashxis qo'yasiz?

Bemordagi palpator o'zgarishlar qanday?

Qanday instrumental tekshiruvlar olib borgan maqul deb o'ylaysiz va qanday o'zgarishlar kutilishi mumkin?

3 – masala

Bemor 31 yoshda, o'zini ko'p yillardan buyon kasal deb biladi va kasallik asosan bahor va kuz oylarida ko'proq bezovta qiladi. Shikoyati ba'zan ba'zan ichi qabziyat bilan o'tishi, holsizlik, qorinning pastki qismida yon biqinlarida og'riq bezovta qilib turadi. Og'riqlar ovqatlanandan so'ng va defekatsiyadan oldin kuchayadi. Qoni tekshirilganida biroz neytrofil leykotsitoz va EChT tezlashgan. Bemor najasini tekshirib ko'rilganda najasi qattiq va yuzasi shilliq bilan qoplangan.

Bu bemorda qanday tashxis qo'yasiz?

Palpator o'zgarishlarini ayting?

Qanday instrumental tekshiruvlar olib borgan maqul va qanday o'zgarishlar ko'rish mumkin?

Bemorlar najaslaridagi o'zgarishlarni aytib bering?

4 masala

Bemor 22 yoshda, jinsi erkak, haydovchi bo'lib ishlaganligi tufayli ovqatlanish rejimi doimo buzilgan va ba'zan epigastral sohada og'riq paydo bo'lishini shifokorga takidlab o'tdi. Bemor, kasallik asosan bahorda va kuzda xuruj qilishini aytdi. Ob'ektiv palpatsiyada epigastral sohada og'riq borligi va perkussiyada epigastrida ya'ni meda proektsiyasida Mendel simptomi musbatligi aniqlandi. Gastrofibroskopiyada medaning kichik egriligida 0,5 X 0,6 sml destruktiv o'zgarish va uni atrofi qizarganligi aniqlandi.

Bu bemorga taxminiy tashxis qo'ying?

Bemorning asosiy shikoyatlarini sanab bering?

Palpator o'zgarishlarni aytib bering?

Qanday instrumental tekshiruvlar olib borilishi zarur va undagi o'zgarishlarni ayting?

5 masala

Bemor 33 yoshda, shifokor qabuliga kelganda o'zini ko'p yillardan buyon kasal ekanligini aytdi va qorinning chap qismida og'riq borligi, bu og'riqning chap ko'krak qafasiga va bel umurtqalariga berilishiga, og'riqning ovqatdan so'ng 20-30 minutdan keyin paydo bo'lishi, ko'proq bahorda bezovta qilishini aytdi, shular bilan birgalikda jiqildon qaynashi, kekirish, ko'ngil aynishi ba'zan qusish va o'zida biroz qusishdan so'ng engillikni sezishiga shikoyat qildi. Perkussiyada epigastral sohada Mendel simptomi musbatligi aniqlandi. Rentgenologik tekshirganda tokcha (nisha) simptomi aniqlandi.

Bemorda qanday tashxis qo'yasiz?

Bu kasallik uchun etiologik omillarni sanab bering?

Bu kasallik asorotlarini sanab bering?

Parhez stoli va davo rejangiz qanday?.

Siydik ajratish tizimiga oid masalalar

1 – masala

Bemor 19 yoshda, jinsi ayol, qishloq shifokorlik punktida shifokor qabuliga kelganda bosh og'rig'i, hansirash, ish qobiliyatini pasayishi, hamda yurak sohasida sanchiq borligiga shikoyat qilib keldi va anamnez yig'ilganida o'zini 2 haftadan buyon kasal hisoblaydi va peshobining rangini qizarishi, oligouriya borligi aniqlandi hamda angina o'tkazganini takidladi. Bemorni ko'zdan kechirganda teri qoplamlari oqimtir rangda, qovoqlarida shish borligi ko'zga tashlanadi.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Palpator, perkutor, auskultativ o'zgarishlarni ayting.

Bemor peshobida qanday o'zgarishlar kutish mumkin.

Qanday instrumental tekshiruvlar olib borish maqul.

2 – masala

Bemor 22 yoshda, jinsi ayol. Qabul bo'limiga kelganda so'rab surishtirildi va 15 kun oldin skarlatina bilan kasallanganligi aniqlandi, shikoyatlari ko'rish qobiliyatining yomonlashuvi, yurak va bel sohasida og'riq borligi bezovta qiladi. Bemor ko'zdan kechirilganda, qovoqlarida shish borligi, laborator siydikda eritrotsitlar borligi aniqlandi.

Bemorning taxminiy tashxisini ayting.

Bemorlarni ko'zdan kechiring.

Bemor peshobida qanday o'zgarishlar bo'lishi mumkin.

3 – masala.

Qishloq shifokorlik punktida kelgan bemor, bel sohasini ikki tomonlama simillab og'rishi, peshobining tez – tez kelishi va kam miqdorda kelishiga, bosh og'rig'iga hamda ko'rish qobiliyatini pasayishiga shikoyat qilib keldi. O'zini bemor deb 3 haftadan buyon hisoblaydi va otitdan keyin boshlanganligini aytdi. Laborator tekshiruvlar olib borilganda peshobda eritrotsitlar va oqsil borligi aniqlandi.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Bemordagi perkutor o'zgarishlarni ayting.

Bemorlarni rentgenologik tekshiruv o'tkazish texnikasini aytib bering.

Bemor peshobidagi makroskopik hamda mikroskopik o'zgarishlarni aytib bering.

4 –masala.

Kasalxonada tushgan bemor 20 yoshda, jinsi ayol, 3 haftadan buyon kasal, qabulxona shifokori tomonidan barcha tekshiruvlar olib borilgandan so'ng, peshobda oqsil, eritrotsitlar, gialinli tsilindrlar hamda siydik miqdorining kamligi (oligouriya) aniqlandi. Siydikning makroskopik ko'rinishi go'sht yuvilgan suvga o'xshaydi.

Bemor taxminiy tashxisini aniqlang.

Ko'zdan kechirganda qanday o'zgarishlar ko'ramiz.

EKG dagi o'zgarishlarini ayting.

Qanday instrumental tekshiruvlar olib boriladi va texnikasi.

5 – masala

Bemor jinsi ayol, kasalxanaga kelganda, shifokor ko'rigiga bir necha yildan berin o'zini kasal deb hisoblaganligini takidladi va quyidagilarga shikoyat qildi, bel sohasida og'riq borligi, siydik miqdorining kamayishi va rangining qizarganligiga hamda yuzlarida va oyoqlarida shish borligini aytdi. Bemordan anamnez yig'ilganida kechqurun siyish chastotasi ko'payganligi va siydik miqdori oshganligi aniqlandi.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Bemor ko'zdan kechirilganda qanday o'zgarishlarni ko'rishimiz mumkin.

Bemordagi perkutor o'zgarishlarni ayting.

Bemorda qanday laborator va instrumental tekshiruvlar o'tkaziladi va texnikasi.

Addis-Kakovskiy usulida siydik sinamasi yig'ish texnikasini va unda qanday o'zgarishlar bo'lishini aytib bering.

6 masala

Bemor 16 yoshda, o'zini 15- 20 kundan buyon kasal deb biladi va o'z kasalini angina bilan kasallanganligi bilan bog'laydi. Bemordan anamnez yig'ilib, ko'zdan kechirildi va qovoqlarida va oyog'larida shish borligi, laborator peshobda leykotsitlar aniqlandi. Hamda instrumental tekshiruvda buyrak parenximasida yallig'lanish belgilari namoyon bo'ldi.

Bemorning taxminiy tashxisini ayting.

Bemor peshobi tahlilida qanday o'zgarishlar bo'ladi.

Qanday instrumental tekshiruvlar olib borgan maqul va qanday o'zgarishlar bo'ladi.

Endokrin tizimiga oid muammoli masalalar

1 masala

Bemor sorab surishtirilganda qo'z g'aluvchan, tasirchanlik, sababsiz yig'lashi, yuragining tez urishi, uyquning yomonligi, terlash, tez charchashi, isitmasi ko'tarilishi, qo'llarining titrashi, ozishiga hamda ish qobiliyatining pasayganligi aniqlandi. Bemor ko'zdan kechirilganda keraksiz harakatlar qiladi, gapirganda so'zi tugamasdan boshqa jumlani boshlaydi, qovoqlari terisida giperpigmentatsiya (simptom Ellinek) bor. Bemorning pulsi tekshirilganda 110 marta min. Oxirgi kunlarda 5 kg oriqlagan, asosiy almashinuv 30% ga oshgan.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Bemorning yuz qiyofasini ko'zdan kechirganda qanday o'zgarishlar ko'rishimiz mumkin?

Yurak qon-tomir tizimida qanday o'zgarishlar ko'ramiz?

Yurak auskultatsiya qilinganida qanday o'zgarishlar eshitamiz?

2 masala

Shifokor qabuliga kelgan bemor ko'zdan kechirilganda qalqonsimon bezi kattalashgan, terisi yaltiragan, teri osti yog' qatlami atrofiyaga uchragan, ko'z simptomlari musbat, ya'ni ko'zlari yaltirroq, ko'z tirqishlari kengaygan, kiprik qoqmay qarab turadi (Shtelvag simptomi), ko'z qonvergensiyasi susayadi (Mebius simptomi), ko'z pastga harakat qilganda yuqori qovoq orqada qolib sklerada oq chiziq paydo bo'ladi (Gref simptomi), xuddi shunday oq chiziq ko'z olmasining yuqoriga harakat qilganida paydo bo'ladi (Koxer simptomi).

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Bemor qonida bo'ladigan o'zgarishlarni ayting.

Yurak qon tomir tizimidagi o'zgarishlarni aytib bering.

EKGdagi o'zgarishlarini aytib bering.

3 masala

Bemor shifokor qabuliga kelganda ishtahasining kuchayganligi, qusish, qornida xurujsimon og'riqlar bo'lib turishi va ichini suyuq o'tishiga shikoyat qiladi. Yurak qon tomir tizimi tekshirilganida yurak urishi tezlashgan, taxikardiya, sistolik arterial bosim ko'tarilgan va diastolik bosim pasaygan, puls bosimi kattalashgan. Yurak ritmining buzilishi ya'ni ekstrastoliya, hilpillovchi aritmiya borligi aniqlandi. Bemorning qalqonsimon bezi kattalashgan, ko'zlari yaltiroq, ko'z tirqishlari kengaygan, kiprik qoqmay qarab turadi va bemor oxirgi kunlarda 10 kg vazn tashlaganini takidlad. Asosiy almashinuv 55% ga oshganligi aniqlandi.

Bemorga qanday taxminiy tashxis qo'yasiz?

Bemorni ko'zdan kechirganda qanday o'zgarishlar ko'rishimiz mumkin?

Yurak auskultatsiya qilinganida qanday o'zgarishlar eshitaladi?

Bemor qonidagi o'zgarishlarni aytib bering.

Qanday instrumental tekshiruv olib boriladi va natija qanday?.

4 masala

Bemor 38 yoshda, jinsi ayol, shifokor qabuliga kelganda sababsiz yig'lashi, yuragining tez urishi, uyquning yomonligi, terlash, tez charchashi, isitmasi ko'tarilishi, qo'llarining titrashi, ozish hamda ish qobiliyatining pasayishi bezovta qilishini takidlad. Bemorning bo'yi 1,67 m vazni 49 kg, Kettle indeksi 17, bemor juda ozib ketganligi, yurak urish tezligi 142 marta hamda asosiy almashinuvning 68% ga oshganligi aniqlandi.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Bemorni ko'zdan kechiring.

Ko'z simptomlarini aytib o'ting.

5 masala

Bemor 49 yoshda, jinsi ayol, shifokor qabuliga kelganda holsizlikka, uyqu bosishiga, xotirasining susaygani, ish qobiliyatining pasaygani, sochlarining quruqligi, sinuvchan va to'kilishi, qoshlari cheti va kipriklari to'kilishi, tirnoqlarining sinishiga, quruqligiga shikoyat qiladi. Oq'iz bo'shlig'ida tishlarida paradontoz, tishlari shikastlangan, kabziyat va meteorizm borligi aniqlandi. Asab tizimida paresteziya, tutqanoq va yurishda tekis yura olmaydi. Atrof muhitga etiborsiz, intellekt pasaygan. Shifokor bemordan anamnez yig'ganiga kasal bo'lishdan

oldin radioaktiv yod bilan bir necha marta davolanгани aniqladi. Bemorning yuzi niqobsimon va ko'z tirqishlari toraygan.

Bemorga qanday taxminiy tashxis qo'yasiz?

Bemorni ko'zdan kechirganda qanday o'zgarishlar ko'ramiz?.

Yurak qon tomir tizimida qanday o'zgarishlar kuzatiladi?

EKG dagi o'zgarishlarni aytib bering.

6 masala

Shifokor, qabulga kelgan bemor, ko'zdan kechirilganda lunjlari qizargan (rumyanets), peshona, yonoq sohasi, jag' osti sohalari kapilyarlari kengaygan (rubeoz), mushaklari atrofiyaga uchragan, qo'l va oyoq kaftlari sarg'aygan, terida qashalgan izlar, ksantomalar borligi, oyog'larda trofik yaralar borligi hamda bemorning oqiz bo'shlig'i ko'zdan kechirilganda gingivit, stomatitlar va tishlari paradontozga uchraganligi ko'zga tashlandi. Bemordan anamnez yig'ilganida kechqurun ko'p peshob ajralishi va tekshirilganda siydik tarkibida glyukoza borligi aniqlandi.

Bemorga qanday taxminiy tashxis qo'yasiz?

Yurak qon tomir tizimidagi o'zgarishlarni aytib bering.

Asab tizimidagi o'zgarishlarni aytib bering.

7 masala

Bemor 55 yoshda kasalxonada kelganda o'ng oyog'i bosh barmog'ida trofik yara paydo bo'lganligi, badanining qichishiga, va peshobining ko'p miqdorda ajralishiga shikoyat qildi. Bemorning pulsi 94 marta min. qon bosimi o'lchanganda 170/100 mm. sim. ust. tengligi shu bilan birga qonda giperglikemiya va peshobi tekshirilganida oqsil va glyukoza borligi aniqlandi.

Bemorga taxminiy diagnoz qo'ying.

Bemorning siydik ajratish tizimida bo'ladigan o'zgarishlarni aytib bering.

Ko'z tubida bo'ladigan o'zgarishlarni aytib bering.

8 masala

Bemor shifokor qabuliga kelganda badani qichishiga, och qolishiga, holsizlikka, peshobi kechqurunlari ko'p ajralishiga shikoyat qildi. Bemorni ko'zdan kechirganda badanida kashalgan izlar borligi aniqlandi, qoni tekshirilganida qonda glyukoza miqdori 18 mmol/l ligi, peshobda glyukoza miqdori 3% aniqlandi.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Oqsil almashinuvida qanday o'zgarishlar bo'ladi?

Hazm tizimida qanday o'zgarishlar kuzatiladi.

Siydik ajratish tizimida qanday o'zgarishlar bo'ladi?

Qon tizimi kasalliklariga oid masalalar

1 masala

Maktab bolalari davriy tibbiy ko'rik o'tkazilayotgan vaqtda, o'qituvchi o'z o'quvchisi doimo bo'r iste'mol qilib turishini, shu bilan birgalikda ba'zan kesak iste'mol qilishini aytdi, qiz bola 14 yoshda, shifokor tomonidan anamnez yig'ilganida 10 yoshdan hayz sikli (menstruatsiya) boshlangan va 7-8 kun davom etishini aytdi. Bemor sochi sinuvchan, quruq, oqiz burchagi yorilgan, qiz bolaning aytishi bo'yicha sochi to'kiladi. Qoni tekshirilganida rang ko'rsatkichi 0,65 (gipoxrom) ligi va eritrotsitlar soni 3,2 mln (kam) ligi aniqlandi.

Bemorga qanday tashxis qo'yasiz?

Kasallikning klassifikatsiyasini aytib bering (rang ko'rsatkichi va morfologik va h. k. bo'yicha).

Bemor shikoyatlarini sanab o'ting.

Bemor qonidagi o'zgarishlarni aytib bering.

2 masala

Ayol 21 yosh, homiladorlik 30 hafta, ayollar maslahatgohiga kelganda uni shikoyatlarini eshitib, shifokor tomonidan sub'ektiv tekshiruvda ko'z oldi qorong'ulashishi, bosh aylanishi va ob'ektiv teri rangpar, tirnoqlari ichkariga botgan va yupqalashganligi aniqlandi. Bemor qonida eritrotsitlar 2,8 mln va gemoglobin miqdori 64 g/l (kam) ligini hamda yurak qon tomir tizimida

yurak urish tezligi 104 zarb/min hamda yumshoq sistolik shovqin yurak cho'qqisida V qovurg'a orasida eshitiladi.

Bemorning taxminiy tashxisini ayting.

Bemor shikoyatlarini sanab o'ting.

Bemorni ob'ektiv tekshirishda qanday o'zgarish ko'rishimiz mumkin.

Yurak qon tomir tizimidagi o'zgarishlarni aytib bering

Bemorning qonidagi bo'lishi mumkin bo'lgan o'zgarishlarni aytib bering.

3 masala

Bemor 24 yoshda, kasalxonada tushganda shifokor tomonidan ko'zdan kechirildi va quyidagi o'zgarishlar borligini aniqladi. Teri qoplami va shilliq qavatlar oq sarg'ish tus olgan, yuzlari shishgan, tili to'q qizil va yaltiragan, so'rg'ichlari atrofiyaga uchraganligi tufayli yuzasi silliq (atrofik Gunterov glossiti) oqiz shilliq qavatlar va tanglay orqa tomonlari atrofiyaga uchragan, til atrofida oq'iz shilliq qavatida yarachalar paydo bo'lgan hamda tishlarida karies borligi aniqlandi. Qonning rang ko'rsatkichi (1,1) giperxromiya va Jolli tanachalari, Kebot halqalari borligi aniqlandi.

Bemorga qanday taxminiy tashxis qo'yasiz?

Kasallikni etiologik omillarini sanab o'ting.

Kasallik patogenezini aytib bering.

Qondagi o'zgarishlarni aytib bering.

4 masala

Qabulxonada kelgan bemorni shifokor so'rab surishtirib bosh og'rig'i, bosh aylanishi bezovta qilib turishi va ob'ektiv-teri va shilliq qavatlar sarg'ish rangdaligi hamda oq'iz bo'shlig'i ko'zdan kechirilganda tili silliq, to'q qizil rangda, glossit borligi, shular bilan birgalikda instrumental (UTT) jigar va taloq kattalashganligi va laborator qonning rang ko'rsatkichi 1,2, Jolli tanachalari topildi.

Bemorda taxminiy tashxis qo'ying.

Bemor shikoyatlarini aytib bering.

Kasallikning etiologiyasi va patogenezini aytib bering.

Bemorni ko'zdan kechirganda qanday o'zgarishlar ko'rishimiz mumkin?

Bemorning qonida qanday o'zgarishlar ko'rish mumkin?

5 masala

Bemor 48 yosh, bir necha yildan buyon revmatoid artrit bilan dispanser nazoratida turadi, gripp bilan kasallangandan so'ng holsizlik, tez charchash, jismoniy zo'riqishda yurak urishi bezovta qiladi. Bemor ko'zdan kechirilganda teri, ko'zi va boshqa shilliq qavatlar sarg'ayishi, siydik rangining qoramtir tus olishi namoyon bo'ldi. Qondagi eritrotsitlar miqdori 3,2 mln kamligi hamda retikulotsitlar meyorga nisbatan biroz oshganligi aniqlandi. Qonning rang ko'rsatkichi o'zgarmagan.

Ushbu kamqonlik anemiyaning qaysi turiga mansub.

Kasallik rivojlanish mexanizmini aytib bering.

Palpator va perkutor o'zgarishlarni aytib bering.

Bemor qonida, najasida, peshobida bo'ladigan o'zgarishlarni aytib bering.

6 masala

Shifokor qabuliga kelgan bemor ko'zdan kechirildi va kaxeptsiyaga uchraganligi, qorinlari shishgan, terisi nam, rangi oqargan, sarg'ish rang tovlanadi, oyoqlarida shish bor, terilarida, teri ostida qon quyilishlar, toshmalar, og'iz bo'shlig'ida, mindalinalarida nekrotik yaralar borligi, gingivit va stomatit borligini, limfa tugunlarni kattalashganligini ko'rishimiz mumkin. Terisida qon talashlar bo'lib, qoni tekshirilganda leykotsitlar soni asosan mielotsitlar, promielotsitlar hisobida ko'payganligi aniqlandi.

Bemorga qanday taxminiy tashxis qo'yasiz?

Bemor shikoyatlarini sanab o'ting.

Palpator va perkutor o'zgarishlarini ayting.

Qondagi o'zgarishlarni ayting.

Kariologik o'zgarishlarni ayting.

7 masala

Ambulator qabulga kelgan bemor shifokor tomonidan ko'zdan kechirilganda bemor kaxektsiyaga uchraganligi, qorinlari shishgan, terisi quruq, rangi oqargan, oyoqlarida shish borligi, terilarida, teri ostida qon quyilishlar, toshmalar, og'iz bo'shlig'ida, mindalinalarida nekrotik yaralar borligi, gingivit va stomatit borligini, limfa tugunlarni kattalashganligini ko'rishimiz mumkin. Terisida qon talashlar bo'lib, qoni tekshirilganda leykotsitlar soni haddan tashqari asosan limfotsitlar hisobida ko'payganligi aniqlandi. Shular bilan bir qatorda Botkin-Gumprecht soyasi borligi aniqlandi.

Bemorga qanday taxminiy tashxis qo'yasiz?

Bemor shikoyatlarini sanab o'ting.

Palpator va perkutor o'zgarishlarini ayting.

Qondagi o'zgarishlarni ayting.

8 masala

Shifokor qabuliga kelgan bemorni tibbiy ko'rikdan o'tkalayotgan vaqtda bemor o'zini uzoq vaqtdan buyon isitma qilishini va zo'rayib boruvchi holsizlik, tez charchash va terlashini aytib berdi shular bilan birga suyaklarida og'riq bo'lishi va ba'zanda chap qovurg'a ostida noxush holat va og'riq borligiga, limfa tugunlarini kattalashganligiga shikoyat qildi. Shifokor bemorni obdon ko'zdan kechirib qon tahlili tavsiya etdi va limfotsitlar sonining haddan tashqari ko'payganligi va 90-95% voyaga etgan hujayralar ekanligi aniqlandi hamda Botkin - Gumprecht soyasi borligi aniqlandi.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Bemorni ob'ektiv tekshirganda qanday o'zgarishlar ko'rishimiz mumkin?

Palpator va perkutor o'zgarishlar qanday?

Qon tahlilida qanday o'zgarishlar ko'ramiz?

9 masala

Bemor jinsi ayol, 36 yoshda, shifokor qabuliga kelganda doimo teri qoplami va ko'rinish turgan shilliq qavatlari rangining sarg'ayganligi tufayli maslahat olish uchun keldi. Shifokor sub'ektiv holsizlik, bosh aylanishi va ob'ektiv teri rangi sarg'ayganligi, laborator tekshiruvlar olib borganda eritrotsitlar soni 3,0 mln gacha kamayganligi, so'ng qonda glyukoza- 6 – fosfatdegidrogenaza fermenti kamligi, siydik rangining qoramtir tus olishi va unda gemosiderinni paydo bo'lganligi, palpatsiyada biroz jigar va ko'proq taloq kattalashganligi aniqlandi.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Bu kamqonlikning qaysi turiga mansubligini aytib bering.

Kasallik rivojlanish mexanizmini tushuntirib bering.

Qon kasalliklarining klassifikatsiyasini aytib bering.

Mavzular bo'yicha assesmentlar
Ovqat hazm qilish tizimi assesmentlari

Ассесмент 1

<p>Test</p> <p>1. Yara kasaligidagi rentgenoskopik belgilarni aniqlang? 1). Me'da shilliq qavati gipertrofiyalangan.2). Me'da shilliq qavati atrofiyalangan.3). Me'da shilliq qavatida eroziya va qon oqadi.4). Nisha (tokcha) simptomi ko'rinadi.5). Ko'rsatkich barmoq belgisi ko'riladi.</p> <p>1).-4-5; 2).-1-2; 3).-2-3; 4).-3-4;</p> <p>57. "Melena" nima?</p> <p>a) Qora rangdagi axlat b) Rangsiz (kulrang) axlat v) Hazm bo'lmagan ovqat qoldiqlariga ega axlat g) Yog'li, yaltiroq, yomon yuviladigan axlat</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>1 masala</p> <p>Bemor 31 yoshda, jinsi erkak, o'zini 10 yildan buyon kasal deb hisoblaydi. Bemorning shikoyatlari ovqat yegandan so'ng 1,5-2 soat o'tgach epigastral sohada og'riq paydo bo'lishi, kekirish va jiqildon qaynashiga, ba'zanda ko'ngli aynib qusishga shikoyat qiladi. Og'riq ovqat yegandan so'ng susayadi, ko'pincha bahor va kuz fasllarida bezovta qiladi.</p> <p>Sizning taxminiy diagnozingiz qanday. Rentgenologik tekshiruvda qanday o'zgarishlar ko'ramiz. Palpator o'zgarishlarni ayting.</p>
<p>Tushuncha tahlil: Surunkali enterit bu</p>	<p>Amaliy ko'nikma: Sigmasimon ichak palpatsiyasi texnikasi</p>

Ассесмент 2

<p>Test</p> <p>22. Yara kasalligiga xos belgilar?1). Ovqatdan so'ng og'riqning paydo bo'lishi.2). Og'riqning ovqat bilan bog'liqligi va bahor kuzda paydo bo'lishi.3). 12 barmoqli ichak yarasida kechki og'riqlarning paydo bo'lishi.4). 12 barmoqli ichak yarasida og'riqning ovqatdan 20-30 minutdan so'ng paydo bo'lishi.5). 12 barmoqli ichak yarasida og'riqning ovqatdan so'ng kuchayishi xarakterli.</p> <p>1). -3-4; 2).-1-3; 3). -2-3; 4).-4-5;</p> <p>58. "Palag'da tuxum" hidli kekirish kuzatiladi:</p> <p>a) kompensatsiyalashgan stenozda b) me'da qizilo'ngach reflyuksida v) duodeno-gastro-efozageal refllyukusda g) dekompensatsiyalashgan stenozda</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>2 masala</p> <p>Bemor 23 yoshda, jinsi erkak, talaba. Diagnostika markaziga kelganda ko'p yillardan buyon kasal ekanligini takidladi va har kechkurun soat 2-3 orasida epigastral sohada og'riq bezovta qilishini aytdi va ko'ngil aynishi, holsizlik bezovta qilib turadi. Bemor shu vaqtda turib biroz ovqatlanadi va og'riq susaygach yana yotadi. Shifokor bemorni qorin sohasini palpatsiya qilganda qorinning o'rta chizig'idan o'ng tomonda kindik ustida og'riq borligini aniqladi.</p> <p>Bemorda aniq diagnoz qo'yish uchun qanday instrumental tekshiruvlar olib borish ma'qul.</p> <p>Bu kasallikning rentgenologik belgilari qanday.</p> <p>Gastrofibroskopik belgilarini ayting.</p>
<p>Tushuncha tahlil: Surunkali kolit 6y</p>	<p>Amaliy ko'nikma: Yonbosh va ko'r ichakni palpatsiyasi texnikasi</p>

AccecmehT 3

<p>Testr 21.Yara kasalligining asoratlarini ko'rsating? 1). Og'riq, qon ketishi, perforatsiya.2). Ozib ketish og'riq, peneteratsiya, malignizatsiya.3). Stenoz, perfaratsiya, malignizatsiya.4). Qon ketishi, peneteratsiya.5). Epigastral sohada og'riq, qusish, Me'da teshilishi, stenoz. 1).-3-4; 3).-2-3; 2).-1-2; 4).-4-5; 59. Ovqat yegandan keyin 7-8 soat o'tgach "chayqalish (plesk) shovqinining" epigastral sohadan aniqlanishi darak beradi: a) Motor funksiyasining o'zgarishidan b) HCl-giperproduksiyasidan v) Evakuator funksiyaning susayishi g) Shilliq (sliz) giperproduksiyasidan</p>	<p>Vaziyatli masala 3 masala Bemor shifokorga kelganda o'zini 16 yildan buyon kasal ekanligini aytdi va kechqurunlari epigastral sohada og'riq paydo bo'lib, uyqudan uyqonadi va biroz sut ichib yana yotadi, bemorni ko'zdan kechirganda tili oq karash bilan qoplangan. Palpatsiyada kindik yuqorisida qorinning o'rta chiziqidan o'ng tomonda og'riq bor. Kasallik uchun xos rentgenoskopik belgilarini aytib bering. Bu bemorda kasallikka xos qanday asoratlar qolishi mumkin. Bu bemor uchun ovqatlanish rejimini tuzing.</p>
<p>Tushuncha tahlil: Surunkali sigmaidit bu.....</p>	<p style="text-align: center;">Amaliy ko'nikma: Chiquvchi chamber ichak palpatsiyasi texnikasi</p>

AccecmehT 4

<p>Testr 25.Gastrofibroskopik tekshiruvda aniqlanadi?1). Me'da va 12 barmoqli ichak yarasi.2). Me'da va ingichka ichak yaralari.3). 12 barmoqli ichak va sigmasimon ichak yaralari.4). Me'da va 12 barmoqli ichak yallig'lanishi o'smasi, poliplari.5). Yo'g'on ichaklar va ingichka ichaklar yarasi, o'smasi 1). 2-3; 2).-1-4; 3).-3-4; 4).-4-5; 62. "Yo'g'li najas (axlat)" quyida ko'rsatilgan kasalliklarning qaysi biri uchun xos; a) Jigar sirroziga b) Surunkali pankreatit v) Surunkali gastritga g) Surunkali gepatitga</p>	<p>Vaziyatli masala 7 masala Bemor 27 yoshda, jinsi ayol, doimiy qorinda dam, kuldirash bor, ichi ba'zan suyuq o'tadi, sub'ektiv – yuqo ridagi simptomlar yilning bahor va kuz faslida ko'proq bezovta qiladi. Bemorda ovqatlinish rejimi buzilgan, alkogol istemol qilib turadi. Ob'ektiv - palpatsiyada kindik yuqorisida va chap tomonda (simptom Porges) va ingichka ichak tutqichi buylab (simptom Shternberg) og'riq borligi, qorin sohasida kuldirash aniqlandi. Sizning taxminiy tashxisingiz? Bemorda tekshirish rejasini tuzing va undagi o'zgarishlarni ayting? Bemor najasida qanday o'zgarishlar bo'lishi mumkin? Bu bemor uchun parhez stoli va ovqatlanish rejimini tuzing?</p>
<p>Tushuncha tahlil: 12 barmoqli ichakni zondlash haqida tushuncha</p>	<p style="text-align: center;">Amaliy ko'nikma: Ko'ndalang chamber ichak palpatsiyasi texnikasi</p>

AccecmehT 5

<p>Testr 15.O'tkir gastritda FGDS dagi o'zgarishlar? 1). Eroziyalar, qon quyilishlari. 2). Shilliq qavatning giperemiyasi. 3). Oshqozon burmachalari atrofiyasi. 4). Oshqozon va 12 b/i yarasi va qon ketishi. 5). Me'da shilliq qavati gipertrofiyasi.</p>	<p>Vaziyatli masala 17 – masala Bemor 23 yoshda, jinsi ayol, shoshilinch yordam ilmiy markaziga olib kelindi va so'rab surishtirishda ko'p yillardan buyon kasalligi va kasallik bahor va kuz oylarida</p>
---	---

<p>1).-1-2; 2).-1-3; 3).-2-3; 4).-3-5;</p> <p>60. Tanada "tomir yulduzchalari" paydo bo'lishiga asosiy sabab bu...:</p> <p>a) Organizmda esterogenlar yig'ilishi va jigarda ular inaktivatsiyasining pasayishi b) Uglevod almashinuvining buzilishi v) Tomirlar o'tkazuvchanligining oshishi g) Jigarda retikulo-endotelial apparatning izdan chiqishi</p>	<p>bezovta qilib turishi hamda anamnezida meda yarasi borligi aniqlandi. Bemorning shikoyati holsizlik, qusish va qusuq massasi kofesimon. Bemorni ko'zdan kechirganda rangi oqarib ketgan, najasi qoramtir (dekteobraz), o'zi holsiz, pulsi tezlashgan, qon bosimi 80/50 mm. sim. ust. teng.</p> <p>Bemorga taxminiy tashxis qo'ying? Diagnozni tasdiqlash uchun qanday tekshiruvlar olib borilishi maqul? FGDS dagi o'zgarishlarni ayting?</p>
<p>Tushuncha tahlil: Yara kasalligini rentgenologik belgilari ...</p>	<p>Amaliy ko'nikma: Oshqozonni paypaslash texnikasi</p>

Siydik ajratish tizimi assesmentlari

Ассесмент 1

<p>Test</p> <p>1. Buyrak kasalliklarida og'iz bo'shlig'idagi o'zgarishlar: A). Til oqargan, quruq; B). Til malina rangida, angulyar stomatit; C). Til va lablar ko'kimtir-qizil, til so'rg'ichlari atrofiyasi; D). Til oqargan, stomatit, yarali-nekrotik angina; E). Og'izdan ammiak hidi keladi</p> <p>A) A-B C) C-E B) B-D D) A-E</p> <p>2. Qon zardobida meyoriy mochevina miqdori -...</p> <p>A) 3,23-8,32 mmol/l B) 9-12 mmol/l C) 14-18 mmol/l D) 5,2-9,30 mmol/l</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>10 masala</p> <p>Bemor 33 yoshda, jinsi ayol. Shifokor qabuliga kelganda ko'pdan buyon kasalligini takidladi, bemor chap tomonda bel sohasida kuchli sanchiluvchi og'riq borligiga va og'riqning qorinning pastki qismiga berilishiga shikoyat qildi. Bemordan anamnez yig'ilganida transportda yurganda bel sohasida chap tomonda og'riq a bo'lib turganligi aniqlandi, og'riq qovuqqa va oyog'lar orasiga beriladi. Bemorni so'rab surishtirganda bel sohasida isitgich (grelka) q'yish va issiq anna qabul qilish og'riqni sekinlashtirishi aniqlandi. Bu bemorga qanday tashxis q'yish mumkin? Bemordagi perkutor o'zgarishlarni ayting? Bemor peshobidagi o'zgarishlarni aytib bering? Bemorga qanday instrumental tekshiruvlar olib borgan maqul va qanday o'zgarishlar bo'ladi Bu bemorga sizning davo taktikangiz qanday?</p>
<p>Tushuncha tahlil: Surunkalii piyelonefritni izohlab bering</p>	<p>Amaliy ko'nikma Buyrak palpatsiyasi texnikasi</p>

Ассесмент 2

<p>Test</p> <p>3.Surunkali buyrak kasalliklarini asboblar yorda mida tashxislash usullariga kirmaydi: A) . Exografiya; B). Laparoskopiya; C). Fonografiya; D). Skanirlash; E). Punktсион biopsiya; J). Retrograd pielografiya;</p> <p>A) A-B C) D-J B) A-C D) E-J</p> <p>4. Makrogematuriya bu -...</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>15 masala</p> <p>Qishloq vrachlik punktida kelgan bemor quyidagicha shikoyat qildi. Bel sohasini chap tomoni simillab og'rib turishi, tez-tez peshob kelishi va peshobi tiniq emasligini takidladi. Bemor so'rab surishtirilganda ba'zan - ba'zan tana harorati ko'tarilishi, boshi og'rib, yuragi sanchilib turishi aniqlandi va o'zini kasalini bir necha yillardan buyon borligini hamda davolanib turishini ta'kidladi. Peshob analizida ko'p miqdorda</p>
---	--

<p>a) Suydikda epiteliylarni ajralishi b) To'qimalarda eritrotsit miqdorini ko'payishi c) Suydikda leykotsit ajralishi d) Siydikda qonni bevosita bo'lishi</p>	<p>leykotsitlar borligi ma'lum bo'ldi. Bemorga taxminiy tashxis qo'ying. Bemor qoni va peshobidagi o'zgarishlarni aytib bering. Qanday instrumental tekshiruvlar olib boriladi va qanday o'zgarishlar ko'rish mumkin?</p>
<p>Tushuncha tahlil: Surunkalii glomerulonefritni izohlab bering</p>	<p>Amaliy ko'nikma Zimnitsikiy usulida siydik yig'ish texnikasi</p>

Accessment 3

<p>Test 5. Buyrak yetishmovchiligi sindromida qondagi o'zgarishlarni ko'rsating: A). Kreatinin miqdorini oshishi; B). Mochevina miqdori oshishi; C). Aldolaza miqdorini oshishi; D). Bilirubin miqdorini oshishi; E). Proteinuriya; J). glyukozuriya A) A-B-E C) D-J-A B) E-C-B D) B-D-E 6. Zimnitsikiy sinamasida ... aniqlanadi? a) Tuzlar b) Oqsillar c) Shakliy elementlar d) Siydik nisbiy zichligi</p>	<p>Vaziyatli masala 20 masala Bemor 26 yoshda, jinsi ayol, turar joy poliklinikasida xudud terapevtida surunkali glomerulonefrit diagnozi bilan dispanser nazoratida turadi, oxirgi kunlarda kechqurun siyish chastotasi ko'paydi va bemor davolanish uchun nefrologiya bo'limiga murojaat qildi va davolash uchun gospitalizatsiya qilindi. Bu siydik ajralishining buzilishi qanday ataladi. Kechqurungi siydik ajralish chastotasi kupayishi qaysi kasalliklarda uchraydi. Bu turdagi siydik ajralishi qaysi sinama orqali aniqlanadi va uning yig'ish texnikasi.</p>
<p>Tushuncha tahlil: Surunkali tsistitni izohlab bering</p>	<p>Amaliy ko'nikma Addis-Kakovskiy usulida siydik yig'ish texnikasi</p>

Accessment 4

<p>Test 11. Surunkali pielonefritda umumiy siydik tahlilidagi o'zgarishlar (3): A). Leykotsituriya; B). Bakteriuriya; C). Eritrotsituriya; D). Massiv silindruriya; E). Dizuriya A) A-B-E C) C-D-E B) A-C-D D) B-D-C 12. Haqiqiy anuriyaga sabab bo'la olmaydi. a) O'tkir glomerulonefrit b) Boshqa guruhdagi qon quyilganda c) Orqa miya zararlanganda d) Anafilaktik shok</p>	<p>Vaziyatli masala 26 masala Bemor 67 yoshda, jinsi erkak, qishloq vrachlik punktida xudud terapevtida prostata adenomasi bilan dispanser nazoratida turadi, ba'zan qorinning pastki qismida va bel sohasida simillovchi og'riqlar bezovta qilib turgan va birdaniga siydik ajralmay qoldi. Bemor davolanish uchun viloyat diagnostika markaziga murojaat qildi va nefrologiya bo'limiga gospitalizatsiya qilindi. Bu siydik ajralishining buzilishi qanday ataladi. Bu turdagi siydik ajralishi qaysi kasalliklarda uchraydi. Ambyurje usulida siydik yig'ish va uning texnikasi. Bemorga shoshilinch yordam ko'rsating.</p>
<p>Tushuncha tahlil: Pollakiuriya izohlab bering</p>	<p>Amaliy ko'nikma Hechiporenko usulida siydik yig'ish texnikasi</p>

Accessment 5

<p>Test</p> <p>13. Surunkali glomerulonefritning etiologiyasida katta ahamiyatga ega (3); A). Sistemali qizil volchanka; B). Streptakokkli infeksiya; C). Virusli infeksiya; D). Temir transportining buzilishi; E). Radiatsiya tasiri; J). Haddan tashqari yog'li ovqatlar istemol qilish;</p> <p>A) A-B-E C) C-D-J B) A-C-D D) A-B-C</p> <p>14. O'tkir va surunkali glomerulonefritning siydik sindromi uchun xarakterli emas:</p> <p>a) Leykotsitlarning eritrotsitlardan ustunligi b) Proteinuriya c) Gematuriya d) Tsilindruriya</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>25 masala</p> <p>Bemor 17 yoshda, jinsi erkak, qishloq vrachlik punktida xudud terapevtida dispanser nazoratida turadi, ba'zan bel sohasida sanchiluvchan og'riqlar bo'lib, oyog'lar orasiga irradiatsiya qilgan, qovoqlari, yuzlarida shish bo'lib turgan va bemorda sekin asta siydik miqdori kamayib, siydik ajralmay qoldi. Bemor davolanish uchun viloyat diagnostika markaziga murojaat qildi va davolanish uchun nefrologiya bo'limiga gospitalizatsiya qilindi. Bu siydik ajralishining buzilishi qanday ataladi. Bu turdagi siydik ajralishi qaysi kasalliklarda uchraydi. Ambyurje usulda siydik yig'ish va uning texnikasi.</p>
<p>Tushuncha tahlil: Nikturiyani izohlab bering</p>	<p>Amaliy ko'nikma Siydik yo'llarini rentgenologik tekshish texnikasi</p>

Ассесмент 6

<p>Test</p> <p>15. Ikkilamchi pielonefrit rivojlanishida hal qiluvchi rol o'ynaydi (3); A). Siydik tosh kasalligi; B). Asabiy zo'riqish C). Irsiyat; D). Urodinamik buzilishlar; E). Ovqatlanishning buzilishi; J). Jismoniy zurikish</p> <p>A) A-B-E C) C-D-E B) A-C-D D) D-C-J</p> <p>16. O'tkir nefritdagi siydik sindromiga xos belgilar, bittadan tashqari</p> <p>a) Proteinuriya b) Tsilindruriya c) Makrogematuriya d) Mikrogematuriya</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>24 masala</p> <p>Bemor 30 yoshda, jinsi ayol, poliklinikaga xudud terapevtida buyrak kasalligi bilan dispanser nazoratida turadi, oxirgi kunlarda sutkalik siyish miqdori ko'paydi va bemor davolanish uchun turar joy poliklinikasiga murojaat qildi va davolash uchun bemor nefrologiya bo'limiga gospitalizatsiya qilindi, siydikni tekshirganda nisbiy zichligi pasaygan (normada 1,015-1,028). Bu siydik ajralishining buzilishi qanday ataladi. Bu turdagi siydik ajralishi qaysi kasalliklarda uchraydi. Zimnitskiy usulida siydik yig'ish va uning texnikasi, metodikasi, meyoriy tarkibi</p>
<p>Tushuncha tahlil: Poliuriyani izohlab bering</p>	<p>Amaliy ko'nikma Retrograd piyelografiya o'tkazish texnikasi</p>

Qon yaratish tizimi assesmentlari

Assesment 1

<p>Test</p> <p>28. Temir mikroelementi so'rilishiga tasir qiluvchi oziq ovqat maxsulotlari; A) Jigar; B)</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>1 masala</p> <p>Bemor 25 yoshda, kasalxonaga tushganda</p>
--	--

<p>Kakao; C) Buzoq go'shti; D) Qora qahva; E) Go'shti; J) Qorachoy va sut; Z) Kisel; I) Qora mol go'shti;</p> <p>A) B-D-J-Z B) B-C-D-I C) A-C-E-Z D) C-D-E-I</p> <p>16. Pica chloroticaga xos simptom nima:</p> <p>A) Teri quruqligi B) Tirnoqlar deformatsiyasi C) Disfagiya D) Noxush hidlarni yoqtirish</p>	<p>shifokor tomonidan ko'zdan kechirildi va quyidagi o'zgarishlar ko'zga tashlandi. Teri qoplami quruq va ko'chuvchan, rangpar, shilliq qavatlar oqimtir, tirnoqlari sinuvchan, koilonixiya kuzatiladi, oqiz burchaklari yorilgan, til so'rg'ichlari atrofiyaga uchragan, tishlarida qora dog'lar bor, destruktiviyaga uchragan, alveolyar pioreya kuzatiladi, sochlari to'kiluvchan, quruq va sinuvchan. Qonda rang ko'rsatkichi 0,63 (gipoxromiya). Bemorga qanday tashxis qo'yasiz? Kasallikni etiologik omillarini sanab o'ting. Bemor shikoyatlarini sanab o'ting. Yurak-qon tomir tizimidagi o'zgarishlarni aytib bering. Qondagi makroskopik hamda mikroskopik o'zgarishlarni aytib bering.</p>
<p>Tushuncha tahlil: Vitamin B12 va folat tanqis anemiyasining rivojlanish mexanizmi</p>	<p>Amaliy ko'nikma Gemoglobin miqdorini aniqlash texnikasi.</p>

Assesment 2

<p>Test</p> <p>19. Qaysi oziq – ovqat maxsulotlaridan temir organizmga yaxshi o'zlashtiriladi: A) Baliq; B) Jigar; C) Tovuq go'shti; D) Buzoq go'shti; E) Kurka go'shti; J) tuya go'shti;</p> <p>A) A-B B) B-E C) B-D D) D-C</p> <p>15. Ovqat hazm qilish traktida temir so'riladi:</p> <p>A) Yo'gon ichak B) Oshqozonda C) 12 barmoqli ichak va ingichka ichak yuqori qismida D) Me'da va 12 barmoqli ichak</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>3 masala</p> <p>Bemor 23 yoshda, jinsi ayol, 28 haftali homilador. Bemorning muammolari holsizlik, bosh aylanishi, ko'z oldi qorong'ulashishi, ish qobiliyatining pasayishi, tez charchash, hansirash, qulog'ida shovqin, badanda chumo li yurishi hissiyoti, teri sezuvchanligini susayishi, tam bilish qobiliyatini yo'qolishi, ko'ngil aynishi, disfagiya bezovta qilishini aytdi va so'rab surishtirilganda kesak va bo'r istemol qilgisi kelishini aytib berdi. Bemorning qoni tekshirilganida qonda rang ko'rsatkichi 0,71 (pasaygan), gemoglobin 85 g/l hamda eritrotsitlar 3,6 mln (ka maygan), har xil shaklli va har xil razmerli (anizotsitoz, paykilotsitoz) eritrotsitlarni borligi aniqlandi, mikro tsitoz ya'ni eritrotsitlarning o'rtacha razmeri kichraygan ligi ma'lum bo'ldi.</p> <p>Sizning taxminiy tashxisingiz qanday? Bemorni ko'zdan kechirganda qanday o'zgarishlar ko'rishimiz mumkin? Yurak-qon tomir tizimida qanday o'zgarishlar ko'rishimiz mumki?</p>
<p>Tushuncha tahlil: Limfagranulematoz kasalligiga izoh bering</p>	<p>Amaliy ko'nikma Eritrotsitlar sonini aniqlash.</p>

Assesment 3

<p>Test</p> <p>21. Qon yaratish organiga kiradi? A) Suyak ko'migi, limfa tuguni, o'pka; B) Taloq, jigar, suyak ko'migi; C) jigar, suyak ko'migi,</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>4 masala</p> <p>Ayol 21 yosh, homiladorlik 30 hafta, ayollar maslahatgohiga kelganda uni shifokor tomonidan</p>
---	---

<p>yurak; D) Taloq , jigar, limfa tuguni; E) limfa tuguni, yurak, jigar;</p> <p>A) B-D B) A-B C) B-E D) B-C</p> <p>14. Ovqat tarkibidagi temirning maksimal so'rilish miqdori:</p> <p>A) 4,5 mg/sutka B) 1,5 mg/sutka C) 2,5 mg/sutka D) 3,5 mg/sutka</p>	<p>sub'ektiv tekshiruvda ko'z oldi qorong'ulashishi, bosh aylanishi va ob'ektiv teri rangpar, tirnoqlari ichkariga botgan va yupqalashganligi aniqlandi. Bemor qonida eritrotsitlar 2,8 mln va gemoglobin miqdori 64 g/l (kam) ligini hamda yurak qon tomir tizimida yurak urish tezligi 104 zarb/min hamda yumshoq sistolik shovqin yurak cho'qqisida V qovurg'a orasida eshitiladi.</p> <p>Bemorning taxminiy tashxisini ayting.</p> <p>Bemorni ob'ektiv tekshirishda qanday o'zgarish ko'rishimiz mumkin.</p> <p>Yurak qon tomir tizimidagi o'zgarishlarni aytib bering</p> <p>Bemorning qonidagi bo'lishi mumkin bo'lgan o'zgarishlarni aytib bering.</p>
<p>Tushuncha tahlil: Surunkali miyeloleykoz haqida tushuncha</p>	<p>Amaliy ko'nikma Leykotsitlar miqdorini aniqlash.</p>

Assesment 4

<p>Test</p> <p>35. Quyidagilarni tartib bilan joylashtiring; 1) Temirga boy mahsulotlarga nimalar kiradi va 2) Qaysi maxsulotlar temir so'rilishini kamaytiradi?</p> <p>A) Jigar; B) Kakao; C) Buzoq go'shti; D) Qora qahva; E) Go'sht; J) Qorachoy va sut; Z) Kisel;</p> <p>I) Qora mol go'shti;</p> <p>A) 1-A-C-E-I va 2-B-D-J-Z B) 1-A-B-C-E va 2-I-D-J-Z C) 1-A-C-J-Z va 2- E-D-J-Z D) 1-A-C-D-I va 2-E-B-Z-J</p> <p>17. Qizarmagan, kattalashgan, og'riqsiz, teri bilan bitishmagan va bir-biriga tutashmagan limfa tugunlari qaysi kasallik uchun xos?</p> <p>A) Eritremiya uchun B) Limfosarkomalar uchun C) Limfagranulematoz kasalligi uchun D) Leykoz kasalligi uchun</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>26 masala</p> <p>Bemor 47 yoshda, jinsi ayol, shifokor qabuliga kelganda holsizlik, terlash, ish qobiliyatining pasayishi, badanning qichishi, bo'yin sohasi va o'mrov osti sohalarida shish borligi, tana haroratining ko'tarilishiga shikoyat qildi. Limfa tugunidan biopsiya olinganida ko'p yadroli Berezovskiyy-Shternberg hujayralari topildi. Bemorning qonida rang ko'rsatkichi 0,67 gipoxromiya, eritrotsitlar 2,5 mln ya'ni anemiya, neytrofil leykotsitoz, eozinofiliya, trombositopeniya va EChT oshganligi aniqlandi (50-70 mm/s).</p> <p>Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.</p> <p>Bemor ko'zdan kechirilganda qanday o'zgarishlar ko'ramiz?.</p> <p>Palpator va perkutor o'zgarishlarni aytib bering.</p> <p>Qanday instrumental tekshiruvlar olib boriladi va qanday natija kutish mumkin?</p>
<p>Tushuncha tahlil: Surunkali limfoleykoz haqida tushuncha.</p>	<p>Amaliy ko'nikma Qonni ivish vaqtini aniqlash.</p>

Assesment 5

<p>Test</p> <p>7. Quyidagilarni tartib bilan joylashtiring; 1) Temir tanqis anemiyaga xos va 2) Vit. B12 va folat defitsit anemiyaga xos o'zgarishlar; A) Sideropenik sindrom B) Sarg'ish tusli rangpar teri xarakterli; C) Jigarning kattalashuvi; D) Kebot halqalari va Jolli tanachalari; E) Koylonixiya; J) Pica xloratika; Z) Rangpar teri; I) Giperxromiya;</p> <p>A) 1-A- E -J-Z va 2-B-C-D-I</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>10 masala.</p> <p>Bemor shifokor qabuliga kelganda holsizlik, yurak urishi, ko'ngil aynishi, hansirash, ish qobiliyatining pasayishi, ishtahaning yomonlashishi, tilining achishi (kuyishi) bezovta qilib turishini takidlad. Bemorning oqiz bo'shlig'i ko'zdan kechirilganda tili to'q qizil va yaltiragan, so'rg'ichlari atrofiyaga uchraganligi tufayli</p>
---	--

<p>B) 1-A-C-E-I va 2-B-D-J-Z C) 1-A-C-J-Z va 2- E-D-J-Z D) 1-A-C-D-I va 2-E-B-Z-J</p> <p>11. Mikrotsitlar quyidagi hollarda paydo bo'ladi</p> <p>A) Gemolitik anemiya B) Vit B12 defitsitli anemiya C) Temir defitsitli anemiya D) Gipoplastik anemiya</p>	<p>yuzasi silliq (atrofik Gunterov glossiti) og'iz shilliq qavatlar va tanglay orqa tomonlari atrofiyaga uchragan, til atrofida og'iz shilliq qavatida yarachalar payda bo'lgan hamda tishlarida karies borligi aniqlandi. Bemor qoni tekshirilganda megalotsit va megaloblast hujayralar borligi aniqlandi.</p> <p>Bemorga qanday taxminiy tashxis qo'yasiz?.</p> <p>Kasallik rivojlanish mexanizmini tushuntirib bering.</p> <p>Nerv sistemasidagi o'zgarishlar va ta'sir mexanizmini aytib bering.</p>
<p>Tushuncha tahlil: Irsiy gemolitik anemiya to'g'risida tushuncha.</p>	<p>Amaliy ko'nikma Eritrotsitlar cho'kish tezligini aniqlash.</p>

Assesment 6

<p>Test</p> <p>10. Quyidagilarni tartib bilan joylashtiring; 1) Irsiy gemolitik anemiya va 2 - Ortirilgan gemolitik anemiya; A) Fermentopatiya; B) Membranopetiya; C) Sistemali kasalliklar; D) Infektsiya; E) Gemoglobinopatiya; J) Enzimopatiya; Z) Toksik moddalar; I) Rezus nomutanosiblik;</p> <p>A) 1-A-C-E-I va 2-B-D-J-Z B) 1-A- E -J-Z va 2-B-C-D-I C) 1-A-C-J-Z va 2- E-D-J-Z D) 1-A-B-E-J va 2-C-D-Z-I</p> <p>26. Sideropenik sindrom belgilariga kiradi, bittadan tashqari:</p> <p>A) Teri qoplamlari quruqligi B) Ovqat yutish qiyinlashuvi C) Og'riqli yutinish D) Ovqatni qizilo'ngachga turib qolishi</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>8 masala</p> <p>Bemor, yoshi ulgaygan, ambulator sharoitida shifokor nevropatolog qabuliga kelganda yurishning buzilishi, oyog'larda spastik paralich, tizza reflekslari yo'qolganligi, terisida anesteziya va paresteziya borligi shular bilan birga siydik qopi va to'qri ichak faoliyatining buzilishi kuzatildi. Bemorning og'iz bo'shlig'i ko'zdan kechirilganda tili to'q qizil va yaltiragan, so'rg'ichlari atrofiyaga uchraganligi tufayli yuzasi silliq (atrofik Gunterov glossiti) oqiz shilliq qavatlar va tanglay orqa tomonlari atrofiyaga uchragan, til atrofida og'iz shilliq qavatida yarachalar paydo bo'lgan hamda tishlarida karies borligi aniqlandi. Qonda Jolli tanachalari va Kebot halqalari aniqlandi.</p> <p>Sizning taxminiy tashxisingiz qanday? Bemor shikoyatlarini sanab o'ting. Qanday instrumental tekshiruvlar olib boriladi va qanday o'zgarishlar kuzatiladi? Laborator o'zgarishlarini aytib bering.</p>
<p>Tushuncha tahlil: Ortirilgan gemolitik anemiya haqida tushuncha</p>	<p>Amaliy ko'nikma Rang ko'rsatkichini aniqlash texnikasi</p>

Assesment 7

<p>Test</p> <p>1. Temir tanqis anemiyasida sochlarda kuzatiladigan o'zgarishlar?</p> <p>A) Yog'li soch kuzatiladi; B) Sochlari sinuvchan va uchlari yorilgan C) Sochlarni oqarishi, ingichkalashishi; D) Mo`rt bo`ladi va to`kiladi; E) Sochlarda o'zgarish kuzatilmaydi; J) Quruq va sinuvchanligi kuzatiladi;</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>27 masala</p> <p>Shifokor qabuliga kelgan bemorni ko'zdan kechirganda periferik limfa tugunlarini kattalashganligini va ularni bir - biri bilan tutashib ketganligini, badanda qashalagan izlar borligi va badanning ba'zi bir joylari ko'karganligi ko'zga tashlandi. Bemorning limfa</p>
---	---

<p>A) A-D-E-J B) B-C-D-J C) A-C-E-D D) C-D-E-J</p> <p>13. Qonni mikroskopiya qilinganida Jolli tanachalari va Kebot halqalari aniqlandi. Qaysi kasallikka xocligini aniqlang:</p> <p>A) Temir tanqis anemiyasi B) Posgemorragik anemiya C) Aplastik va gipoplastik anemiyada D) Vitamin B12 va folat tanqis anemiyasi</p>	<p>tugunidan, suyak ko'migidan olingan surtmalarida ko'p yadroli Berezovskiy-Shternberg hujayralari topildi.</p> <p>Bemorning taxminiy tashxisini aniqlang. Bemorning shikoyatlarini sanab o'ting. Palpator, perkutor o'zgarishlarni aytib bering Bemorning qonida bo'ladigan o'zgarishlarni aytib bering.</p>
<p>Tushuncha tahlil: Vitamin B12 va folat tanqis anemiyasining rivojlanish mexanizmi</p>	<p>Amaliy ko'nikma Eritrotsitlar sonini aniqlash texnikasi.</p>

Assesment 8

<p>Test</p> <p>3. Quyidagilarni tartib bilan joylashtiring; 1. surunkali mieloleykozga va 2. surunkali limfoleykozga xos o'zgarishlar; A) promiefotsit; B) prolimfotsitlar; C) metamielotsit; D) mielotsitlar; E) limfoblastlar; J) filadelfiya xromosomalari; I) Botkin-Gumprext tanachalari; Z) Sezar sindromi;</p> <p>A) 1-A-C-E-I va 2-B-D-J-Z B) 1-A-B-C-E va 2-I-D-J-Z C) 1-A-C-J-Z va 2- E-D-J-Z D) 1-A-C-D-J va 2- B-E -I-Z</p> <p>9. Sochlarni oqarishi, ingichkalashishi; mo`rt bo`lishi va to`kilishi, quruq va sinuvchanligi anemiyaning qaysi birida kuzatiladi;</p> <p>A) Irsiy gemolitik anemiya B) Ortirilgan gemolitik anemiya C) Temir tanqis anemiyada D) Vitamin B12 va folat tanqis anemiyada</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>22 masala</p> <p>Shifokor profilaktik tibbiy ko'rik o'tkazayotgan vaqtda bemor uzoq vaqtdan buyon isitma qilishini va kuchayib (zo'rayib) boruvchi holsizlik, charchash va terlashini aytib berdi, shular bilan birga suyaklarida og'riq bo'lishi va ba'zanda chap qovurg'a ostida noxush holat va og'riq borligiga shikoyat qildi. Bemorda kariologik tekshiruv olib borganda filadelfiya xromosomalari borligi aniqlandi.</p> <p>Bu bemorga qanday taxminiy tashxis qo'yish mumkin?</p> <p>Bemorni ob'ektiv tekshirganda qanday o'zgarishlar ko'rishimiz mumkin?</p> <p>Palpator va perkutor o'zgarishlar qanday?</p> <p>Qaysi instrumental tekshiruvlar olib borgan ma'qul va qanday o'zgarishlar kutish mumkin?</p> <p>Qon tahlilida qanday o'zgarishlar ko'ramiz?</p>
<p>Tushuncha tahlil: Koylonixiyaga izoh bering va qaysi kasallikka uchraydi</p>	<p>Amaliy ko'nikma Gemoglobin miqdorini aniqlash texnikasi.</p>

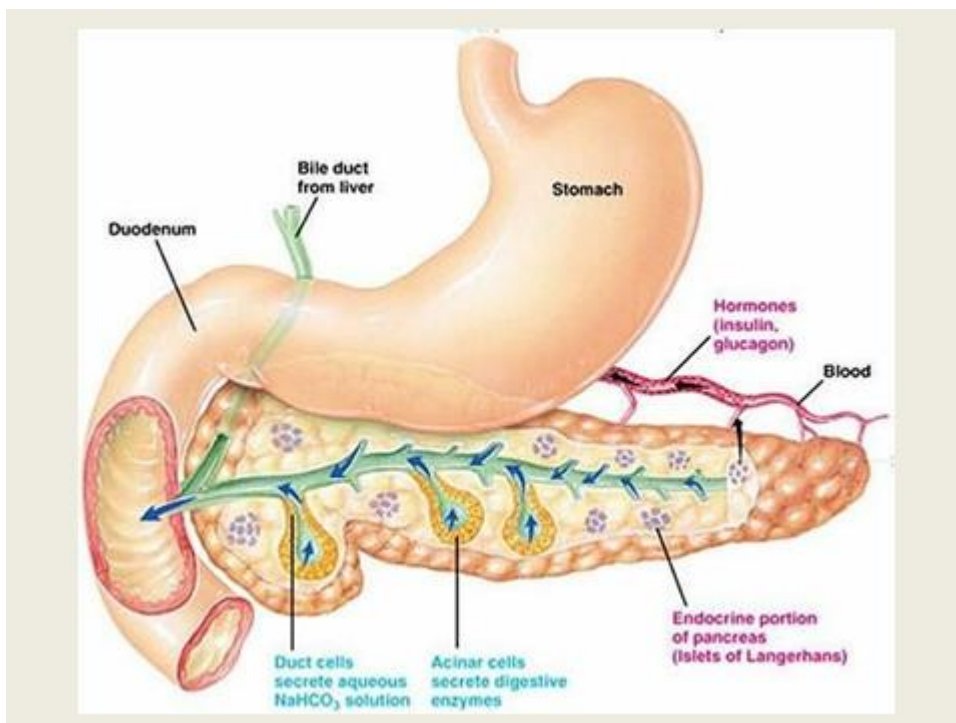
Assesment 9

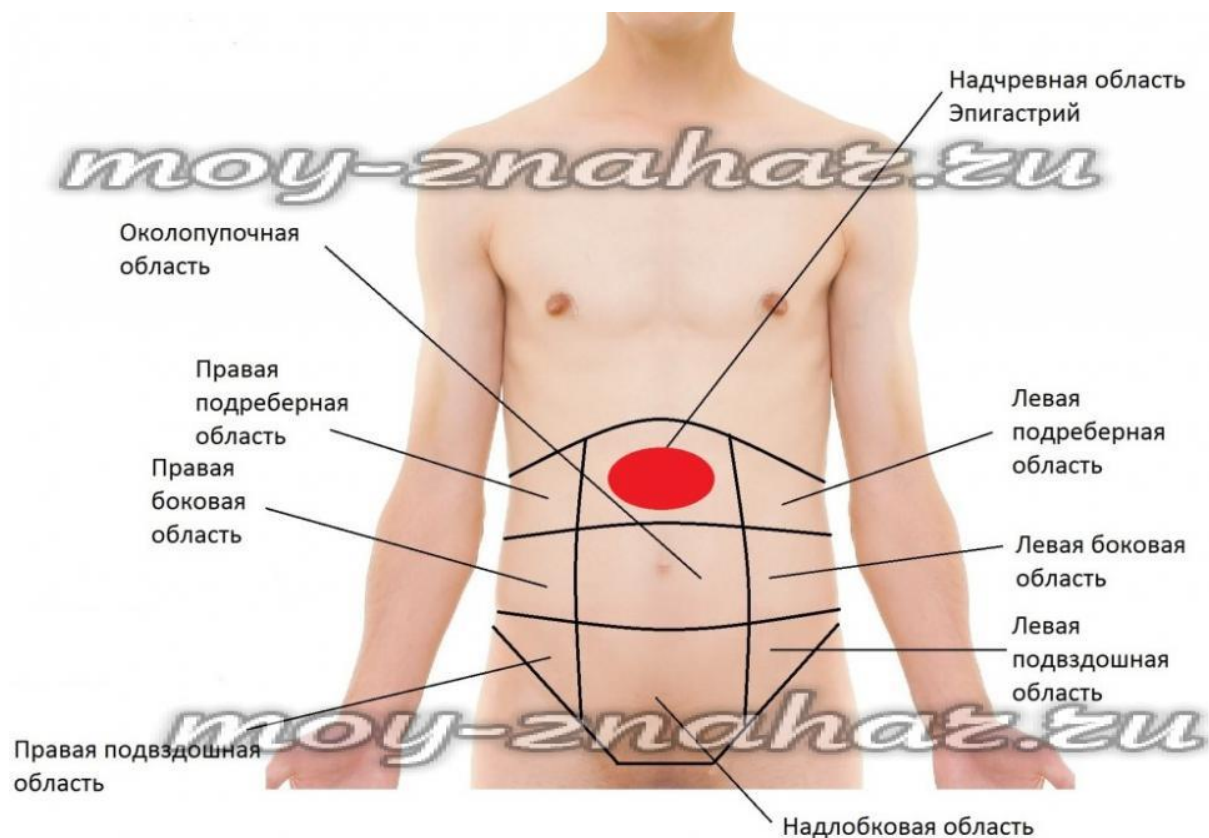
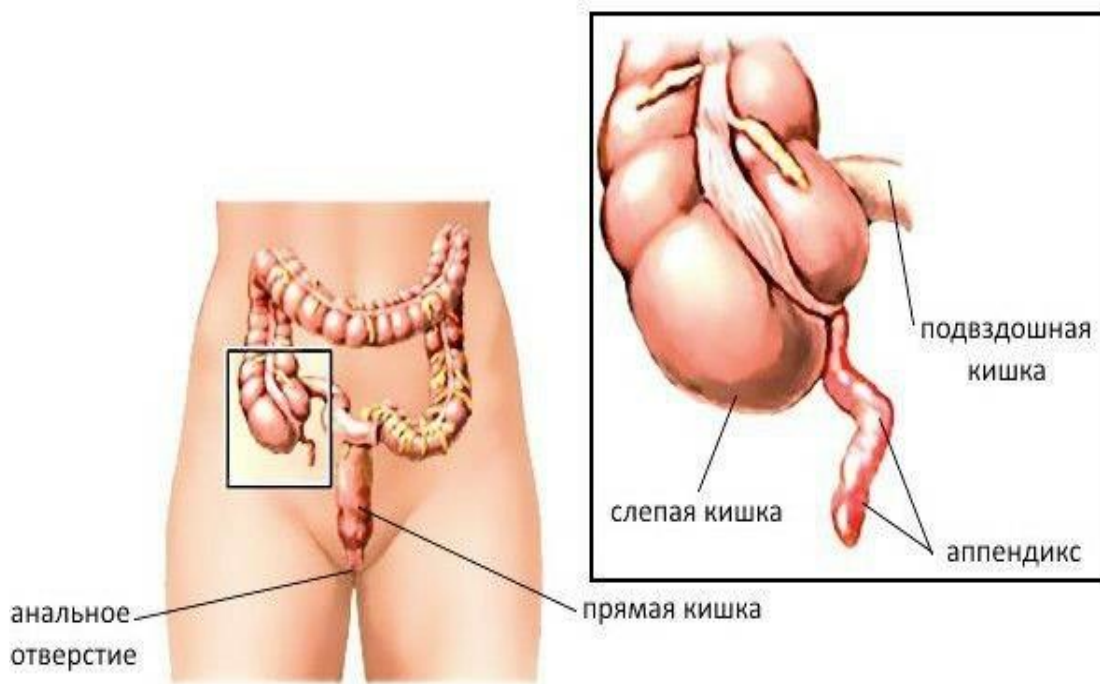
<p>Test</p> <p>18. Anemiyada sochlarda kuzatiladigan o'zgarishlar?</p> <p>A) Sochlarni oqarishi, ingichkalashishi; B) Yog'li soch kuzatiladi; C) Mo`rt bo`ladi va to`kiladi; D) Sochlarda o'zgarish kuzatilmaydi; E) Quruq va sinuvchanligi kuzatiladi;</p> <p>A) A-D_E B) B-C-D C) A-C-E</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>21 masala</p> <p>Bemor 24 yosh, jinsi ayol, homilador 21 hafta, shifokor akusher - ginekolog qabuliga kelganda ko'zdan kechirildi va terisi rangpar sarg'ish tovlanadi, terisida qon quyilishlar hamda nekrozga uchragan sohalarni ko'zga tashlandi, og'iz bo'shlig'i va shilliq qavatlarida nekrotik yaralar paydo bo'lishi, yarali nekrotik gingivit, stomatit, angina bo'ladi, limfa</p>
--	---

<p>D) C-D-E</p> <p>16. Pica chlorotica simptomi nima:</p> <p>A) Qorinda dam bo'lish</p> <p>B) Ishtahaning kuchayishi</p> <p>C) Disfagiya</p> <p>D) Ta'm bilishning buzilishi</p>	<p>tugunlar kattalashganini aniqlandi va RW uchun qon olindi. Jgut simptomi musbatligini ko'rib, bemor qoni tekshirildi va limfoblast hujayralar borligi aniqlandi.</p> <p>Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.</p> <p>Bemor shikoyatlarini sanab o'ting.</p> <p>Palpator, perkutor, auskultativ o'zgarishlarni aytib bering.</p>
<p>Tushuncha tahlil:</p> <p>Enzimopatiya kelib chiqish mexanizmi.</p>	<p>Amaliy ko'nikma</p> <p>Eritrotsitlar cho'kish tezligini aniqlash texnikasi.</p>

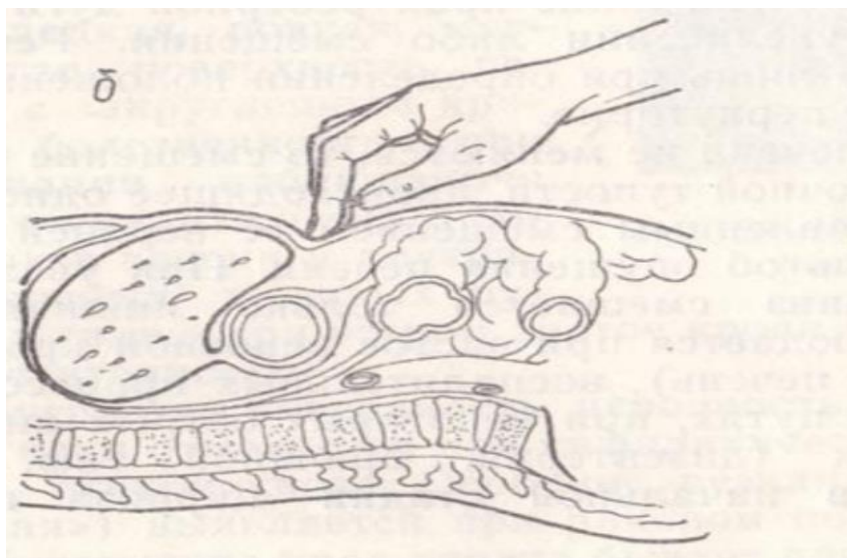
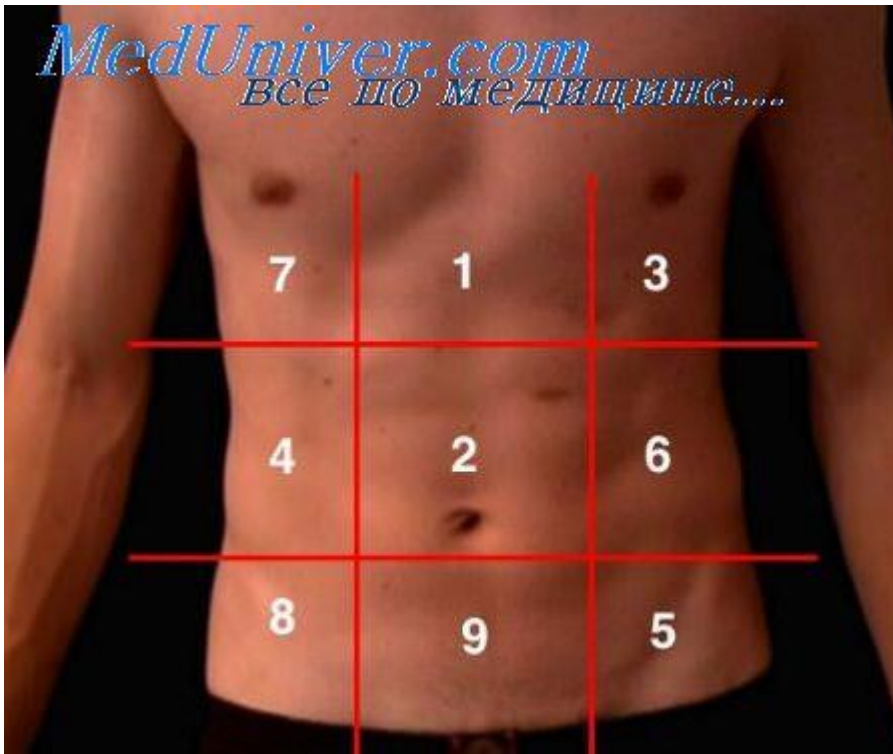
Mavzularga oid suratlar

Ovqat hazm qilish tizimi





MedUniver.com
Все по медицине...



Тема: ПАЛЬПАЦИЯ ЖИВОТА

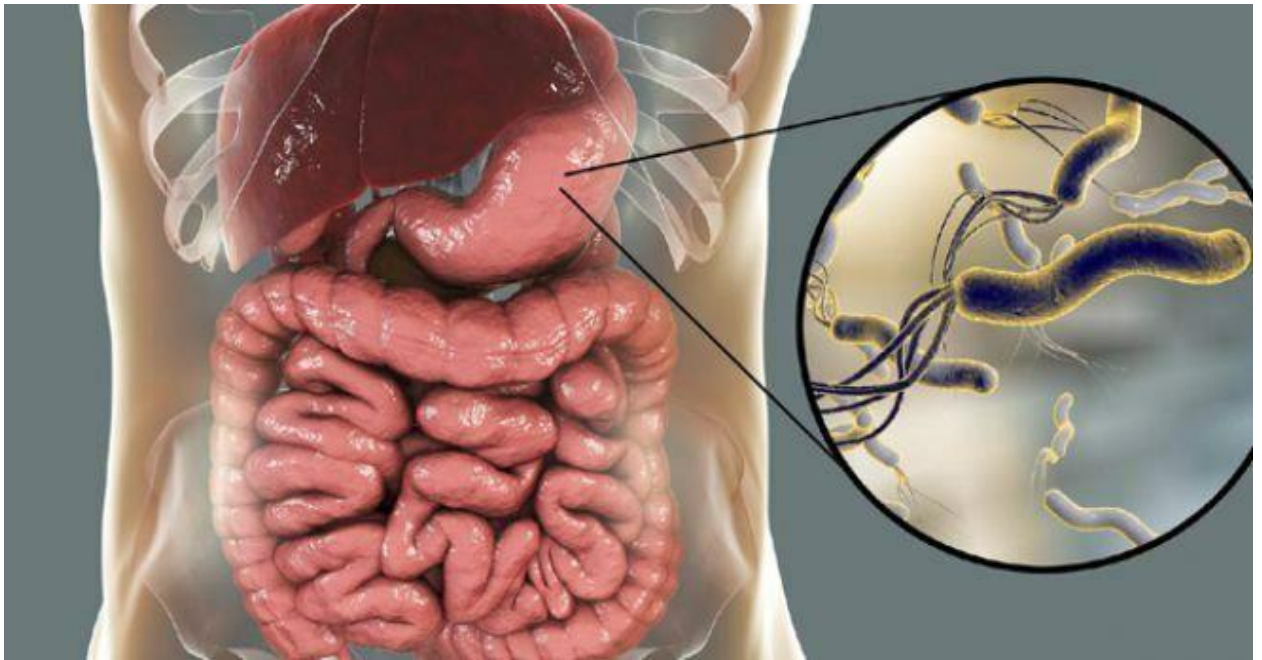


Монтаж: доцент Чернуха С.Н.

Демонстрация: доцент Куница В.Н.

Голос за кадром: доцент Польская Л.В.





Helikobakter pilori shunchalik dahshatli emas?

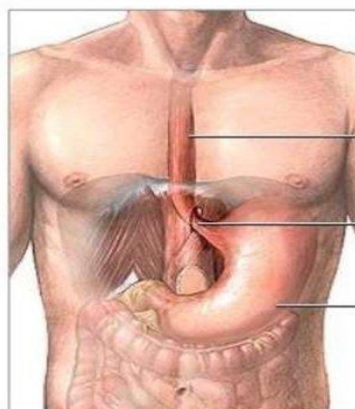
JSST ma'lumotlariga ko'ra, dunyo aholisining qariyb 60% Helikobakter pilori bakteriyalarining tashuvchisi hisoblanadi. Bu banal gastritdan oshqozon saratoniga qadar ko'plab kasalliklarni keltirib chiqarishi mumkin. Biroq, aholining 60 foizi Helikobakter pilori-ga mutlaqo tinchdir va hech qanday kasallikka duch kelmaydi. Nima sababdan? Ma'lum bo'lishicha, u kamdan-kam hollarda kasalliklarni keltirib chiqaradi, ammo zaiflashgan immunitet tizimi, nosog'lom turmush tarzi va noto'g'ri ovqatlanish bilan birgalikda u bir qator kasalliklarni keltirib chiqarishi mumkin. Shuning uchun sizga yomon odatlardan voz kechishingizni, immunitetingizni va parhezingizni normallashtirishingizni maslahat beraman, shundan keyin Helikobakter bilan biron bir holatsizni qo'rqitmaydi.

@qiziqarli_medicina

Ахалазия кардии

Это хроническое нервно-мышечное заболевание, при котором не происходит рефлекторного раскрытия кардии (отверстия на границе желудка и пищевода) при глотании.

В результате нарушается перистальтика и тонус пищевода и прохождение пищи по нему.



пищевод

кардия

желудок



Endoskopik tekshiruv. Qizilo'ngach yarasi



Endoskopik tekshiruv. Qizilo'ngach polipi



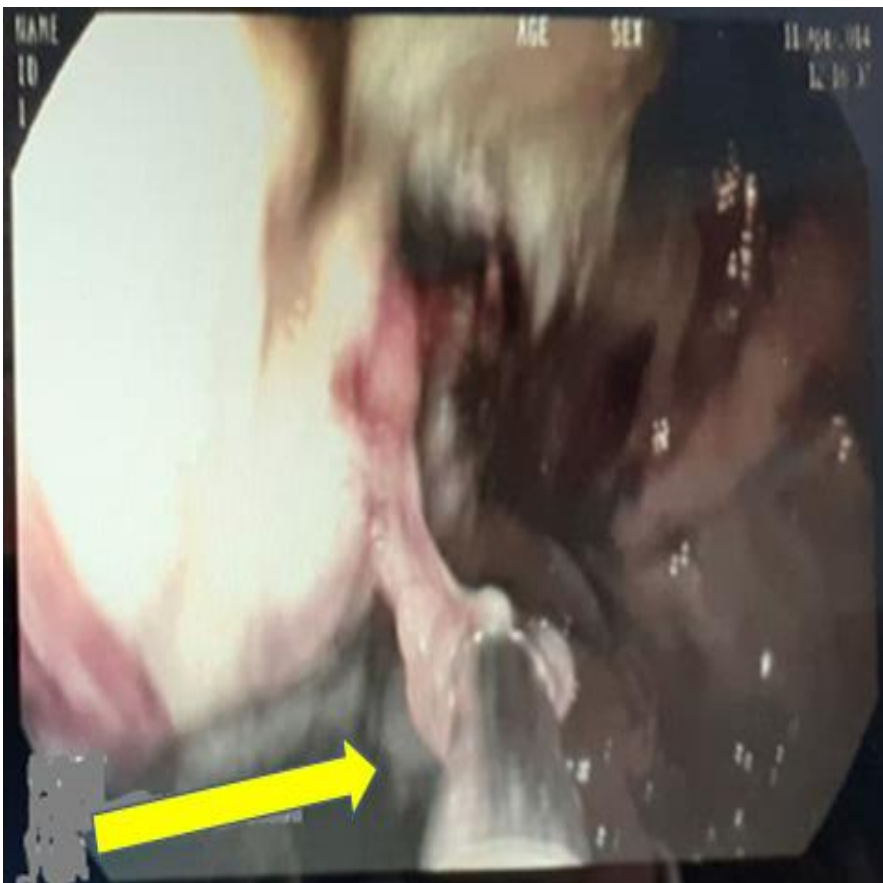
Qizil strelka me'da yomon sifatli o'smasi

Sariq strelka meda burmasi meyorda



Endoskop skalpeli

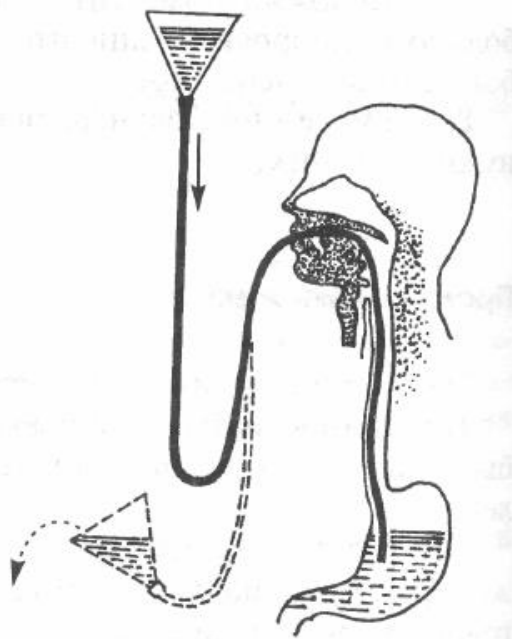
tasvirlangan



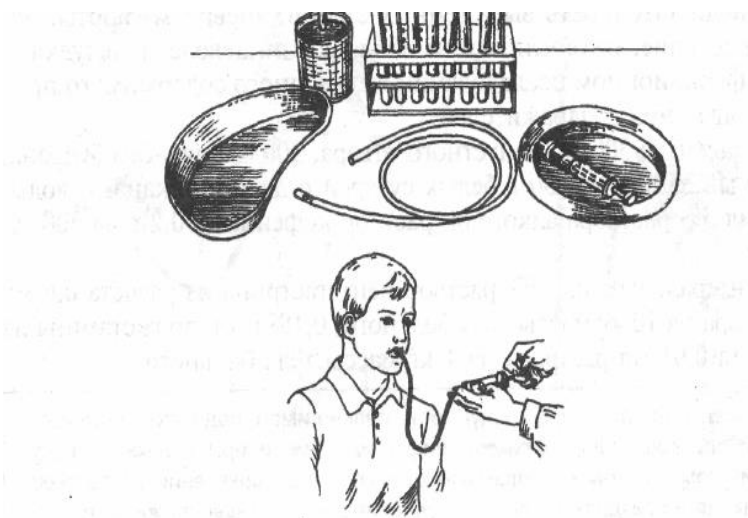
Medadan biopsiya olinmoqda



Oshqozon yuvish jarayoni.

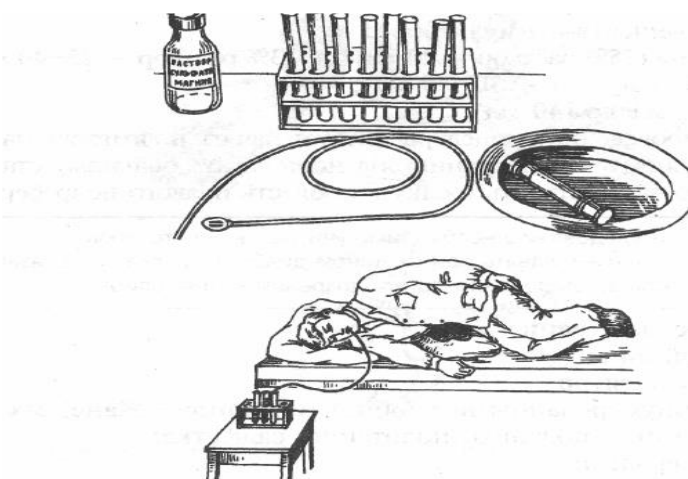


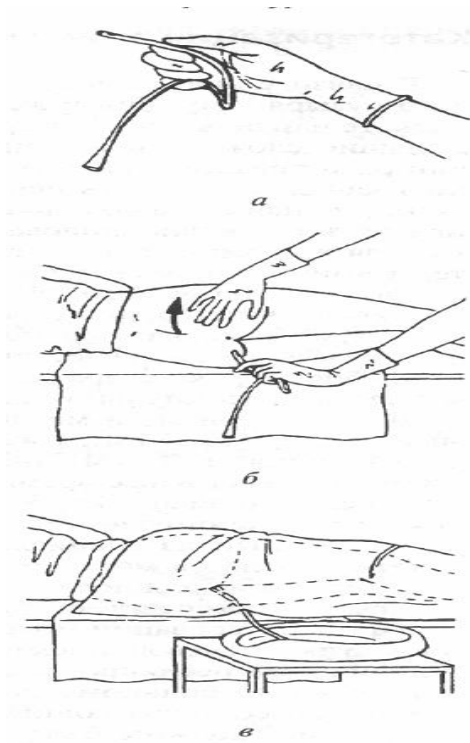
Oshqozon yuvish jarayonida voronka qo`yish ketma-ketligi.



Oshqozon shirasini tarkibini fraksion tekshirish.

Duodenal zondlash texnikasi va bemor holati

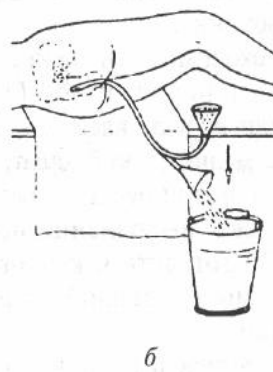
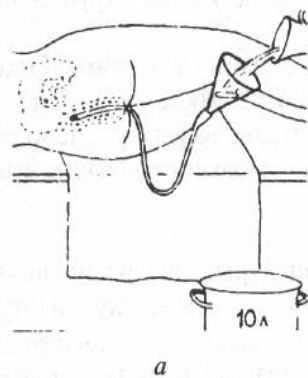




Gaz chiqarish naychasini qo'yish tartibi



Huqna o'tkazish tartibi



Sifon huqna qo'yilish jarayoni: a – ichakga voronka orqali suv quyiladi; b – voronka sathi pastga tushirilgandan keyin ichak suyuqligi voronka orqali chiqadi.



Rentgen suratda ko'rsatkich barmoq simptomi

На рентгеноскопию изображено симптом указательного пальца

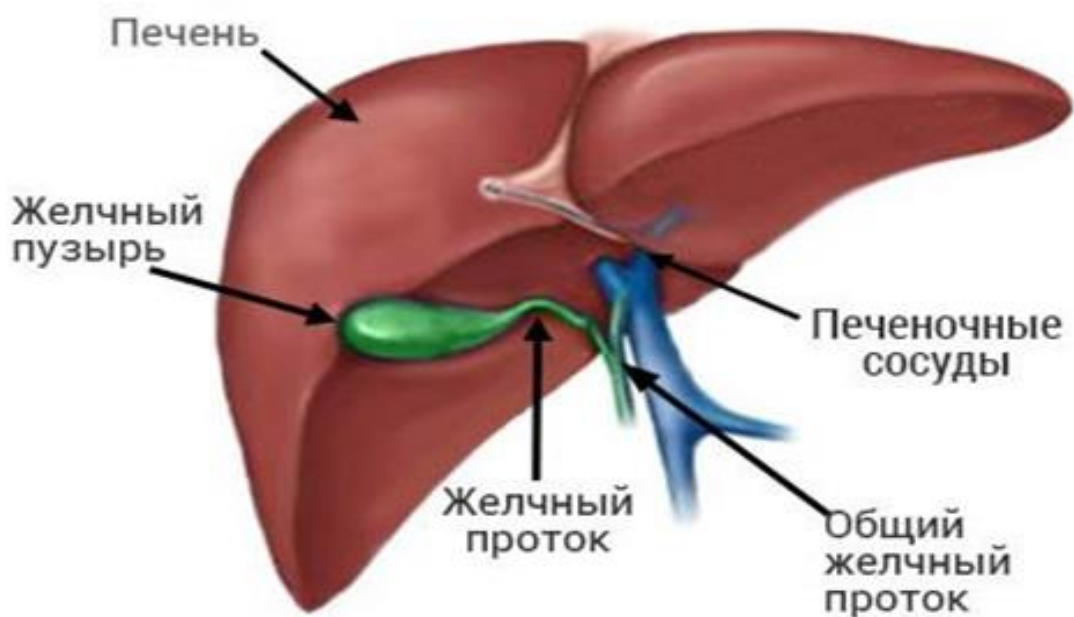
Gastrokan 5 M bilan bir martaga 5 kishida yoki meda ichak traktini 5 ta sohasida meda ichi pH metriyasi o'tkazish imkoniyati mavjud va shu bilan birga meda ichak traktini yuqori qismlari funktsional holatini baholash uchun diagnostik testlar o'tkaziladi.



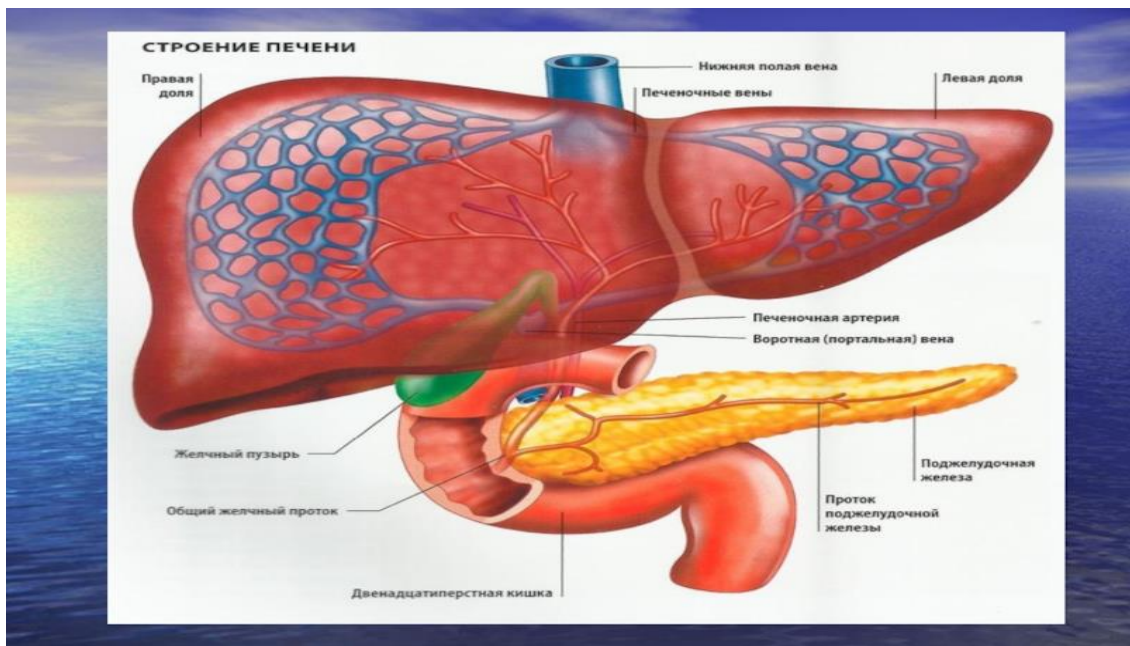
77 surat

Tekshirish och qorinda va ovqatlangandan so'ng o'tkazilishi mumkin.

Gastrokan GEM» periferik elektogastroenterografiya uchun mo'ljallangan kompyuter uskuna. «Gastrokan GEM» birdaniga hazm traktini uzoq muddat elektrik faolligini va kislotaligini aniqlashga mo'ljallangan.



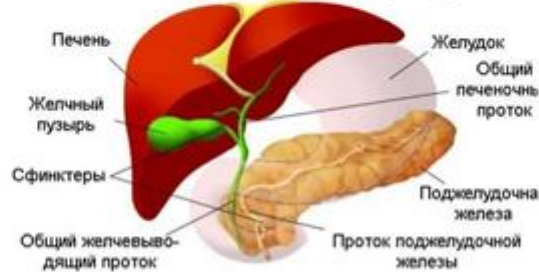
<https://images.app.goo.gl/MGZM6v6aCSEAEo8z8>



Лучевые методы исследования:

- Ультразвуковое исследование;
- Магнитно-резонансная томография;
- Рентгенологические методы;
- Радионуклидная диагностика.

Анатомия желчевыводящих путей



<https://images.app.goo.gl/3rUUjny24j8YRPA8>



Рис. 1. Желчнокаменная болезнь: конкремент в кармане Гартмана (показан стрелкой)



Рис. 2. Желчнокаменная болезнь: конкремент в полости желчного пузыря (показан стрелкой)

<https://images.app.goo.gl/yRTaQJtdMhR82gX28>

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПЕЧЕНИ И ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ - УЗИ.

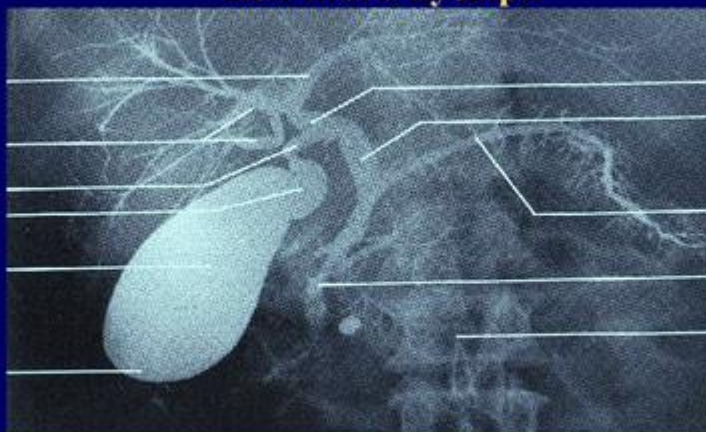


УЗИ ПЕЧЕНИ



УЗИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

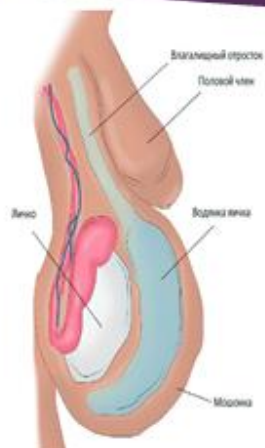
Рентгенография желчных, панкреатического протоков и желчного пузыря



<https://images.app.goo.gl/1rbFUwHmckpj7E7c7>

Сийдик ажратиш тизими касалликлари

Водянка оболочек яичка





Поликистоз почки



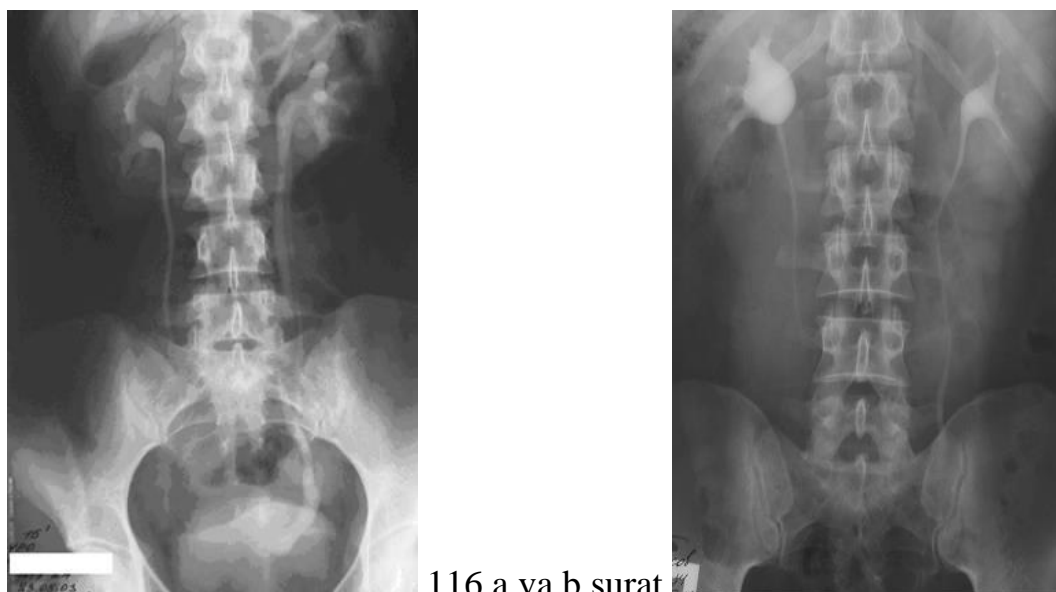




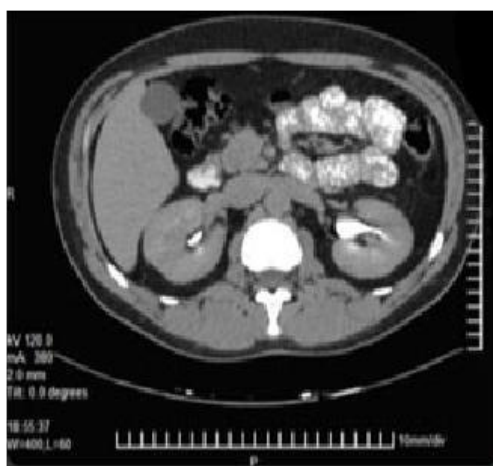


2. Vena ichi ekskretor urografiya (116 a va b surat). Bu tekshiruv usulida buyrak orqali ekskretsiya qilinadigan kontrast modda bemorning tomiriga yuborilib rentgenda buyrak, siydik naychalari va siydik qopi soyalarini ko'rish mumkin. Faqatgina anatomik holatini baholamay balkim funktsional holatini ham boholanadi, shuningdek kontrast moddani qanchalik tez va yaxshi ajralishini ko'rish mumkin.

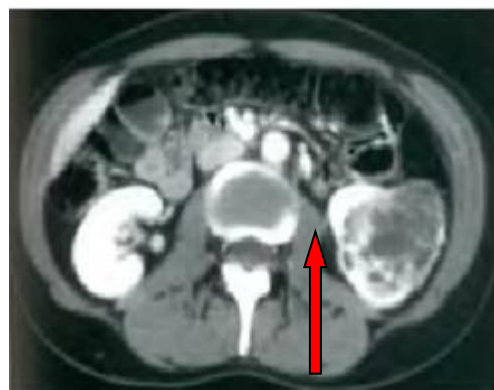
Kontrast yuborilgan bemorga har 1-10-15-20-30-60 daqiqada rentgen tasvir tushiriladi. Ushbu tekshiruv usuli surunkali pielonefritni tashxislashga samarali usuldir. Ayniqsa buyrakning kosacha va jomlari holati baholanadi.



- a) Rentgen tasvirida buyrak va siydik yo'llarini ikkilanishi tasvirlangan.
- b) o'ng buyrakni pielouretral stenozi va stenoz ustida jomlarni kengayishi.

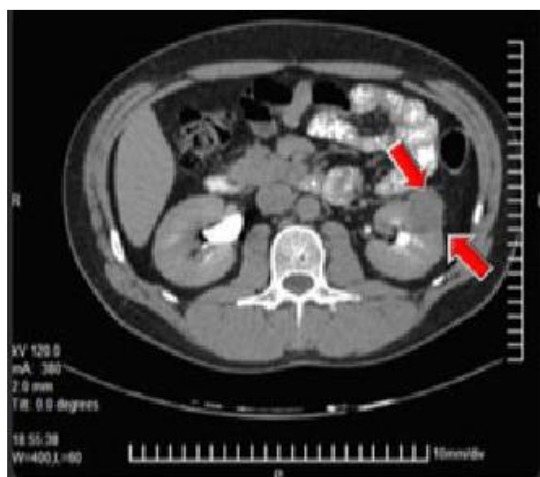


A



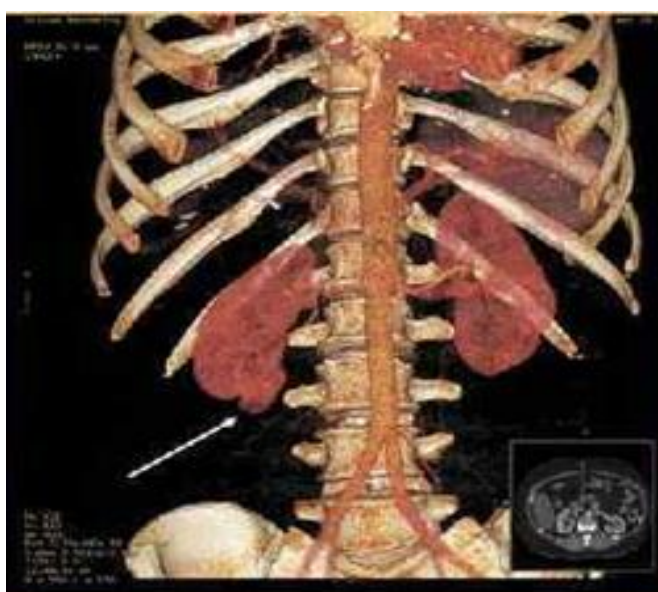
Kompyuter tomografda vena ichi kontrastlash yo'li orqali topilgan gigant buyrak o'smasi

B



C 117 a, b, c surat

Buyrak MRT si. Chap buyrakda strelka bilan buyrak o'smasi ko'rsatilgan



Buyrakni magnitlirezonsli kompyuter tomografiya tekshirish usuli;Магнитно-резонансная компьютерная томография почки

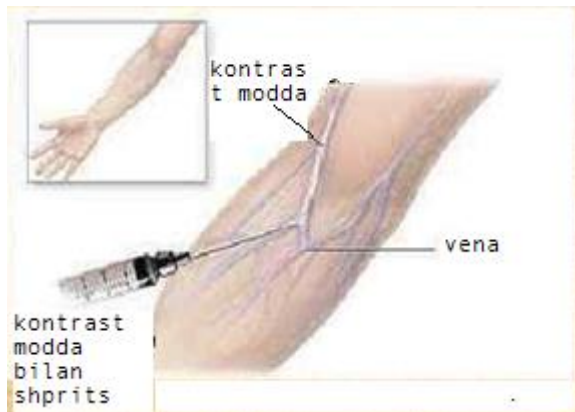
kompyuter tomografiya tekshirish usuli;



Buyrak tomirlari angiogrammasida o'ng buyrak arteriyasi stenozi tasvirlangan.



Tsistouretrogramma Ikki tomonlama siydik qopi va siydik naychasi reflyuksi. Gidronefroz. (пузырнопочечниковый).



Ekskretor urografiya. Siydik nayi gipotoniyasi.



Buyrakni ultratovush tekshiruv usuli



Sog'lom buyrak exogrammasi



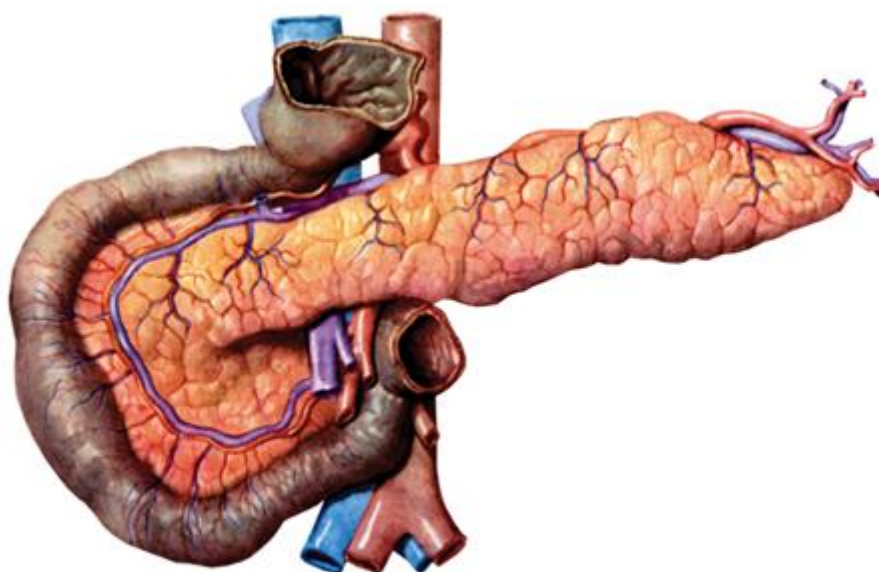
Nefrolitiaz

Buyrak va qorin bo'shlig'i a'zolarini ultratovush tekshiruvi

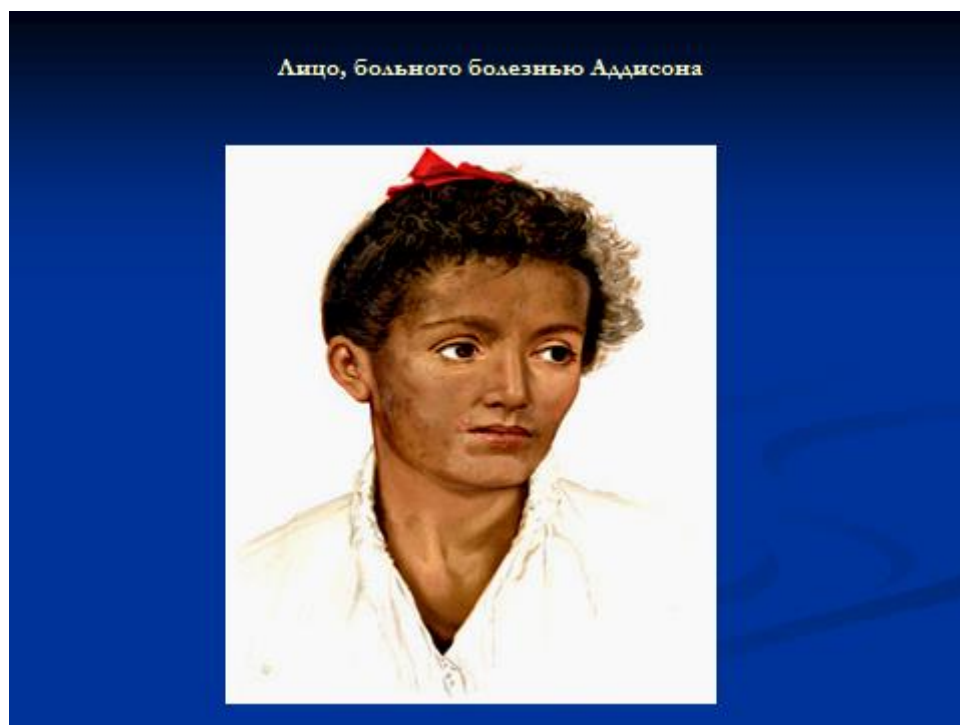
Endokrin tizimiga oid suratlar

Tema: Ichki sekretiya bezlari va modda almashinuvi tizimi. Tekshirish usullari.
So'rab-surishtirish, fizikal-tekshirish usullari. Laborator-asbobiy tekshirish usullari.

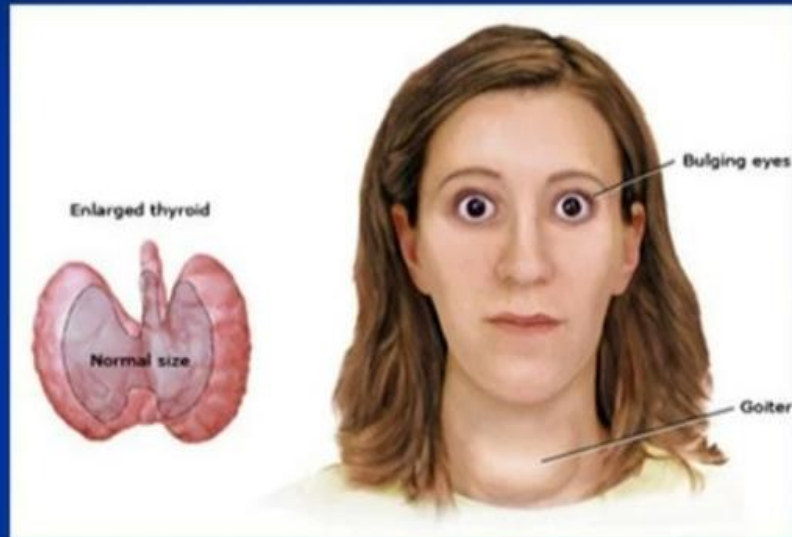




Анатомия поджелудочной железы



Аддисон касаллиги



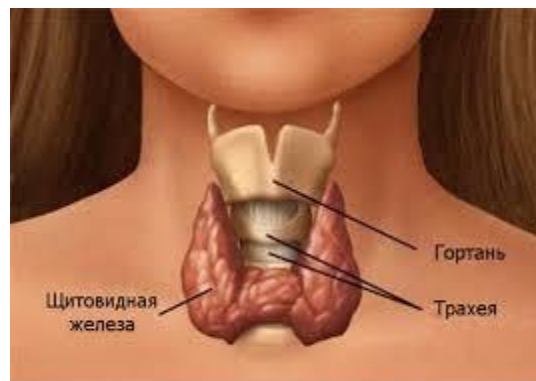
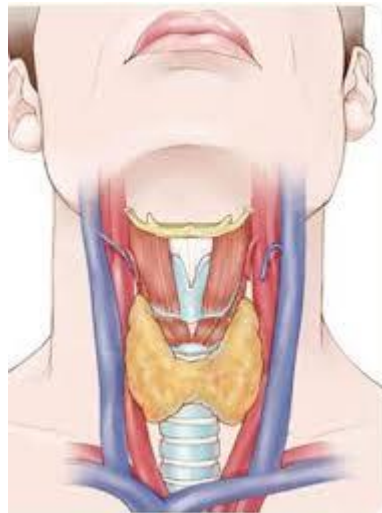
MyShared

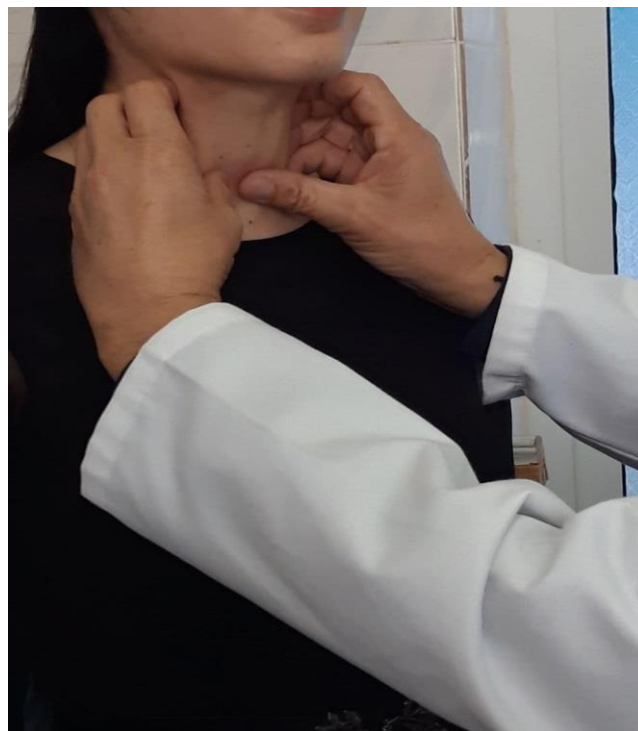
Гиперфункция щитовидной железы

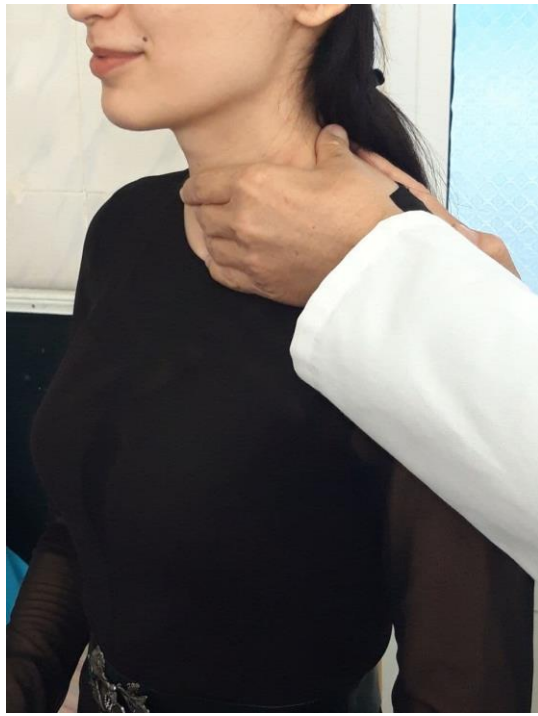


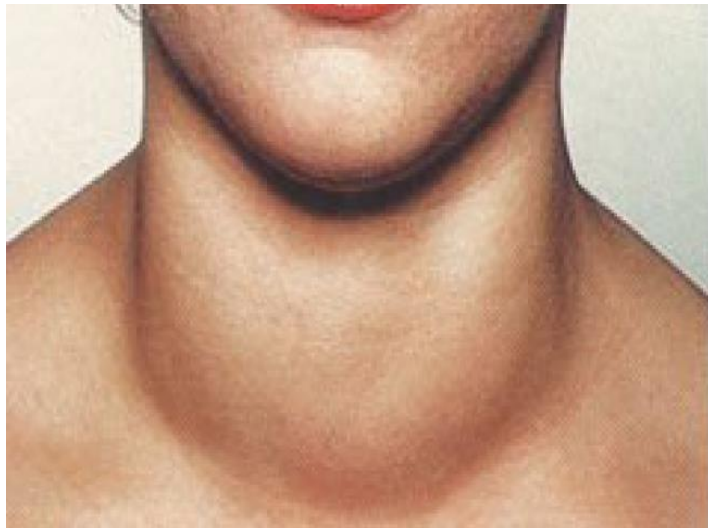
MyShared

Синдром и болезнь Иценко-Кушинга (гиперкортицизм)









На поздних этапах, когда опухоль становится более крупная, появляются и другие симптомы:

1. Боль в области шеи, которая может отдавать в ухо
2. Затруднение глотания
3. Ощущение комка в горле
4. Осиплость голоса
5. Кашель, который не связан с простудой или аллергией
6. Одышка и затрудненное дыхание
7. Набухание шейных вен



узловой зоб



узловой зоб 2 х сторонняя



гликомер

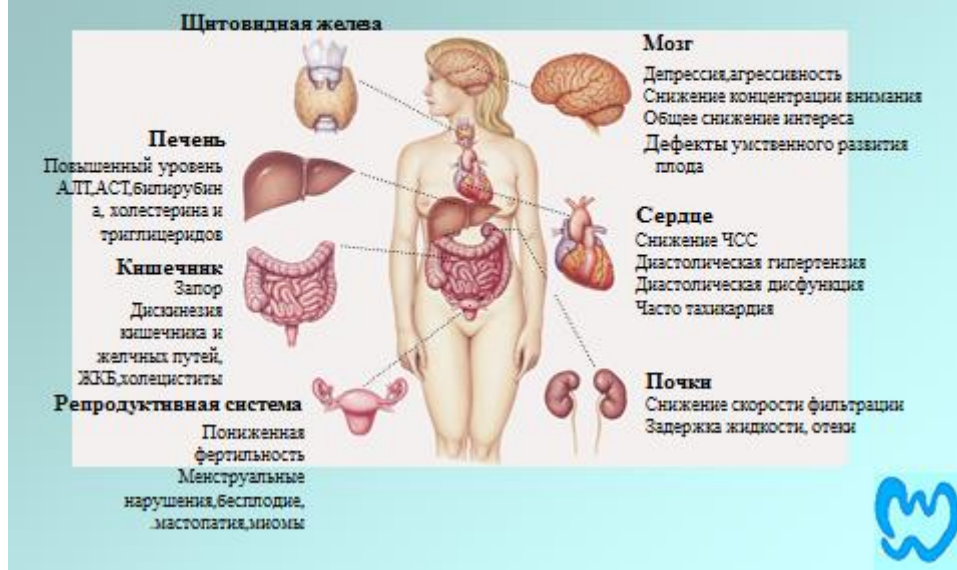
ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

- РАДИОИЗОТОПНОЕ СКАНИРОВАНИЕ

Нормальная железа

«Холодный» узел

Симптомы и проявления гипотиреоза

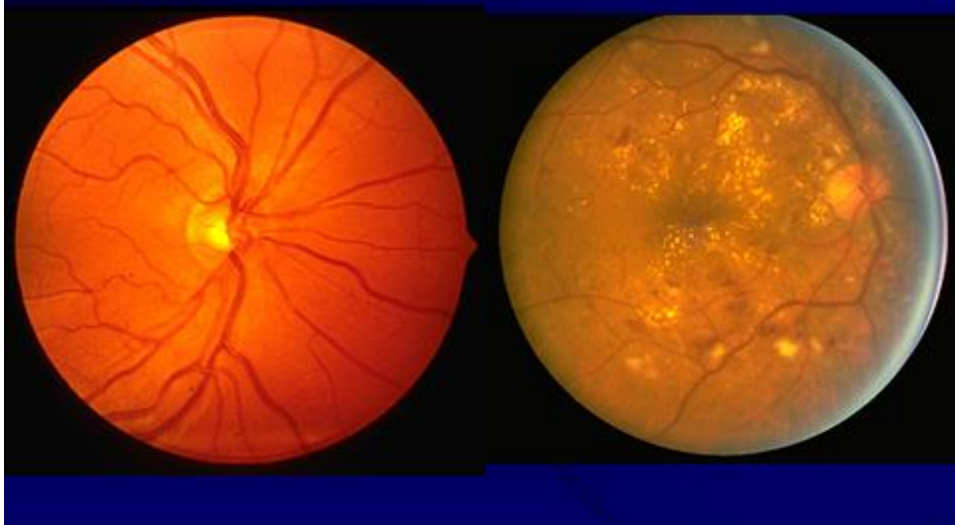


гипотиреоз

Сахарный диабет, гангрена стопы



Диабетическая ретинопатия



Диабетический гломерулосклероз



Сахарный диабет, гангрена стопы



Акромегалия



Гипофизарный гигантизм

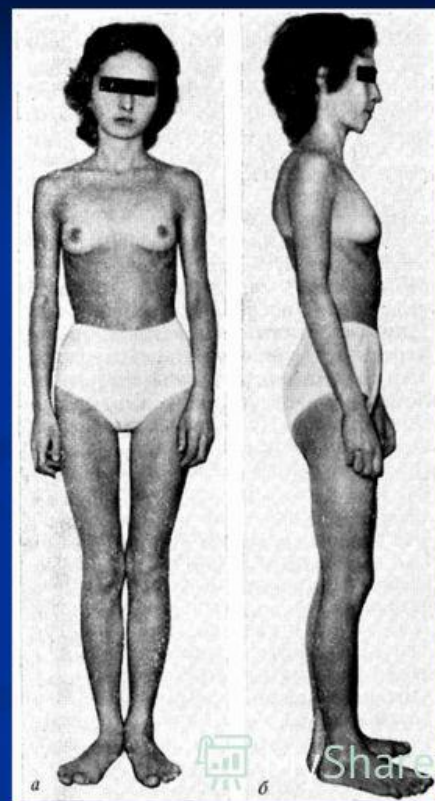




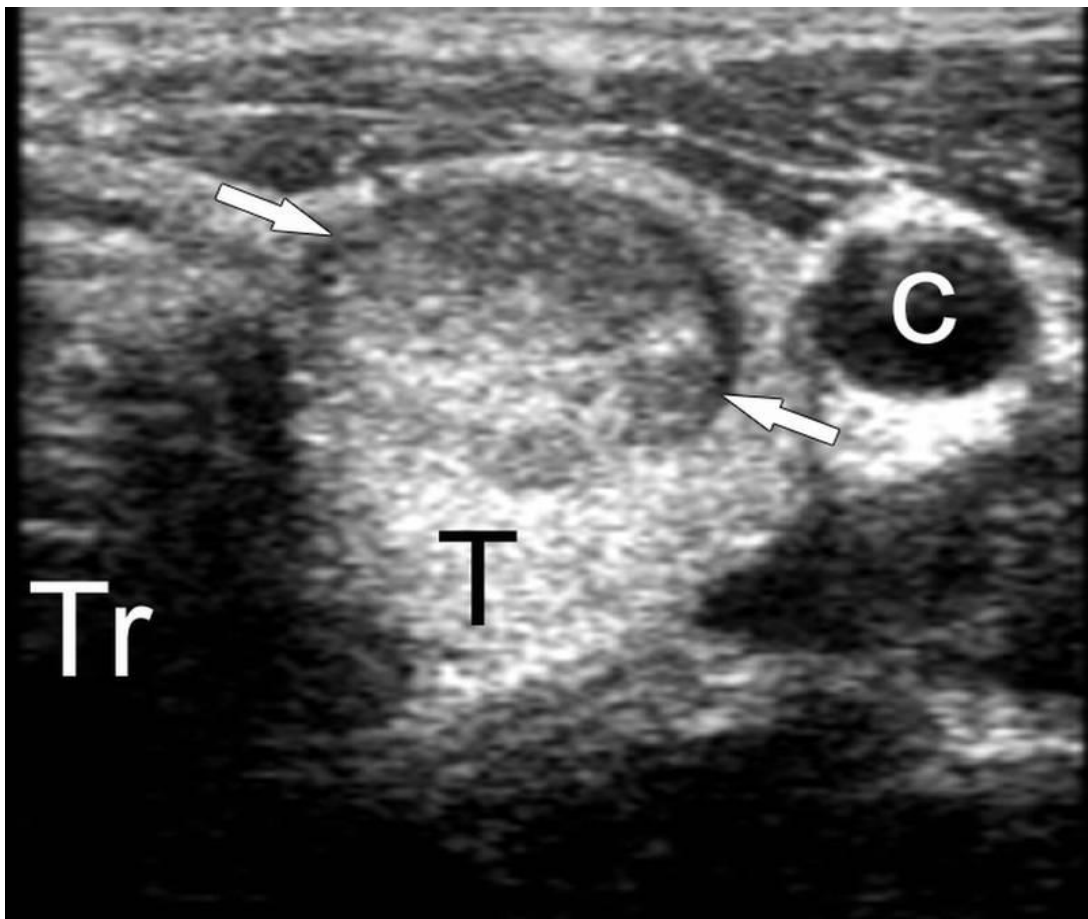
Болезнь Симмондса

Гипоталамо-гипофизарная кахексия

- Поражение гипоталамо-гипофизарной области может быть вызвана инфекцией (грипп, туберкулез, менингоэнцефалит), травмой, сильным нервным потрясением. Это приводит к резкому снижению выработки тропных гормонов, что ведет к гипофункции и атрофии во внутренних органах. Характерно резкое истощение (кахексия), потеря аппетита (анорексия), преждевременное старение и смерть. Чаще болеют девушки и молодые женщины (до 30-40 лет)

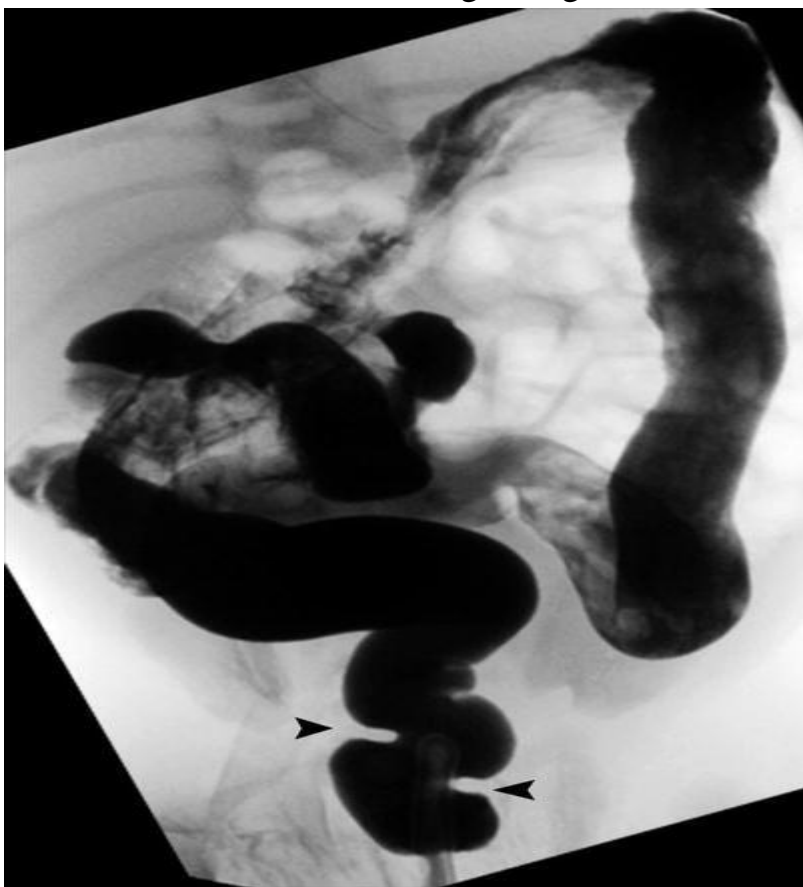


Гипоталамо-гипофизарная анорексия, б-я М. 23 года.



Mavzularga oid roentgen suratlar.

Hazm tizimi kasalliklarini rentgenologik tekshirish usullari

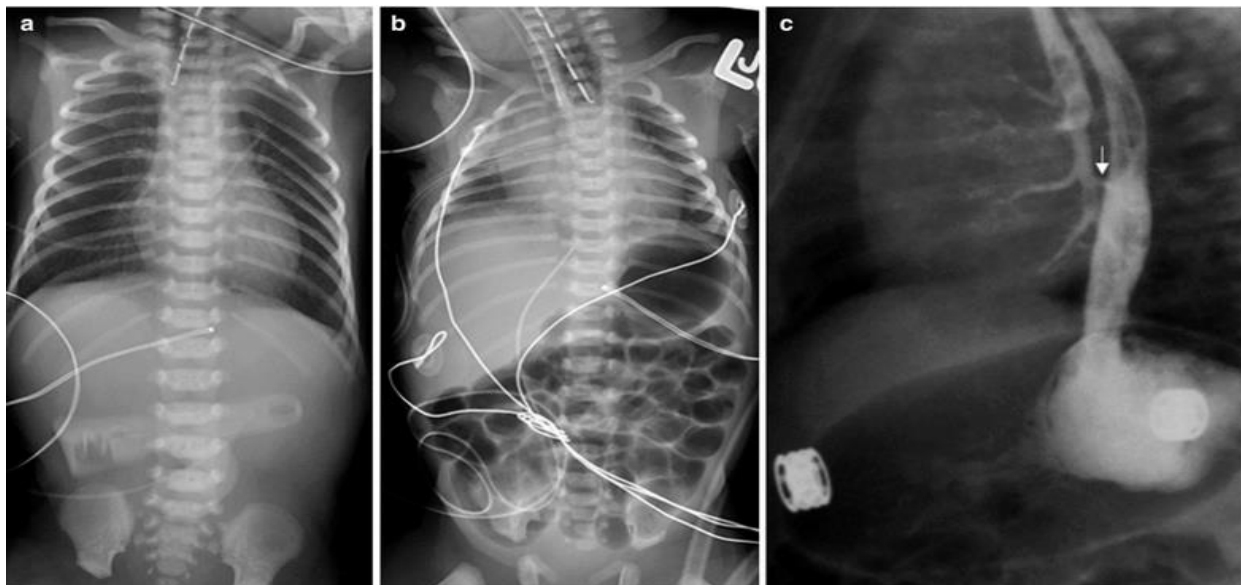


Ikki kunlik Irigoskopik (floroskopik) kontrastli huqna, biopsiya bilan tasdiqlangan Girshprung kasalligi bilan, yo'g'on ichakning proksimal qismlarini yengil ajratib turadigan kichik kalibrli ichakni ko'rsatadi. Noto'g'ri kontraktsiyalarni aks ettiruvchi aganglionik segmentning (o'q uchlari) “ayiqcha” ko'rinishiga e'tibor bering.

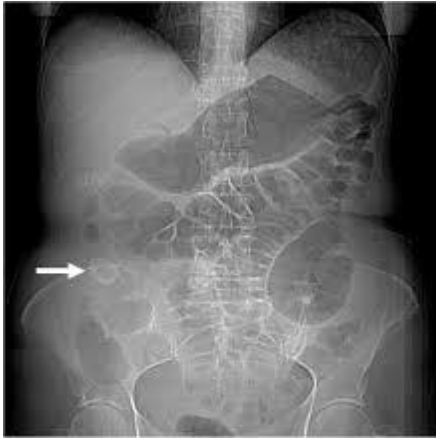


Ileal atreziya uterusdagi tutqich tomirlari natijasida kelib chiqadi. (a) Yangi tug'ilgan chaqaloqning rentgenografiyasi ileal atrezi bilan, qorin bo'shlig'ida bir nechta ichak qovuzloqlari

ajratilganligini ko'rsatib turibdi, bu past obstruksiya. (b) O'sha bolada floroskopik kontrastli ho'qna tipik «mikrokolon» (ishlatilmagan yo'g'on ichak) va kengaymagan distal yonboshning atreziya darajasigacha (strelka) to'ldirilishini ko'rsatadi. Ko'proq ichakning proksimal qovuzloqlari kengaytirilib, havo bilan to'ldiriladi



Qizilo'ngach atreziyasi va traxeyoizofagial oqma, bu g'ayritabiiy shakllanish va embriologik old qismning ajralishi natijasida kelib chiqadigan anomaliyalar spektrini anglatadi. Ushbu anomaliyalar izolyatsiya qilingan EA dan ajratilgan TEFgacha. ug'ma traxeyozofagial anomaliyalarni tasniflash ikkala struktura orasidagi oqma aloqaning mavjudligi va joylashishiga bog'liq. (a) Yangi tug'ilgan chaqaloqning qizilo'ngach atrezi (fistula yo'q) rentgenografiyasi ichakdan distal gaz yo'qligini ko'rsatmoqda. Izolyatsiya qilingan EA bilan og'rigan bemorlarda bachadonda poligidramnioz bo'lishi mumkin, va tug'ilishda atreziya darajasidan yuqori bo'lgan oogastrik naychanning o'tishi mumkin emas. (b) Yangi tug'ilgan chaqaloqning rentgenogrammasi qizilo'ngach atrezi va havo yo'li bilan distal atretik segment orasidagi oqma, oziqlantiruvchi naycha o'tmaganiga qaramay, oshqozon-ichak traktidagi gazni ko'rsatadi. (c) Qizilo'ngachda suvda eriydigan kontrast modda qo'zg'algandan so'ng, izolyatsiya qilingan traxeyozofagial oqma (strelka) bo'lgan chaqaloqdagi floroskopik rasm.



Qorin bo'shlig'ining keng ko'lamli rentgenogrammasi ichak tutilishini va kengaygan ichak qovuzloqlarini ko'rsatadi. Oq safro yoki ehtimol o'rik qobig'ini ko'rsatadi.



Rentgenoskopik tasvirda bariy sulfat kontrast moddasini qizilo'ngachdan o'tishi tasvirlangan





tasviri

Gastroezofageal reflyukus kasalligini rentgenoskopik



Rentgen tasvirda ichak tutilishi tasvirlangan



Qabziyat bilan bemorning rentgenologik tekshiruvi



Rentgen tasvirda Kronn kasalligi tasvirlangan



Rentgen tasvirda Kronn kasalligi

tasvirlangan

Siydik ajratish tizimini instrumental tekshirish usullari

Инструментальные методы исследования мочевыделительной системы

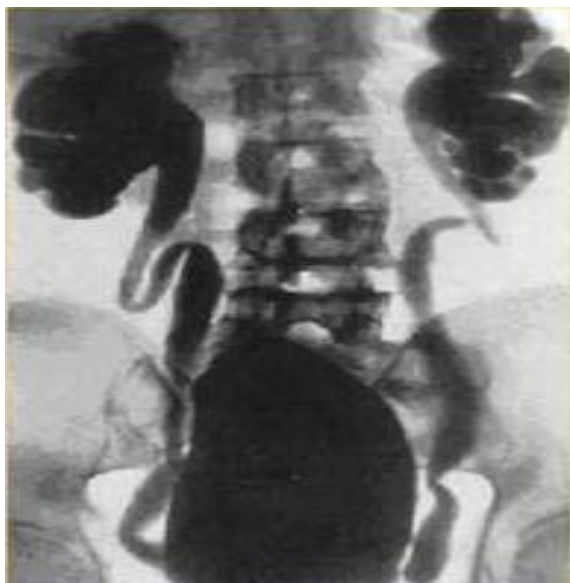


Buyrakni magnitlirezonsli

kompyuter tomografiya tekshirish usuli;



Buyrak tomirlari angiogrammasida o'ng buyrak arteriyasi stenozi tasvirlangan.



Tsistouretrogramma Ikki tomonlama siydik qopi va siydik naychasi reflyuksi. Gidronefroz. (пузырномочеточниковый).



Ekskretor urografiya. Siydik nayi gipotoniyasi.



Buyrakni ultratovush tekshiruv usuli



Sog'lom buyrak exogrammasi



Nefrolitiaz

Amaliy mashg'ulot materiallari

Amaliy mashg'ulot №1

Ovqat hazm qilish tizimi. Qizilo'ngach, oshqozon, ichaklarni tekshirish usullari (so'rab-surishtirish, fizikal, laborator- asbobiy).

1. Amaliy mashg'ulot o'qitish moduli.

Mashg'ulot vaqti – 4 soat	Studentlar soni: 10 dan 12 gacha
Mashg'ulot formasi	Amaliy mashg'ulot
Amaliy mashg'ulot rejasi	Hazm qilish a'zolari kasalliklari bilan og'rigan bemorlarni tekshi-rish usuli. So'rab-surishtirish, anamnez yig'ish, umumiy va og'iz bo'shlig'ini ko'zdan kechirish.
Amaliy mashg'ulot maqsadi:	Hazm qilish a'zolari kasalliklari bilan og'rigan bemorlarni tekshi-rish usullari: so'rab-surishtirish, anamnez yig'ish, umumiy va og'iz bo'shlig'ini ko'zdan kechirish.
O'qitish uslubi	So'rov. Bemorlarni dmonstratsiya qilish, interaktiv o'qitish

	uslubi, amaliy ko'nikma.
O'qitish formasi	Kichik podgruppalarida.
O'qitish jihozlari	O'quv qo'llanma, amaliy mashg'ulotlar mundarijasi, proektor, kompyuter.
O'qitish holati	Metodik jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash	Og'zaki kontrol: savol-javob, testlar, muammoli masala.

1.2. Amaliy mashg'ulot texnologik kartasi

Ish bosqichlari va vaqti.	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Auditoriya tozaligini nazorat qiladi 2. Talabalarni mashg'ulotga tayyorgarligini tekshiradi 3. Davomatni nazorat qiladi 	
1. o'quv mashg'ulotiga kirish bosqichi (10 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash. 2. Kirish ma'ruzasi uchun taqdimot slaydalarini tayyorlash 3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish 	
2 –asosiy bosqich (160 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni beradi. 2. Ko'rgazmali platlardan foydalanadi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalanadi 4. Davolash ishlarini olib boradi 5. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi 	<p>Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar</p> <p>Qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar</p>
1-yakuniy bosqich (10 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi 	<p>Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi</p>

3. Talabalarining nazariy bilimlarini baholash:

A) Frontal usuli:

1. Qizilo'ngach bilan og'riq bemorlarning asosiy shikoyatlarini sanab o'ting
2. Oshqozon kasalliklari bilan og'riq bemorlarning asosiy shikoyatlarini sanab o'ting
3. Ichak kasalliklari bilan og'riq bemorlarning asosiy shikoyatlarini sanab o'ting
4. Oshqozon kasalliklari bilan og'riq bemorlarni umumiy ko'zdan kechirish
5. Ichak kasalliklari bilan og'riq bemorlarni umumiy ko'zdan kechirish
6. Hazm a'zolari kasalliklarida tilning o'zgarishi
7. Og'iz bo'shlig'ining umumiy ko'zdan kechirishning diagnostik ahamiyati

“Miya shturmi” usuli

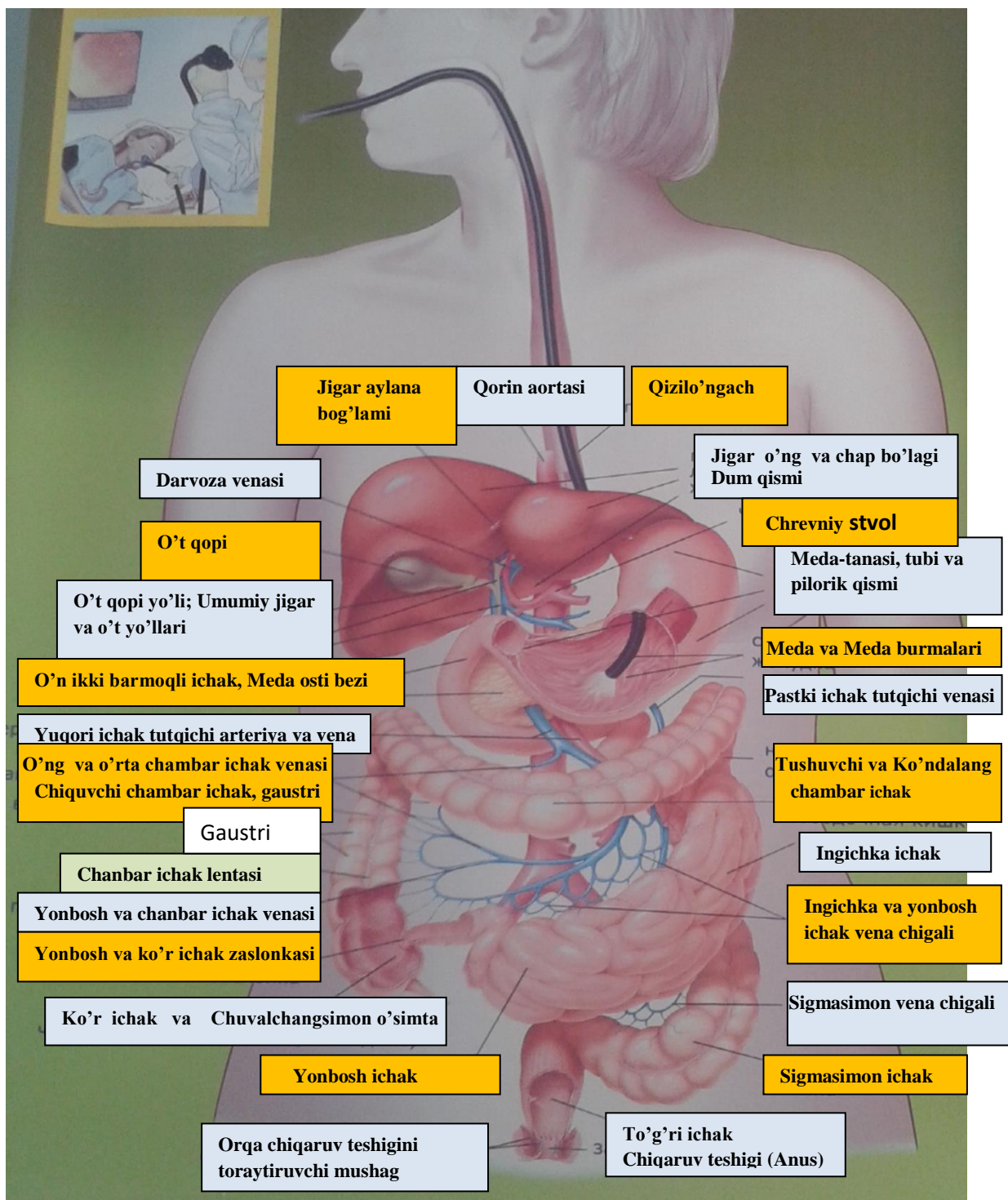
Asosiy qoidalari:

- G'oya paydo bo'lishiga halaqit beruvchi kamchiliklarni aytmaslik

- G'oyalar va fikrning yuksakligi, chunki g'oya qanchalik noodatiy bo'lsa, shunchalar u yaxshi
 - Ko'p takliflarni qabul qilish
 - G'oyalar kombinatsiyasi va ularning rivojlanishi
 - Fikrni argumentatsiyasiz lo'nda qilib taqdim etish
 - Gruppani ikkiga bo'lish: fikr generatorlari va fikrni analiz qiluvchilarga
- Bu usul g'oya va fikrlarni argumentatsiyalashni, o'zining shaxsiy fikrini, har qanday holatlarda optimal yechim topishga sharoit yaratadi.

Ovqat hazm qilish a'zolari tizimi xastaliklarida bemorni so'rab-surishtirish (interrogatio)

Ovqat hazm qilish tizimi a'zolari anatomiyasi va endoskopik tekshiruv usuli



Me'da-ichak tizimi kasalliklari bilan xastalangan bemorlarni tekshirish sxemasi:

1. Bemor holatini baholash.
2. Bemorni so'rab - surishtirish.
3. Ko'zdan kechirish.
4. Palpatsiya.
5. Perkussiya.
6. Auskultatsiya usuli kam informativ.
7. Instrumental tekshirish usullaridan iborat.
8. Laborator tekshirish usullari, gastroskan bilan tekshirish.
9. Funktsional tekshirish usullari.

I- Me'da-ichak tizimi kasalliklari bilan bemorlarning holatini baholaganda quyidagilarga e'tibor beriladi;

1. Uning es-hushiga (o'zida, o'zida emas, stupor, sopor, koma holatida, savollarga javob beradi, to'g'ri javob beradi, kechikib javob beradi, noto'g'ri javob beradi va h.k.
2. Uning holatiga e'tibor beriladi (faol, passiv, majburiy holat).

II-Bemorni so'rab-surishtirish quyidagilarga ahamiyat berish lozim.

1. Asosiy shikoyatlari
2. Qo'shimcha shikoyatlari
3. Kasallik tarixi (anamneziz morbi)
4. Hayot anamnezi (anamneziz vitae).

III- Ko'zdan kechirishda quyidagilarga e'tibor berilishi lozim.

1. Konstitutsiyasiga (astenik, normastenik, giperstenik).
2. Qorin sohasidagi patologik o'zgarishlar bor yo'qligi (Qorin hajmi, qorin devori tomirlari, kindik holati, qorin terisidagi toshmalar, teri rangiga e'tibor beriladi);
3. Teri holati baholanadi (teri elastikligi, uning namligi);
4. Shish (Atsit);
5. Bemorlarning barmoqlari holatiga (nog'ora tayoqchasimon barmoq) yiringli kasalliklarda.
6. Tirnoqlari holatiga (soat shishasiga oxshash tirnoqlar (yiringli kasalliklarda) mavjudligiga.
7. Tana haroratiga (o'tkir yuqumli meda ichak kasalliklari).
8. Mushaklar holati (atrofiyaga uchragan, uchramaganligi) baholanadi.

IV-Me'da-ichak tizimi kasalliklarida bemorni paypaslaganda quyidagilarga e'tibor berilishi kerak.

1. Yuzaki palpatsiyada (og'riqli nuqtalar mavjudligi, qorin terisi holati baholanadi);
2. Chuqur palpatsiya (me'da, ichaklar, jigar, taloq va buyrak paypaslanib, ulardagi og'riqlar va boshqa patologik jarayonlar mavjudligi aniqlanadi);
3. Turtkilab paypaslaganda chayqalish simptomlarini aniqlash, medani pilorik qismi stenozida.

V- Me'da-ichak tizimi kasalliklarini perkussiyasida quyidagilar ahamiyatli:

1. Perkutor tovushning turi: timpanik, to'mtoq;
2. Og'riqli nuqtalar aniqlanadi (misol uchun epigastral sohada turtkilovchi perkussiya qilganda - Mendel simptomi aniqlanadi);
3. Jigar va taloq o'lchami aniqlanadi.

VI-Auskultatsiyada quyidagilar aniqlanadi.

1. Qorinda kuldirash;
2. Me'daning quyi charasi aniqlanadi (auskultativ-atraksiya usuli)

VII- Instrumental tekshiruv usullari.

Me'da-ichak tizimi kasalliklarida quyidagi instrumental tekshirish usullari o'tkaziladi.

1. Rentgenologik tekshiruv usuli (Bariy sulfat kontrast moddasi yuborib);
 - a) Qizilo'ngach, me'da, 12 barmoqli ichak va boshqa ichaklar rentgenoskopiyasi;
 - b) Irigografiya yoki irigoskopiya;
2. Oshqozon ichak traktini endoskopik tekshiruv usuli;
 - a) fibroezofagogastroduodenoskopiya
 - b) Kolonoskopiya
 - v) Rektoromonoskopiya
 - g) Kapsulali endoskopiya (Gavriel Iddan (1981й));
 - d) Qo'sh balonli enteroskopiya (Xironori Yamamoto 2004y.);
3. Ultratovush tekshiruv usullari
4. Gastroskan bilan tekshirish usuli
5. Kompyuterli tomografiya orqali tekshirish usuli, MSKT;
6. Parenximatoz a'zolari skanirlab tekshirish usuli

VIII-Laborator tekshirish usullari.

Me'da-ichak tizimi kasalliklarida quyidagi laborator tekshirish usullari o'tkaziladi.

1. Qon umumiy tahlili.
2. Qonning bioximiyaviy tahlili
3. Atsit suyuqligini klinik, tsitologik, kimyoviy tekshiriladi.
4. Najasni koprologik tekshiriladi.
5. Siydik tekshiriladi.
6. Morfologik tekshirish usullari.
7. Mikroskopik tekshirish usullari.

Laborator tekshirish usullari (qonda xolesterin-kichik va yuqori zichlikdagi lipoproteidlar, triglitseridlar, qonda qand miqdori, ALT, AsT, gemoglobin). Ushbu usullarni aniq bajarish, bemorlarga aniq tashxis qo'yishda muhim hisoblanadi.

IX-Funksional tekshirish usullari

Me'da ichak tizimi kasalliklarida o'tkaziladigan funksional tekshirish usullari.

1. Me'dani zondlash.
2. 12 barmoqli ichakni zondlash.
3. Gastroskan bilan tekshirish

Gastroskan kompyuterli pribor oilasidan bo'lib, meda ichak trakti funksiyasini tekshirishga mo'ljallangan. Ushbu tekshirish usuli orqali meda ichi pH metriyasi, sutkalik pH metriya, gastrokardiografiya, manometriya, elektogastroenterografiya tekshiruv usullari o'tkaziladi. Gastroskan 5 M, Gastroskan 24, Gastroskan D, Gastroskan GEM, Gastroskan EKG va dori moddalar aprotatsiyasida ishlatiladigan Gastroskan mavjud.

Gastroskan 5 M (77 a surat) bilan bir martaga 5 kishida yoki meda ichak teraktini 5 ta sohasida meda ichi pH metriyasi o'tkazish imkoniyati mavjud va shu bilan birga meda ichak traktini yuqori qismlari funksional holatini baholash uchun diagnostik testlar o'tkaziladi. Meda shirasi kislotaligini o'lchaganda 0,2 pH aniqlik darajasigacha 1,1 dan to 9,2 birlik pH gacha o'tkaziladi. Tekshirish 2-3 soat mobaynida o'tkazilib birdaniga 1 kishidan 5 kishigacha tekshirish mumkin.



77 surat

Tekshirish och qorinda va ovqatlangandan so'ng o'tkazilishi mumkin. Ushbu pribor meda va 12 barmoqli ichak va boshqa bir qator kasalliklarni kechishini aniqlashda yordam beradi. Gastrokan programmashtirilgan bo'lib, monitor ekraniga har bir bemor malumotini tekshiruv vaqtiga chiqarib turadi, ularni pechat qilish imkoni bor hamda malumotlarni xotiraga saqlasa ham bo'ladi.

Gastrokan-24 (77 b surat) meda shirasini sutkalik pH metriyasi o'tkazishga mo'ljallangan kompyuterli pribordir. Kompyuterni qayd qiluvchi blogini bemor belidagi tasmaga taqib olib yuradi toki tekshiruv tugaguncha. Bemorga pH zondi ovqatlanishi va yotishiga xalaqit bermasligi uchun trans nazal o'tkaziladi va tibbiy xodim saylagan hazm traktini uch nuqtasiga birdaniga qo'yilib pH metriya monitoring o'tkaziladi. Gastrokan-24 reflyukus borligini, uning rivojlanganlik darajasini (fiziologik yoki patologik), uni kuchaytiruvchi omillarni (ovqatlanish xarakteri, tana holati, dori moddalarni qabul qilish va h,k. larni), meda shirasi kislotaligini sutkaning xohlagan vaqtida aniqlash hamda adekvat davo charasini belgilab beradi. Proton pompa ingibitorlarini saylashda 36 yoki 48 soat tasir qiluvchi darilar saylanadi.

Reflyukus otilishini va reflyukus kasalligini atipik shakllarini reflyukus indutsirlangan astma, faringit, laringit, kariyes va boshqalarni aniqlashda o'lchavchi elektrodlar tomoq yoki qizilo'ngach yuqori qismiga o'rnatiladi.

«**Gastrokan-D**» perfuzion monometriya o'tkazish uchun mo'ljallangan kompyuterli pribor. Hazm trakti azolarini qator kasalliklari borki u hazm trakti u yoki bu qismi motorikasini va ular sfinkterlarini ishlashini buzilishi bilan kechadi. Qizilo'ngach va meda motorikasini, qizilo'ngachni pastki va yuqorigi sfinkteri, Oddi sfinkterini peristaltikasini aniqlashda ularni monometrik tekshirish usulidan foydalaniladi. Ushbu metod orqali hazm traktini u yoki bu bo'shlig'ida bosimni oddiy tinch holatda yoki qandaydir test (zo'riqish) o'tkazilayotgan vaqtda o'zgarishini qayd qilinishiga

78 surat

asoslangan. «Gastrokan D» hazm traktida bosimni 8 kanalli suvli perfuzion kateter orqali o'lchanadi. Har bir kateter kanali yon devori yoki teshigi orqali minutida 0,5 ml suyuqlik yuboriladi. Suyuqlik sathi bosimi datchikka berilib o'lchanadi va monitor ekraniga ko'rsatadi. Bosimni o'lchash 0 dan to 220 mm.sim ust. gacha olchanadi, bir vaqtning o'zida hazm traktini har xil qismlarida o'lchanadi va 3 mm.sim. ust aniqlik darajasigacha aniqlanadi. Buni kateter kanallarini chiquv teshik (porta) lari aniqlaydi. Tekshiruv 30 minut davom etadi. Natijada monitor ekranida qizilo'ngachni qisqarishini to'liqsimon qisqarishi qayd etiladi.

«**Gastrokan GEM**» (78 surat) periferik elektrogastroenterografiya uchun mo'ljallangan kompyuter pribori. «Gastrokan GEM» birdaniga hazm traktini uzoq muddat



elektrik faolligini va kislotaligini aniqlashga mo'ljallangan. Bu usulda 40 minutlik elektrogastroenterografiya ham o'tkazish mumkin. Bu usul hazm trakti motorikasini nahorda va zo'riqish qo'llaganda yoki prokinetiklardan so'ng ham qo'llaniladi. Tekshirish usuli noinvaziv bo'lib, oyoq-qo'llarga biriktirilgan uch elektroddan olingan signallarga asoslangan. Hazm traktini u yoki bu qismidan olingan signallar monitor ekranlarida ishlov beriladi. Tekshiruv natijalariga ko'ra tibbiy xodim hazm traktini u yoki bu qismi faolligini va ishini aniqlaydi. Priborda dori modda bilan davolashni ham padbor qiladi.

«Gastrokan EKG» (79 surat) birdaniga uzoq muddat hazm trakti shirasi kislotaligini harakat monitoringi va EKG qilishga mo'ljallangan kompyuter priboridir. Chunki qizilo'ngach kasalliklarini og'riqlari ko'krak kafasiga beriladi va bu og'riqlarni yurak ham beradi. Shuning uchun birdaniga qizilo'ngach hamda meda shirasi pH ni o'lchash va EKG qilish diferentsial diagnostikaga yordam beradi. Hazm trakti kislotaligi uchta nuqtada olib boriladi va xuddi shunday EKG ham uch ko'krak uzatgichida qilinadi CS-1, CS-2, CM-5. Pribor pH metriya va EKG da olingan natijalarga korrelyatsion ishlov ham beradi. Yurak ritmi buzilishini, S-T segmentni siljish kattaligini aniqlaydi. Bu usul faqat hazm trakti pH ini va yurak qon-tomir tizimi faoliyatini baholamay balki gastroezofageal reflyukus kasalligini ham aniqlab, davolashni optimizatsiya qiladi. Sutkalik pH metriya va EKG monitoringi xulosasini korelyatsion ishlov berish, gastroezofageal reflyukus kasalligini kardial formasida yurak ritmini buzilishi va ST segmentni o'zgarishini aniqlashda muhim o'rin egallaydi.

Gastrokan oilasidagi priborlar ko'pchilik ilmiy tekshirish ishlarini hal qilishga mo'ljallangan. Bular:

- Diagnostika va davolashni yangi metodini aprobatsiya qilish va yaratishda;
- Bemorlarni medikamentoz davolashda dori preparatlarini va ular dozasini tanlash;
- Maxsus kasalliklarni davolash amaliyotida dari moddalar tasirini samaradorligini aniqlash uchun mo'ljallangan kompyuter priboridir.



Dori moddalarni aprobatsiyasida ishlatiladigan Gastrokan.

Kapsulali endoskopiya

Kapsulali endoskopik tekshiruv usulu meda, 12 barmoqli ichak, ingichka va yon bosh ichakni hamda yo'g'on ichakni mitti videokamera yordamida ko'rish imkoniyatiga ega kapsuladan iborat. Bemorlar tekshiruvdan o'tishdan oldin 8 soat davomida ovqatlanmasligi kerak. Kapsula oson yutiladi, barcha hazm trakti a'zolarida tabiiy yo'l bilan harakatlanib, 70000-80000 ta surat olish imkonini beradi. Olingan tasvirlar bemor belida ulangan yozib oluvchi qurilmaga uzatiladi. Tekshiruv og'riqsiz bo'lib, 4-9 soat davom etadi. Bemorning odatdagi turmush tarziga ta'sir qilmaydi. Bemorga mutlaqo zararsiz bo'lib, 1 marta ishlatiladi va tabiiy yo'l orqali chiqarilib yuboriladi. Ushbu usul orqali FGDS tekshirishda ko'rib bo'lmaydigan sohalardan ham ma'lumot olish mumkin. Ingichka ichakni tekshirish uchun Pill

Cam SB3, yo'g'on ichakni tekshirish uchun Pill Cam COLON 2 va hazm traktini tekshirish uchun Pill Cam patency ishlatiladi. Usul mutlaqo og'riqsiz, xavfsiz, komfort va yuqori informativligi bilan ajralib turadi. Ushbu kapsulali endoskopiyani kamchiligi kamera qaysi tomonga bo'lsa meda ichak traktini shu tomonini tasvirga oladi va boshqa devorlarini tasvirga ololmaydi.

Qo'sh balonli enteroskopiya (80 surat)

Ushbu enteroskop 2001 yil Hironi Yamamoto tomonidan yaratilgan. Enteroskop diametri katta bo'lmagan egiluvchan tubusdan iborat. Uning ichaklarga kirib borishi tubusga o'rnatilgan balonlarni havo to'ldirish va chiqarish yo'li bilan amalga oshiriladi. Ushbu asbob yordamida tekshirish uchun enteroskopni teleskop hamda tashqi nayli balon va havo yuboruvchi pompa tizimidan foydalaniladi. Ushbu muolaja umumiy narkoz ostida olib boriladi.

Og'iz orqali o'tkaziladigan enteroskopiya qizilo'ngachni, me'dani, 12 barmoqli ichakni va ingichka ichakni ko'rish imkoniyatini beradi. Og'iz orqali enteroskopiya o'tkazish 4 bosqichdan iborat.

1. Enteroskopni qizilo'ngach, me'da, privatnikdan 12 barmoqli ichakni vertikal qismiga o'tkazish;

2. Treys bog'lamidan o'tish;

3. Ingichka ichakni **yig'ilishi**;

4. Ingichka ichakni **tutilishi**;

Malumot olish darajasi yuqori, kolonoskop bilan ko'rib bo'lmaydigan ichak qismlarini ham ko'rish imkoniyati bor. Transanal enteroskopiya usuli to'liq kolonoskopik tekshiruv natijalarini beradi. Ushbu usulda to'g'ri ichak, sigmasimon ichak va chamber ichaklarni ko'rib, ulardagi barcha o'zgarishlarni aniqlasa bo'ladi.

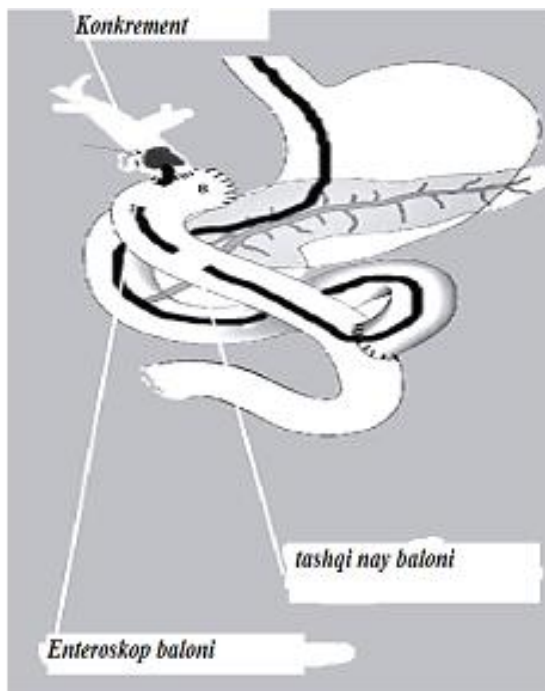
Tekshiruv afzalliklari. Qo'sh balonli enteroskopiya bilan ingichka va yo'g'on ichakni hamma qismini ko'rish mumkin.

Salbiy tomoni. **Ingichka enteroskop tubusi bilan a'zo ichida burilish-aylanish yoki rotatsiya jarayoni qiyin.**

Bemorlarni tekshiruvga tayyorlash. Tekshiruvdan oldin bemorlarni ruhan tayyorlash uchun kasallikni aniqlashda ushbu usul muhim va mutlaqo og'riqsiz hamda yengil o'tishi haqida tushuntiriladi. Tekshiruv o'tishdan oldin maxsus tayyorgarlik o'tish kerak, bir qator laborator tahlillar topshirish, elektrokardiogramma o'tish, terapevtidan maslahat olish va ichaklarni huqna qilib yoki surgi dorilar orqali tozalash kerak.

Ushbu tekshiruv usuli ingichka ichak kasalliklari, Kron kasalligini tashxisini, ichakdan qon ketishni, qon ketishini to'xtatish, o'smalarni aniqlashda samarali usul hisoblanib, biopiat olish, poliplarni va yot jismlarni olib tashlash hamda ingichka ichak stenozlarini ham davolash imkonini beradi. Bundan tashqari qo'sh balonli enteroskop - ingichka ichak yallig'lanishini, ingichka ichak strukturasi balonli dilyatatsiyasini, me'da va ingichka ichakni operatsiyadan keyingi kasalliklarini, og'riq va surunkali diareya sababini aniqlashga mo'ljallangan. Hozirgi kunda ushbu usul ingichka ichak kasalliklarini aniqlashda yangi zamonaviy usuldir.

Enteroskopiyada sodir bo'ladigan asorotlari-og'riq sindromi, tomog'ida og'riq, gipertermiya, qusish, qon ketish 1,2%, shilliq qavat perforatsiyasi 1,7%, o'tkir pankreatit 0,6%, aspiratsion pnevmoniya va paralitik ichak tutilishi kuzatilishi mumkin.



Ru bo'yicha ingichka ichak chigallini qo'sh balonli enteroskopiya qilish sxemasi

80 surat

Qizilo'ngach kasalliklari

Amaliyotda qizilo'ngach kasalliklari bilan kasallangan bemorlar tez-tez uchraydi. Bunday kasalliklar qatoriga rivojlanish anamaliyalari, funktsional kasalliklar (qizilo'ngach diskineziyasi), diafragmaning qizilo'ngach yorig'i churrasi, qizilo'ngach shilliq qavati yallig'lanishi (ezofagit), qizilo'ngach peptik yarasi, kardiospazm, divertikulalar, qizilo'ngachning yaxshi va yomon sifatli o'smasi kiradi.

Qizilo'ngach kasalligi bilan kasallangan bemorlarni so'rab surishtirish. Bemorlardan asosiy va qo'shimcha shikoyatlari, kasallik tarixi hamda hayot anamnezi so'rab surishtiriladi.

Asosiy shikoyatlar: 1- nisbatan nerv-psixik xarakterdagi simptomlar: funktsional disfagiya, ogiz achchigligi, tomoq tutilishi .

2 – nisbatan motor-evakuator xarakterdagi: organik dysphagia, odenofagiya, ruminatio.

3 – nisbatan dispeptik xarakterdagi: pyrozis (zarda qaynashi), eructatio (kekirish), regurgitatio (qayd qilish), tam bilishni buzilishi (metal tami, nordon tam) (dysgevizia), agevziya tam bilishni butunlay yo'qolishi.

Qo'shimcha shikoyatlariga quyidagilar kiradi. Holsizlik, ish qobilyatini pasayishi, oruqlash.

So'rab-surishtirishda qizilo'ngach kasalliklari bilan kasallangan bemorlar ovqat luqmasining qiyinchilik bilan qizilo'ngachdan o'tishi (disfagiya), ovqat luqmasining og'riq bilan qizilo'ngachdan o'tishi (odenofagiya), qusish, kekirish, jig'ildon qaynashi, gipersalivatsiya – ko'p miqdorda so'lak ajralishi yoki so'lak ajralishini buzilishi (Shegren sindromi) dan shikoyat qiladilar.

Disfagiya (yunoncha dys-qiyinchilik, funksiya buzilishi, phagein-yemoq) ovqat luqmasining qizilo'ngachdan o'tishining buzilishidir va qizilo'ngach kasalliklarida asosiy simptom hisoblanadi. Bunda bemorlar ovqat luqmasining qizilo'ngachda turib qolganini, og'riq hamda ovqatlanayotganda qizilo'ngachda (to'sh ortida) noxush his bo'lishini sezadilar. Qizilo'ngach kasalliklarida disfagiya doimiy va vaqtinchalik bo'lishi mumkin. Doimiy disfagiya qizilo'ngachning organik zararlanishlarida (yangi hosilalar, qizilo'ngachning chandiqli strukturalari) yuzaga keladi. Kasallik boshlanishida faqat qattiq ovqatlarning o'tishi qiyin bo'ladi. Keyinchalik qizilo'ngach qisilishining kuchayishi hisobiga yumshoq hatto suyuq ovqatning ham o'tishi qiyinlashadi.

Paroksizmal disfagiya qizilo'ngachning funktsional jihatdan zararlanishida uchraydi (ezofagospazm) va bu tez-tez ovqatlanish hamda hayajonlanishga olib keladi. Yumshoq hamda suyuq ovqatning qizilo'ngachdan o'tishi qiyinlashadi, qattiq ovqatning o'tishi esa nisbatan osonroq kechadi (paradoksal disfagiya).

Qizilo'ngachdan ovqat o'tishining qiyinlashuvi kekirdak va qalqonsimon bez o'sma kasalliklarida; ko'krak qafasining yomon sifatli o'smasida, mediastenal limfa tugunlarining kattalashuvida, aorta anevrizmasida; kardiya axialaziyasi (yutinganda kardiyaning reflektor tarzda ochilmasligi bilan bog'liq kasalliklar), peptik strikturalar hamda qizilo'ngach o'smalarida kuzatiladi. Chap bo'lmacha gipertrofiyasida qizilo'ngachni siljitishi munosabati bilan ham kuzatilishi mumkin.

Og'riq. Qizilo'ngach kasalliklarida og'riq doimiy, xurujsimon xarakterda bo'ladi, to'sh orqasiga lokalizatsiyalanadi, yelkaga, bo'yinga, ko'krak qafasining chap tomoniga irradiatsiyalanadi, stenokardiya xurujiga o'xshaydi. Funktsional kasalliklarda (diskineziya) og'riq ko'pincha qizilo'ngach devori spastik qisqarishi bilan bog'liq bo'ladi. Ezofagitda og'riq qizilo'ngach shilliq qavatining yallig'lanishi bilan bog'liq. Og'riqni bunday hollarda yuzaga kelishi ko'p ovqat yeganda, tana oldinga egilganda, gorizontol holatda bo'lganida oshqozondagi moddalarning qizilo'ngachga otilishiga (gastro-ezofagial reflyuks kasalligi) olib keladi. Yomon sifatli yangi hosilalarda bemorlar qizilo'ngach seroz qavatida o'smaning o'sishi bilan bog'liq bo'lgan doimiy iztirobli og'riqdan shikoyat qiladilar.

Qusish. Qizilo'ngachdan qusish qizilo'ngachning qisilishida yuz beradi (masalan, qizilo'ngachni chandiqli strikturalar bilan torayishida yoki o'smalarda). Oshqozon hamda 12 barmoqli ichak kasalliklaridagi qusishdan farqli ravishda, qizilo'ngachdan qusishda ovqat luqmasi qizilo'ngachda ushlanib qolinadi, qusishdan oldin ko'ngil aynimaydi hamda oldingi qorin devoridagi muskullar ishtirokisiz amalga oshadi. Bunda qusiq massasi HCl kislotasi, pepsin tutmaydigan so'lak aralashgan kam o'zgargan, chaynalgan ovqat massasidan iborat bo'ladi. Qizilo'ngach rakida qusiq massasi yiring hidiga ega bo'lib, allaqachon iste'mol qilingan ovqat qoldiqlarini, ma'lum miqdorda shilliq tutib, qon aralashgan bo'ladi.

Qayt qilish (regurgitatsiya). Qabul qilingan ovqatning ma'lum qismini og'iz bo'shlig'iga qaytishi va shuningdek qizilo'ngachdan ovqat luqmasining o'tishida to'siq bo'lganida kuzatiladi. Qizilo'ngachda to'plangan moddalarning kechqurungi regurgitatsiyasi ko'pincha kardiya axialaziyasida kuzatiladi.

Kekirish (eructatio) - havo bilan kekirish kuzatilishi mumkin. Bazanda hidlangan havo bilan kekirish kuzatiladi, bu ovqatni uzoq muddat hazm yo'llarida turishi natijasida vujudga keladi.

Zarda qaynashi (pyrosis)-to'sh suyagining qilichsimon o'sig'i sohasida achishish hissi bo'lib, qizilo'ngach kasalliklarida (reflyuks ezofagit, diafragmaning qizilo'ngach yorig'i churrasi, kardiya yetishmovchiligi) uchraydigan simptom. Zarda qaynashining yuzaga kelish mexanizmi Me'dadan otilgan me'da va 12 barmoqli ichak shirasini qizilo'ngach distal qismining shilliq qavatini ta'sirlashiga bog'liq. Sanalgan shikoyatlardan tashqari qizilo'ngach kasalliklari bilan og'riq bemorlar so'lakning ko'p ajralishi (gipersalivatsiya), havo yoki oshqozon moddalari bilan kekirish, o'g'izdan noxush hid kelishi va hiqichoqdan shikoyat qiladilar.

Qon oqish. Tashxislashda muhim simptom bu-qon ketishidir. Uning sabablari qizilo'ngach peptik yarasi va yomon sifatli o'smasi, qizilo'ngach devorining yot moddalar bilan zararlanishi, qizilo'ngach kengaygan varikoz venalarining yorilishi (jigar tsirrozi bilan kasallanganlarda), kuchli qusish natijasida yuzaga keladigan qizilo'ngach kardiya sohasi shilliq qavatining chiziqli kesilishlarida, masalan alkogol iste'mol qiladigan bemorlarda (Mellori-Veys sindromi). Oshqozon kasalliklaridagi qon ketishdan farqli ravishda, qizilo'ngachning arterial qon ketishi (masalan peptik yaradan, ta'sirlangan o'smadan) qusiq massasida o'zgarmagan qon aralashishi bilan xarakterlanadi. Qizilo'ngachning kengaygan varikoz venalaridan qon ketganda qusuq massasidagi qon rangi to'q qizil bo'ladi.

Anamnez morbi. Kasallik tarixini yig'ishda simptomlarni o'tkir boshlanishiga etibor berishimiz kerak. Misol uchun adenofagiya og'riqli yutinish ko'pincha qizilo'ngach shilliq qavatini kuyishida bo'lib o'tkir boshlanadi. Disfagiya –yutinishning buzilishi qizil'ongach kuyishida o'tkir boshlansa, ezofagitda sekin asta rivojlanadi. Og'riqni irradiatsiyasiga ham etibor beriladi. Ko'pincha qizilo'ngach kasalliklarida og'riq doimiy bo'lib, simillovchi yoki xurujsimon bo'ladi va tosh ostiga, yelkaga, bo'yinga hamda chap ko'krak qismiga beriladi. Qizilo'ngach axialaziyasida disfagiya birdaniga boshlanib bemorlar qachon boshlangan vaqtini ham aytishlari mumkin va ko'pincha riyhiy omillardan so'ng rivojlanadi. Kasallik xurujlari remissiya bilan kechadi.

Anamnez vitae. Hayot anamnezini yig'ishda qizilo'ngach kasalliklariga olib keluvchi omillarni so'rab surishtirish maqsadga muvofiq bo'ladi. Buning uchun issiq ovqat yoki qizilo'ngachni kuydiruvchi boshqa termik yoki kimyoviy moddalar (uksus kislotasi, kislota va ishqorlar suitsid sifatida istemol qilingan yoki qilinmaganligi) qabul qilinganligi, qizilo'ngach travmalari bo'lgan – bo'lmaganligi, bemorning zararli odatlari chekish, spirtli ichimliklar, haddan ziyod achchiq oziq ovqat mahsulotlarini doimiy istemol qilishi so'raladi, bular reflyuks ezofagitga olib keladi. Bemorlarda qizilo'ngachni shikastlovchi boshqa ichki kasalliklar bilan kasallangan haqidagi ma'lumotlar yig'iladi. Bu kasalliklarga sistemali kasalliklar (tizimli sklerodermiya), temir tanqis kamqonligi kabi kasalliklar bilan kasallanganligi surishtiriladi.

• **Fizik tekshirish usullari.** Qizilo'ngach xastaliklarida fizik tekshirish usullari imkoniyati keskin chegaralangan, faqatgina ko'zdan kechirish ahamiyatlidir. Bemorlarni ko'zdan kechirganda bir qator diqqatga sazovor alomatlar aniqlanadi – oriqlash, hattoki kaxeksiya (Qizilo'ngach rakida va axialaziyasida (qizilo'ngach sfinkteri bo'shalishini buzilishi), terini qurishi, oqarrishi (qizilo'ngach rakida) kuzatiladi. Ba'zan suvsizlanish, vitamin yetishmovchiligi kuzatiladi. Kardiya axialaziya hamda qizilo'ngach yuzasini qoplab olgan o'sma kasalliklarida perkussiya qilinganda Traube sohasi yo'qolishi kuzatiladi, lekin perkussiya kam informativdir. Qizilo'ngach kasalliklarida palpatsiya, va auskultativ tekshirish usullari kam informativligi uchun deyarli qo'llanilmaydi.

Instrumental va laborator tekshirish usullari. Qizilo'ngach kasalliklari diagnostikasida rentgenologik, endoskopik, morfologik, ezofagotankimografik tekshirish usullaridan foydalaniladi.

1. Rentgenologik-bemorlarga bariy sulfat ichirib qizilo'ngachdan otishini kuzatishimiz mumkin va bazi bir kasalliklarda qizilo'ngachni u yoki bu tomonga siljiganini ko'rishimiz mumkin (Misol uchun chap qorincha gipertrofiyasida (mitral stenozda), ko'ks oralig'i organlari o'smalarida). Rentgenologik tekshirish qizilo'ngach holati, shakli, uzunligi, konturlarini baholashga, uning shilliq qavati relefini aniqlashga, motorikaning turli xil buzilishlarini bilishga imkon beradi. Aniq diagnoz qo'yish maqsadida bugungi kunda turli xil rentgenologik tekshirish usullaridan foydalanilmoqda (bariy sulfat qabul qilish bilan amalga oshiriladigan oddiy rentgenoskopiya va rentgenografiya, ikki marta kontrastirovkalash usuli, kompyuter tomografiyasi, rentgenokinematografiya va rentgenotelevideniya, yadroli magnitli rezonans tomografiyasi, pnevmomediastenografiya va boshqalar), bular qizilo'ngach zararlanishiga olib keladigan ko'krak qafasi organlaridagi o'zgarishlarni aniqlashga imkon beradi (limfa tugunlarining, o'smaning kattalashgani, aorta anevrizmasi va boshqalar). Bemorlarni tekshirayotganda yanada aniq ma'lumot olish uchun ularni turli holatlarda har xil proektsiyadagi rentgen suratlarini olish mumkin.

• 2. Endoskopik tekshiruv usuli aniq usul bo'lib, qizilo'ngach shilliq qavati yallig'lanishida qizarish, shilliq qavatni shishi, shilliq qavat yaralari, poliplarini, mushaklar torayishini, kengayishini, qizilo'ngach sfinkteri holatiga baho berish mumkin. **Ezofagoskopiya.** Qizilo'ngachni endoskopik tekshirish uchun maxsus yon tomonlama joylashgan yorituvchi optikadan iborat bo'lgan fibrozofagoskopdan yoki kapsulali endoskopdan (81 surat) foydalaniladi. Ezofagoskopiya qizilo'ngach kasalliklari diagnostikasida yordam beradi, zarur holatlarda zararlangan sohadan biopsiya olishga, olingan materialda gistologik tekshirishlar olib borishga imkon yaratadi, turli xil davolovchi manipulyatsiyalar: qizilo'ngachni kengaytirish,

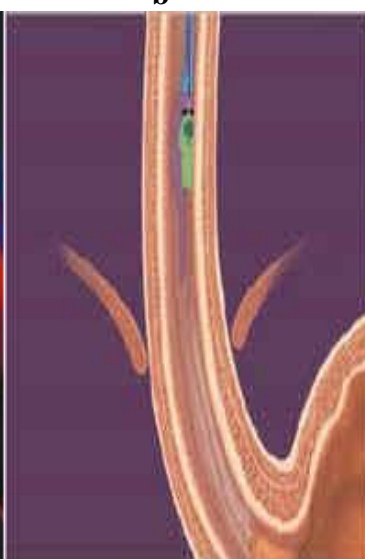
qonayotgan tomir elektrokoagulyatsiyasi (masalan peptik yaralarda), qizilo'ngach varikoz kengaygan venalari skleroterapiyasini o'tkazishga sharoit yaratadi.

Kapsulali edoskopiya tekshirish usuli;



a

b



v

g

d

81 surat. a) Radiokapsula tuzilishi; b) Radiokapsulani qabul qilish; v) Radiokapsula ish jarayoni; g) Radiokapsula o'rnatilishi; d) Radiokapsula priyomnigi;

4. Qizilo'ngachni manometrik tekshiruvda qizilo'ngach sfinkteri tonusi holatiga baho beriladi. 4 – sutkalik pH – monitorlash; 5 – impedansometriya tekshiruv usulida qizilungach mushaklari xarakat aktivligi aniqlanadi. 6. Sutkalik pH- ko'rsatkichini aniqlash. pH ko'rsatkichining 4 dan kichik 7dan katta ko'rsatkichini hamda davomiyligini aniqlaydi. Shuningdek uning subyektiv simptomlar bilan bog'lanishini aniqlaydi. (Ovqat qabul qilish, tananing holati, dori qabul qilish, chekish) preparatlarning qo'llanilish effektivligini nazorat qilish va individual terapiya imkoniyatlarini beradi. 7. 48 soatlik (zondsiz) pH ko'rsatkichini «Bravo» radiokapsulasi yordamida aniqlash. Bemorda ortiqcha noqulayliklarni keltirib chiqarmasdan qizilo'ngachdagi muhit pH ko'rsatkichini zondsiz 48 soat davomida aniqlash imkoniyatini beradi (yuqoridagi V.G.D. suratga qarang).

5. AQSh Medtronic firmasi tomonidan 2003 yildan boshlab ishlab chiqarilayotgan «Bravo» (angl. Bravo™) pH-radiokapsulasi erkin siljiydigan imkoniyatga ega emas. Maxsus moslama yordamida u qizilo'ngach epiteliysiga o'rnatiladi, odatan qizilo'ngach quyi sfinkteridan chamasini 5 sm yuqorida va bir necha sutka davomida (ko'pincha 48 soat) qizilo'ngach shilliq qavtidagi pH muhiti to'g'risida bemorning kisasida yoki gavdasining biror bir qismida o'rnatilgan priyomnikka uzluksiz axborot berib turadi. So'ngra olingan axborot kompyuterga tashlanadi va unda tahlil qilinadi. Vazifasini ado etgan kapsula bir necha kecha kunduzdan keyin epiteliydan ajraladi va najas bilan birgalikda orqa chiqaruv teshigi orqali tashqariga chiqadi.

Boshqa tekshiruv usullari. Qizilo'ngach yomon sifatli o'smalarining diagnostikasida qo'shimcha usul tsitologik tekshirish bo'lib, bunda qizilo'ngach yuvilgan suvdan yoki shilliq qavatdan ajratma sifatida olingan yoki bioptat materialdan foydalaniladi. Ajratmani keng yuzali yorituvchi ballonchadan iborat bo'lgan maxsus zond yordamida olinadi.

Ezofagotonokimografiya qizilo'ngach turli qismlari harakat aktivligini registratsiya qilish, shuningdek qizilo'ngach pastki sfinkteri tonusini aniqlashda va qizilo'ngach diskineziyasi, kardiya axialaziyasi, diafragma qizilo'ngach yorig'i churrasi diagnostikasida qo'llaniladi. Gastroezofagial reflyuks kasalligini aniqlashda qizilo'ngach ichi pH metriyasidan foydalaniladi. Bunda qizilo'ngach ichi pH i 4,0 dan past bo'lsa oshqozondagi nordon moddalarning qizilo'ngachga o'tilganini bildiradi.

Endosonografiya. So'nggi yillarda qizilo'ngach kasalliklari diagnostikasida endosonografiya ancha keng tarqalgan usullardandir, bu ultratovushli tekshirish usuli bo'lib, bu tekshirish ultratovushli datchikni ezofagoskop yordamida qizilo'ngachga kiritishdan iborat. Bu metod qizilo'ngach o'smalarini aniqlashga yordam beradi (ayniqsa shilliq qavat ostida bo'lsa) va operativ davolashdagi muhim savollarga javob beruvchi regionar limfa tugunlari holatini baholashda qo'llaniladi.

Qizilo'ngachning organik va funktsional qisilishlarini differentsial diagnostika qilishda hozirgi kunda turli xil farmakologik moddalardan foydalaniladi. Nitroglitserin qizilo'ngach pastki sfinkteri tonusini pasaytirib, kardiya axialaziyasi bilan kasallanganlarda qizilo'ngachdan ovqat luqmasini o'tishini osonlashtiradi va qizilo'ngachning organik tabiatli zararlanishida bunday effekt bermaydi.

Ovqat hazm qilish tizimi kasalliklari bilan kasal-langan bemorlarni shikoyati patologik jarayonga va hazm yo'lining qaysi qismi zararlanishiga bog'liq holda turlicha bo'ladi. Og'iz bo'shlig'ida mahalliy yallig'lanish yoki tishlar kariesi natijasida kelib chiqadigan og'riqlar stomatologiya, xirurgiya sohasiga ta'lluqli bo'lib hisoblanadi. Stomatitlar (og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining yallig'lanishi) - mahalliy sabablar yoki umumiy kasalliklarning bir ko'rinishi sifatida yuzaga kelishi mumkin. Stomatitlar og'iz bo'shlig'idagi og'riqlar bilan birga kuzatiladi. Og'riqlar asosan tilda va milklarda bo'lib, o'tkir va tuzli ovqatlar iste'mol qilganda bu og'riqlar kuchayadi. Tilning achib og'rihi yomon sifatli anemiyaning simptomlaridan biri bo'lishi mumkin (Addison- Birmer kasalligi). Og'izda achishish va yoqimsiz ta'm bo'lishi gastritlarda va ayniqsa jigar, o't yo'llari kasalliklarida kuzatiladi.

Haddan tashqari og'iz qurishi qandli diabetda kuzatiladi. Qizilo'ngach kasalliklarida bemorlar shikoyati quyidagicha: disfagiya, qizilo'ngach bo'ylab og'riq, qusish, zarda qaynashi va qon ketishlar bo'ladi. Disfagiya – bu qabul qilingan ovqat mahsulotlarini qiyin yutish yoki to'la yuta olmaslik bo'lib hisoblanadi. Disfagiya qizilo'ngach o'smasida, yot jismni yutganda, qizilo'ngach ishqor yoki kislotalar ta'sirida kuygandan keyin chandiqlik hosil bo'lishi, shu bilan birga aorta anevrizmasi yoki ko'ks orti o'smasi bilan siqilganda va divertikul xastaligida yuzaga kelishi mumkin. Qizilo'ngachdan qon ketishi jigar sirrozida kengaygan varikoz venalar yorilishi natijasida ro'y beradi. Oshqozon kasalliklarida asosiy shikoyatlar epigastral sohada og'riq, ko'ngil aynishi, qusish, ishtaha pasayishi, kekirish, zarda qaynashi hisoblanadi. Oshqozon sohasida og'riq bo'lganda nafaqat uning lokalizatsiyasi, balki (irradiatsiyasi, xarakteri va qanday sharoitdan keyin yuzaga kelishini (ovqatlanish vaqti, ovqat xarakteri va hokazo) aniqlash kerak. Shu bilan birga og'riq nimadan keyin pasayishi va yo'qolishiga ahamiyat berish kerak. Qusish - tez-tez uchraydigan shikoyatlardan biri bo'lib, oshqozonning turli kasalliklarida kuzatilishi mumkin (o'tkir va surunkali gastritlar, yara kasalliklari, piloroduodenal stenoz, oshqozon raki va boshqalar).

Bemorni so'rab – surishtirganda, qusish simptomi oshqozonga bog'liq bo'lmagan holda boshqa kasalliklarda ham kuzatilishi mumkinligini nazarda tutmoq kerak. Masalan: bosh miya

o'smalarida, meningitda, uremiya, xoletsistit, peritonit va boshqa kasalliklarda ham uchratish mumkin. Shu bilan birga ayrim dori moddalarini qabul qilganda (digitalis) va oshqozon shilliq qavatiga ba'zi ximiyaviy vositalarning ta'siri (sulema, mishyak) natijasida ham qusish kuzatilishi mumkin bo'ladi.

O'tkir gastritda ovqat yegandan so'ng qusish kuzata boshlanadi. Oshqozon atoniyasi, gipersekretsiyasida esa qusish ovqatdan keyin 3-4 soat o'tgach boshlanadi.

Oshqozondan chiqish qismi stenozida nahorda qusish xarakterli bo'lib, qusuq massasida ovqat qoldiqlari saqlanib 3-4 litr miqdorni tashkil qiladi va «palag'da tuxum» hidiga o'xshash hidga ega bo'ladi. Ba'zan kuchli qusish paytida oshqozon shilliq qavatidagi mayda tomirlar zararlanadi va buning natijasida qusuq massalarida qon tomchilari aniqlanadi.

Oshqozondan ko'p miqdorda qon ketishi jiddiy simptomlar hisoblanib, oshqozon o'smasida va yara kasalligida yirik tomir zararlanishi natijasida yuzaga keladi. B'zan qon ketishda oshqozon shilliq qavati kuyishi, gemorragik diatez, portal gipertoniyada oshqozon venalarining varikoz kengayishi ham sabab bo'lishi mumkin. Bunday hollarda qusuq massasidagi qon ochiq qizil rangda bo'ladi. Agar qusish qon ketishdan keyin ma'lum vaqt o'tgach yuzaga kelsa, bu vaqt ichida qon oshqozon saqlanmasi bilan qo'shilishga ulguradi va buning natijasida qusuq massa qahva quyqasi rangida bo'ladi. Bu ko'pincha oshqozon rakida kuzatiladi.

Qusishdan oldin bemorda ko'ngil aynish hissi paydo bo'ladi. Bu simptom oshqozon kasalligi bilan bog'liq bo'l-masligi ham mumkin. Bu simptom gipertonik krizlarda, buyrak kasalliklari va boshqa kasalliklarda ham uchraydi.

Oshqozonda bijg'ish jarayonining kuchayishi natijasida bemorda havo yoki ovqat qo'shmasi bilan kekirish kuzatiladi. Nevroz bilan kasallangan bemorlarda uzoq masofadan eshitiluvchi, bolalarda ovozli havo bilan kekirish kuzatiladi. Bu simptom «aerofagiya» deyiladi. Bundan tashqari achchiq yog' hidiga o'xshash kekirish uchraydi. Bunday kekirish bijg'ish jarayonida organik kislotalar (yog', sut, kislota va boshqalar) hosil bo'lganda yuzaga keladi. Ba'zida bemorlar zarda qaynashidan shikoyat qilishadi. Bu ko'pincha oshqozonda saqlanmagan kislotalikning oshishi natijasida yuzaga keladi, lekin kislotalikning normal bo'lganda va hatto past bo'lganda ham zarda qaynashi kuzatilishi mumkin. Zarda qaynashining yuzaga kelish sababi- kardial sfinkter etishmovchiligi natijasida oshqozon saqlanmasining qizilo'ngachga qaytib o'tishidir.

So'rab- surishtirishda bemorning ishtahasiga ham etibor berish kerak. Oshqozonda kislotalik muhiti past bo'lganda, ishtaha pasaygan bo'ladi, aksincha yuqori kislotalik muhiti bilan kechadigan oshqozon kasalliklarida ishtaha yuqori bo'ladi. Biroq shuni inobatga olish kerakki, kislotalik muhitning oshib ketishi bilan kechuvchi oshqozon yara kasalliklarida bemorning ishtahasi yuqori bo'lishiga qaramay, og'riq xurujidan qo'rqib ovqat eyishdan o'zlarini tiyishadi. Ba'zi bemorlarda haddan tashqari yuqori ishtaha ya'ni, bulimiya (bo'ri ishtahasi) kuzatiladi.

Ishtahaning umuman yo'qolishi (anoreksiya) va ayniqsa go'shtli ovqatlarni iste'mol qilolmaslik oshqozon rakiga xarakterli bo'ladi. Ishtaha yuqolishi bilan birga ozib ketishdan shikoyat qilinadi. Ichak kasalliklarida bemorning asosiy shikoyati ichaklar bo'ylab og'riq hissi, meteorizm, ich ketishi, qabziyat va bazan ichakdan qon ketishi yuzaga keladi. Ichakdagi og'riqlar ichak musaklarining spazmi natijasida yuzaga kelib ko'pincha ingichka ichak (enterit) va yo'g'on ichak (kolit) yallig'lanishi jarayonlarida kuzatiladi. Spastik og'riqlar shuningdek, mishyak, miss kabi kim-yoviy moddalar bilan zaharlanganda

kelib chiqishi mumkin. Ayniqsa miss bilan surunkali zaharlanganda og'riq san-chiqsimon xarakterga ega bo'ladi.

Shuningdek og'riqlar ich o'tmasligi sababli ichaklar-ning keskin kengayishi yoki ko'p miqdorda gaz to'planishi natijasida yuzaga kelishi mumkin.

Ichaklarda og'riq kuzatilganda, uning lokalizatsiyasini aniqlash muhim hisoblanadi. Og'riq chap yonbosh sohada bo'lsa, sigmasimon ichak kasalliklaridan, aksincha o'ng yonbosh sohada og'riq bo'lsa, ko'r ichak kasalliklari, appen-ditsitdan darak beradi. Qorinning o'rta sohasidagi og'rilar ingichka ichak kasalliklarida kuzatiladi. Defekatsiya aktida yuzaga keladigan og'riqlar to'g'ri ichak kasalliklarida (gemorroy, anal teshigi yorig'ida, sigmasimon va to'g'ri ichak o'smasida) kuzatilib, axlat bilan qonning aralashib kelishi aniqlanadi.

Agar qon ketish ichaklarning yuqori qismidan bo'lsa, bu o'n ikki barmoqli ichak yara kasalligiga xos bo'ladi va bunda axlat qora rangda bo'ladi.

Ichakdan qon ketishi boshqa kasalliklarda ham sodir bo'lishi mumkin. Masalan kapilyarotoksikozda, Verlgoff kasalligida, mezenterial tomir trombozlarida kuzatiladi. Ma'lum miqdorda qon yuqotishda, bemorda teri qoplamlari oqarishi, umumiy holsizlik, bosh aylanishi, sovuq ter bosishi kuzatiladi. Ichaklarda bijg'ish va chirish jarayonlarining kuchayishi natijasida qorin dam bo'ladi (meteorizm) va og'riqlar paydo bo'ladi.

Oshqozon va 12 barmoqli ichak kasalliklari bilan og'rigan bemorlarni klinik tekshirish usullari: (Sub'yektiv va ob'yektiv)

Sub'yektiv tekshirish: So'rab surishtirish (interrogatio): bemorlar shikoyatlari – asosiy va qo'shimcha.

Anamnesis morbi

Anamnesis vitae

Oshqozon ichak trakti kasalliklarida kuzatiladigan sindromlar quyidagilardir.

1 – Og'riq sindromi: xarakteri, intensivligi, lokalizatsiyasi, irradiatsiyasi, davomiyligi, yuzaga keltiruvchi omillar(odatan taom qabulidan keyin 30-50 min o'tgach);

2 – Dispeptik sindrom: nausea (ko'ngil aynishi), vomitus (qusish), haemotemesis (qon qusish), eructatio (kekirish), regurgitacio (qayd qilish), melena, diareya;

3 – Astenovegetativ sindrom: anoreksiya (ishtahaning yo'qolishi), ogiz achishi, gipersalivatsiya yoki og'iz qurishi

4 -Oshqozon-ichakdan qon ketishi (gemoragik sindrom);

5-Tana massasining kamayishi;

Og'riqlar. Tananing qorin qismida og'riq oshqozon va 12 barmoqli ichak patologiyasida ko'proq bezovta qilib turadi. Odatda epigastral sohada tarqaladi va doimiy yoki xurujsimon xarakterga ega bo'ladi. Eng ko'p xarakterda xurujsimon og'riqlar ovqat qabul qilish bilan bog'liq bo'lib, sezon xarakterga ega (bahor va kuz). Og'riq paydo bo'lish vaqtiga qarab jarohat lokalizatsiyasini aniqlash mumkin. Barvaqt va kechki og'riqlar farqlanadi.

-Barvaqt og'riqlar odatda oshqozon patologiyasi bilan bog'liq. Ovqat istemol qilingandan so'ng ovqat massasi jarohat bor joyga tasir qiladi va og'riq paydo bo'ladi. Ular ovqat istemol qilingandan so'ng tezda paydo bo'ladi (odatda 30-60 minutdan keyin), davomiyligi 1-1,5 soat. Oshqozondagi massa evakuatsiya qilingandan keyin kamayib boradi.

-Kechki og'riqlar 12 barmoqli ichak kasalliklari bilan bog'liq va bu og'riqlar meda shirasi tarkibidagi chlorid kislotani jarohat bor joyga ta'siri natijasida yuzaga keladi. Ular ovqatdan so'ng (1,5-3 soatdan keyin) paydo bo'ladi. Shuningdek yana och qorindagi og'riqlar va tungi og'riqlar tafovut qilinadi. Og'riq ovqat iste'mol qilgandan so'ng kuchsizlanuvchi yoki sekinlashadi, bu meda shirasi tarkibidagi chlorid kislotasini oziq-ovqat mahsuloti bilan

neytrallanishi bilan bog'liq. Kasallar quyidagilarga shikoyat qiladilar; epigastral sohada bosim yoki og'riq sezishi, oshqozonda hazm bo'lishi bilan bog'liq shikoyatlar. Shuningdek ichaklarda gaz hosil bo'lishi kuchayishi natijasida qorinda dam (meteorizm) kuzatiladi.

Dispeptik sindrom. Dispepsiya-, hazm jarayonini buzilishi bilan bog'liq simptomlar (ko'ngil aynishi, qusish, jig'ildon qaynashi, oshqozonda dam, kuldirash, epigastral sohada og'riq va ichaklarda og'irliq hissi) bezovta qiladi.

Dispeptik sindrom sabablari: Organik va funktsional bo'ladi.

Organik dispepsiya sabablari: reflyuks-ezofagit; yara kasalliklari; gastritlar; surunkali pankreatit; o't-tosh kasalliklari; oshqozon raki.

Funktsional dispepsiya diskinetik, nospetsifik ko'rinishida bo'ladi:

-Diskinetik dispepsiya quyidagi alomatlar bilan birga xarakterlanadi: oshqozon tezda to'yishini his etish, epigastral sohada noxushlikni his etish, og'riq kuzatilmaligi mumkin, ko'ngil aynishi, ayrim mahsulotlardan zaharlanish, ba'zan ingichka ichak zararlanishi.

-Nospetsifik dispepsiya uchun xarakterli qaytalanuvchi kekirish, qorinda dam, ko'ngil aynishi, stress holatlarda paydo bo'ladi.

Oshqozon-ichakdan qon ketishi sabablari:

Yara kasalligi

Gastrit va oshqozon eroziyasi

Ezofagit yoki qizilo'ngach yarasi

Qizilo'ngach venalari varikoz kengayishi (jigar tsirrozi).

Mellori-Veyss sindromi-ko'p marta qusish va uni xuruji sababli oshqozon kardial qismi shilliq qavati kapilyarlari yorilishi natijasida oshqozondan qon ketishidir.

Oshqozon-ichakdan qon ketishi qon aralash qusish va melenaga sabab bo'ladi. Qusuq massaning rangi ketayotgan qon miqdori va oshqozonda qancha vaqt turganligiga bog'liq.

Qo'shimcha shikoyatlar:

Ko'ngil aynishi, epigastral sohada noxushlik his etish adashgan nervning zararlanishi bilan bog'liq. Oshqozon kasalliklarida ko'ngil aynishi odatda og'riq bilan shuningdek tez-tez qusishdan oldin paydo bo'ladi. Ko'ngil aynishi ko'p boshqa holatlarda ham bo'ladi. Oshqozon ichak trakti patologiyasida odatda ovqat qabul qilishda kuzatiladi.

Qusish – reflektor akt bo'lib, me'da va 12 barmoqli ichak maxsulotlarini qizilo'ngach, og'iz bo'shlig'i bazan burunga qaytib chiqishidir. Bu qorin mushaklarini qisqarishi, nafas muskullarining harakati hisobiga sodir bo'ladi. Pilorik sfinkter yopiq holatda bo'ladi. Qusish refleksi ovqat qabul qilish, ovqatni me'dada turib qolishi, og'riq sezish bilan bog'liq. Qusish markazi uzunchoq miyada joylashgan.

-Ertalabki qusish. Katta miqdorda shilliq bo'lsa surunkali gastrit uchun xarakterli (alkogolizm). Ertalabki qusish o't kislotasi saqlasa, tungi gipersekretsiya uchun xarakterli. Qusish ovqatdan keyin (10-15min) bo'lsa yara yoki oshqozon kardinal qismi raki, shuningdek surunkali gastrit uchun xarakterli. -Yara yoki oshqozon tanasi rakida qusish ovqatdan 2-3 soat o'tgandan keyin paydo bo'ladi.

Oshqozon pilorik qismi yarasi yoki 12 barmoqli ichak yarasida qusish ovqat qabul qilgandan 4-6 soat o'tgandan keyin paydo bo'ladi. 1-2 kun oldingi yig'ilgan ovqatlarni qusish bu sfinkter stenozida oshqozonda ovqat to'planishi bilan xarakterlanadi va aynigan palag'da tuxum hidi bo'ladi.

Qusilgan massa xarakteri:

-Qusiq massasi qon aralash bo'lishi mumkin. Bu qizilo'ngach, me'da-ichakdan qon ketishini bildiradi. Bu qusuq massa "quyuq kofe" ko'rinishidadir.

- Qusuq massasidan chirigan hid kelsa, ovqatning me'dada ko'p saqlanishi, me'daning pilorik qismi stenoz hamda atoniyasi uchun xos.

Odatda qusishlar Me'da va qizilo'ngach kasalliklarida kuzatiladi, ba'zan Me'da ichak trakti patologiyasidan tashqari, gipertoniyada, zaharlanishlarda, yuqumli kasalliklarda, miyada bosim oshganda, ensefalitda qusish markazining ko'zg'aladi. Bunda qusish birdaniga paydo

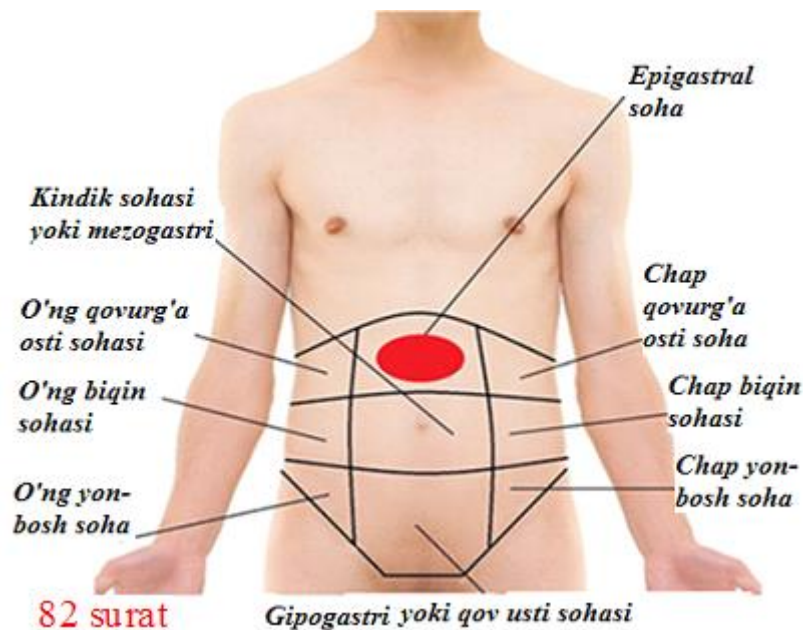
bo'lishi, ko'ngil aynish va boshqa dispeptik simptomlarsiz kechishi, qusgandan so'ng yengillik sezilmasligi va davomsizligi xarakterli.



Kasallik anamnezi. Kasallikni simptomlari qachon boshlangan, ovqatlanish bilan bog'liq, bog'liq emasligi, sezon xarakterda (bahor va kuz) ega yoki yo'qligini, og'riq davomiyligi, kuchayishi, sekinlashishi (meda yarasida ovqalangandan so'ng kuchayadi, 12 barmoqli ichak yarasida ovqatlangandan so'ng susayish va kechki, tungi og'riqlar xarakterli), og'riqning lokalizatsiyasi tarqoq yoki local xarakterdaligini ham diagnostikada ahamiyati katta. Nosteroid yallig'lanishga qarshi dori vositalari qabul qilganligi, bemorni o'tkazgan kasalliklari (jigar tsirrozi) me'da ichak traktidan qon ketishini aniqlash maqsadida, o'tkazgan kasalliklari va avlodida qayd etilgan kasalliklar surishtiriladi. Qusuq massasi xarakterini baxolash katta ahamiyatga ega. Ichining qabziyat bilan yoki suyuq, qoramtir (dekteobraz), qon aralash, shilliq va ko'pik aralash o'tishi ichak kasalliklaridan dalolat beradi.

Hayot anamnezi. Anamnez yig'ishda bemorning ovqatlanishini baholay olish kerak (ovqatlanish rejimini buzilganligi, ko'proq achchiq, sho'r va quruq ovqatlarni istemol qilganligini so'rash ahamiyatli). Ovqat hazm qilish a'zolari kasalliklari asosiy omili bo'lgan ovqat qabul qilish ketma-ketligi buzilganligini aniqlashdir. Bemor qanday ovqat iste'mol qilganligi (yog'li, qovurilgan, o'tkir, sho'r, achchiq, o'tkir ichimliklar (uksus kislota)), qancha miqdordaligini aniqlash kerak. Tizimli kasalliklar, qandli diabet, buyrak yetishmovchiligi, diffuz toksik buqoq kabi kasalliklar o'tkazganligini diagnostikada ahamiyati katta.

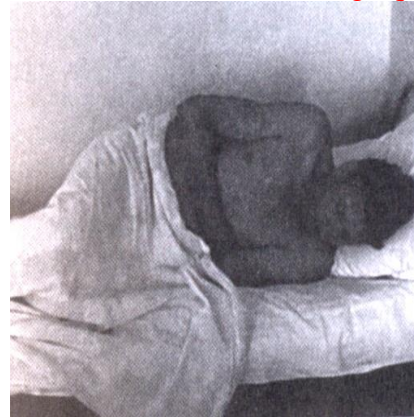
Obyektiv tekshirish usullari: Ko'zdan kechirishda-(inspectsio): Qorin sohasi azolarini ko'zdan kechirishda, qorin devorini uch qavatga bo'lib o'rganiladi, epigastri, mezogastri va gipogastri hamda har qaysi qavat uch qismga bo'linadi va jami 9 ta kvadratga bo'linadi. Ushbu kvadratlarni paypaslashda va perkussiya qilinganda shu soha azolari kasalliklari haqida malumot olinadi **82 surat.**



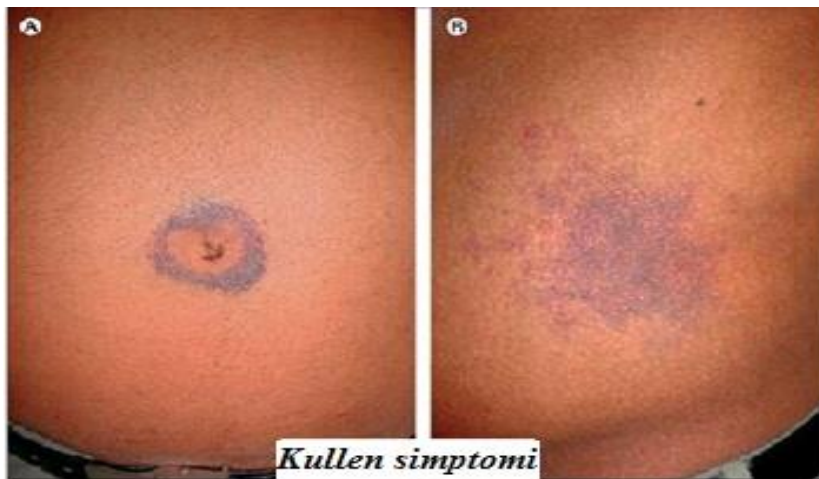
Bemorlarni ko'zdan kechirishda uning holatiga etibor berish lozim. Bunda bemorlar holati faol, passiv va majburiy holat bo'lishi mumkin. Majburiy holat bemorlarda yara kasalliklarida og'riq kuchli bo'lganda yoki peritonitda kuzatiladi (83 a va b suratga qarang).



a 83 surat b



Bemorlarda – oriqlash, hattoki kaxeksiya (rakda va qizilo'ngach axialaziyasida), terini qurishi, oqaruvi (qizilo'ngach rakida) kuzatiladi. Qorin shakli, peristaltikaga etibor beradi. Terida chandiqlar, chiziqlar (striae), pushti rang chiziqlar – Kushing sindromida, teri osti venalarining kengayishi (tsirrozlarda yoki v. cava inferior obstruksiyasida), kindikning bo'rtib chiqishi (astsit, o'smalarda), pushti rangga bo'yalishi (pankreatitda, pastga siljishi (astsitda), yuqoriga (homiladorlikda, chanoq organlari o'smasida). Ekximozlar (yumshoq to'qimalarga qon quyilishi), kindik atrofida – Kullen simptomi (84 surat), qorin yon devorlarida–Grey Turner simptomi (qorin parda ichra yoki orti bo'ylab teri osti qon oqishida), qorin bo'shlig'i o'smalarida assimetriya kuzatiladi. Qorin sathi kuzatilayotgan paytda qorin oldingi devorini nafas ekskursiyasiga ishtirokiga; teri osti venoz anastomozlarga va operatsiyadan keyingi chandiqlarga alohida e'tibor berish maqsadga muvofiqdir.



84 surat

Palpatsiya –o'tkazishda bir qo'llab (mono manual) va ikki qo'llab (bimanual) palpatsiyadan foydalaniladi. Yuza palpatsiyada qorin devori mushaklari tarangligi (rezistentligi), mushaklar tonusiga, og'riqli nuqtalar bor yo'qligiga etibor beriladi, oshqozon yara kasalligi va gastritga aloqador epigastral sohadagi og'riqlar, qorin mushaklari taranglashishi kuzatiladi. Chuqur palpatsiya to'rt momentdan iborat; 1-qo'lni qorin devoriga qo'yish, 2-terini tortib burma hosil qilish, 3-ichkariga kirish, 4-palpatsiya. Palpatsiya ketma ketligi-sigmasimon ichak, ko'r ichak, ko'ndalang chanbar ichak, ko'tariluvchi (chiquvchi) chanbar ichak, tushuvchi chambar ichak, va Me'da, xuddi shu tartibda perkussiya qilinadi. Chuqur palpatsiyada oshqozonning katta va kichik egriligi va pilorik qismini aniqlaymiz. Ba'zan kattalashgan o'smalar palpatsiya qilinadi. Ichaklar holatiga baho beriladi va og'riqlar aniqlanadi. **Perkussiya** (informatsiyasi past va shuning uchun kam qo'llaniladi) shunga qaramasdan pilorostenozda chayqalish simptomi musbatligi, jigar, taloq hajmi va Me'da ichak traktida timpanik tovush aniqlanadi. **Auskultatsiya** qorinda kuldirashlarni, aorta anevrizmi bo'lsa ustida shovqin eshitiladi. Hozirgi kunda fizikal tekshirish usullari kombinatsiyalashgan holatda amalga oshirilmoqda. Bunday usullar tashxisni aniqlashda katta ahamiyatga ega.

«Kombinatsion» usullar:

1 – auskultoaffrikatsion:

Epigastral sohasiga fonendoskop qo'yiladi va qo'l barmoqlari yordamida qorin oldingi devori bo'ylab lin. mediana anterior proektsiyasida xanjarsimon o'simtadan kindikka qadar sirpanuvchi harakat amalga oshiriladi. Oshqozon quyi chegarasi odatan sirpanuvchi tovush susaygan nuqtada joylashadi.

2 – auskultativ perkussiya

Ushbu kombinatsion usul amalga oshirilayotgan paytda tekshiruvchi barmoqlari teri bo'ylab sirpanmaydi, balki yengil to'qillatib uriladi.

Me'da shirasini tekshirish

Oshqozon shirasini tekshirish (oshqozonning sekretor funksiyasi)-oshqozon shilliq qavatining morfologik va funktsional holatini o'rganish, shuningdek masofadan turib uning evakuator funksiyasiga baho berishga imkon beruvchi asosiy metodlardan biri. Oshqozon shirasini tekshirishning zondli va zondsiz usuli keng tarqalgan. Zondlash oshqozonning sekretor (oshqozon shirasi miqdori) kislota va ferment ishlab chiqarish funksiyasi (sekretor funksiyasi) ni tekshiruvchi metod hisoblanadi. Oshqozon bezlarining sekretor funksiyasi haqida tasavurga ega bo'lish uchun maxsus (ingichka) zond bilan zondlash va oshqozon suyuqligini doim yoki 1 xil vaqt oralig'idan keyin so'rib olinishi kerak. Barcha holatlarda boshlang'ich bosqichda intensiv oshqozon shirasi 1 soat (har 15min) davomida uning tinch va ovqat hazm qilish oralig'ida olinadi va u bazal sekretiya deyiladi. Laboratoriyada zond orqali ovqat hazm qilish jarayonida oshqozon shilliq qavatining sekretor faoliyatini tekshirish uchun bemorlarga ovqatga javoban hosil bo'ladigan shira ishlab chiqarilishini stimullovchi medikamentoz preparatlar teri ostiga yuboriladi (gistamin, pentagastrin,). Oshqozon sekretiyanini stimullovchi kimyoviy preparatlar laborator tekshirish uchun yaroqli bo'lgan toza

oshqozon shirasini olishga yordam beradi. Gistamin in'eksiya qilingandan keyin tekshirilayotgan odamda bir necha daqiqadan so'ng o'tib ketuvchi qizarish, boshida bosim va issiqlikning sezilishi kuzatiladi. Yuqoridagi nojo'ya ta'sirlarni oldini olish uchun, hamshira 20-30 daqiqa oldin dimedrol, suprastin va boshqa allergiyaga qarshi preparatlar mushak orasiga yuborishi kerak. Hozirgi kunda oshqozon shirasini stimullovchi ovqat mahsulotlarini (kofein, alkogol, karam qaynatmasi, go'shtli bulyon) qabul qilish rad etilmoqda. Chunki ular sust stimullovchi xususiyatga ega, shuningdek, ular oshqozonning kislota va ferment ishlab chiqarish funksiyasiga ob'ektiv baho berishga yo'l qo'ymaydi.

Meda shirasini zondsiz tekshirish usuli

Bazi bir bemorlarga zondli tekshirish usuliga qarshi ko'rsatma bo'lishi munosabati bilan zondsiz tekshirish usuli qo'llaniladi.

Bu usulga Sali bo'yicha desmoid sinama, ion almashuvchi smola usuli, atsidotest, gastrotest kiradi. Bu usullar zondli usullarga nisbatan kamroq malumot beradi.

Sali bo'yicha desmoid sinama. Buning uchun Metilen ko'ki kichkina ingichka elastik rezina qopchaga joylashtiriladi va bu qopcha ketgutli ip bilan bog'lanadi. Tekshiriluvchi nahorda qopchani yutadi va keyin nonushta qiladi. Qopcha medaga tushgandan so'ng xlorid kislota va pepsin tasirida ketgut hazm boladi va qopcha ochiladi. Qopcha ichidagi metilen ko'ki qonga so'rilib, siydik bilan ajraladi. Tekshiruv vaqtida 3-5- va 20 soatdan so'ng siydik yig'iladi va siydik bo'yalish (ranglanish) intensivligi vaqti belgilanadi. Medada sekretor faoliyati meyorda bo'lsa **1-** portsiya rangsiz, **2-** portsiya oq-yashil va **3-** portsiya ko'k-yashil rangda bo'ladi.

Ion almashuvchi smol usuli. Ushbu usul biror bir kichik molekulyar birikma (xinin, papaaminosalitsil kislota) bilan birikkan ion almashuvchi smol ichga qabul qilishga asoslangan. Meda shirasi tarkibidagi xlorid kislotaning vodorodi ionlar indikatorini bilan almashinadi va indikatorlar smoladan ajraladi va ichakka so'rilib, siydik bilan ajraladi.

Oshqozon shirasini zondsiz tekshirish (siydikda uropepsinni aniqlash, desmoid proba, ion almashinuvi testi-atsidotest) faqat orientirlovchi ahamiyatga ega. Ushbu metod faqat oshqozon sekretor funksiyasining saqlangan yoki saqlanmaganligi haqida taxminiy ma'lumot beradi. Oshqozon sekretor faoliyatining miqdoriy ko'rsatkichlarini zondsiz usulda aniqlab bo'lmaydi. Zondsiz tekshirish usuli faqatgina chegaralangan miqdordagi aholini yoppasiga tekshirishga imkon beradi. Poliklinika, stasionarda Me'da, o'n ikki barmoqli ichak va boshqa hazm trakti kasalliklari bilan kasallangan bemorlarni zondsiz usulda tekshirish maqsadga muvofiq emas. **Bemorlarni tayorlash:** tekshirishdan bir kun oldin kechqurun soat 20 da yengil tushlik qilish kerak. Tekshirish o'tkaziladigan kuni esa nonushta, suyuqlik, dori qabul qilinmaydi.

Meda shirasini zondsiz atsidotest orqali kislotaligini aniqlash

Atsidotest tekshirish usuli meda shirasi tarkibidagi kislotali muhitini aniqlash uchun diagnostika sifatida ishlatiladi. Buning uchun bemordan ertalabki nahorgi portsiya siydik olinadi. Atsidotest o'tkazish uchun bemor siydik qopini boshatadi va bu portsiya analiz uchun olinmaydi. Siydik qopi bo'shatilgandan so'ng bemor Vengriyada ishlab chiqarilgan 2,4-diamino-4-etoksi-azobenzol 3 ta draja 0,05 dozada va 2 tabletka 0,2 dozada kofein benzoate natriy ichadi. Tabletkalar bilan birga paxkada atsidotest natijalarini baholash uchun rangli shkala (**A-erkin xlorid kislota bor va B erkin xlorid kislota yo'q**) bo'ladi va shu orqali baholanadi.

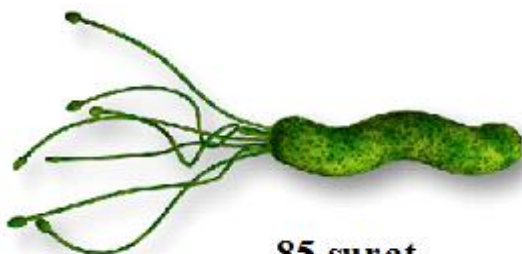
Bemor siydik qopi boshatilgandan so'ng 2 tabletka kofein benzoat natriy ichadi va 1 soatdan so'ng siydik qopi bo'shatilib idishga analiz olinadi va idishga nazorat guruhi deb yoziladi. Bemor ikkinchi marta siydik qopini bo'shatgandan so'ng 3 ta draja 2,4-diamino-4-etoksi-azobenzol qabul qiladi va 1,5 soat o'tgandan so'ng bemordan qayta siydik analizi olinib idishga yig'iladi va 1,5 soatlik deb belgilanadi. Nazorat guruhidagi hamda bir yarim soatdan so'ng olingan siydik 200 ml gacha suv bilan suyultiriladi, va xlorid kislota bilan kislotali muhit hosil bo'ladi. Bundan boshqa probirkada 5 ml olinib, har bir probirkadagi siydik rangi baholanadi.

Bunda nazorat guruhidagi siydik rangi o'zgarmay odatdagidek bo'ladi.

Bir yarim soatlik siydik rangi qirmiziga (aliy) bo'yaladi. Bo'yalish intensivligi diagnostik ahamiyatga ega va buni rangli shkala bilan solishtirilib meda shirasi kislotaligi aniqlanadi.

Kofein benzoate natriy meda shirasini ajralishini stimulyatsiya qilish uchun ishlatiladi.

Ion almashtiruvchi smola drajasi, 2,4-diamino-4-etoksi-azobenzol bilan to'yingan. 2,4-diamino-4-etoksi-azobenzol bo'yovchi (boyovq) modda bo'lib, ion almashtiruvchi smola bilan bog' hosil qiladi. Meda shirasini kislotali muhitida vodorod ionlari tasirida siqib chiqariladi, ion almashtiruvchi smola bilan bog' hosil qilmaydi. Bo'yovchi modda yog'on ichakka so'riladi va siydik bilan ajraladi. Siydik rangi intensivligiga qarab meda shirasi kislotaligi aniqlanadi.



85 surat

* Anatsid holatda vodorod ionlari deyarli bo'lmaydi va bo'yovchi modda ion almashtiruvchi smoladan siqib chiqarilmaydi. So'rilgan va siydik bilan ajralgan boyovchi modda miqdori kam bo'ladi. Shuning uchun ham siydik rangi rangli shkala bo'yicha «B» bo'limga to'g'ri keladi.

* Giperatsid holatda vodorod ionlari ko'pligi tufayli drajadan boyovchi moddani to'liq siqib chiqaradi. Boyovchi moddani ko'p so'rilishi va siydik bilan ajralishi siydik rangini intensivligini baland qiladi «A» bo'limga to'g'ri keladi.

* Normatsid holatda siydik rangi giperatsid va gipoatsid o'rtasida bo'ladi.

Zardob tarkibidagi gastrinni tekshirish. Oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak kasalliklarida zardob tarkibida gastrin borligini radioimmun metod yordamida tekshirish diagnostik ahamiyatga ega. Fiziologik holatda zardob tarkibida gastrin miqdori 100-200 ng/l ni tashkil qiladi. Uning 600 ng/l dan oshishi (gipergastrinemiya) Zollinger-Ellison sindromi (Me'da va 12 barmoqli ichak yarasini Me'da osti bezi adenokartsinomasi bilan birga kelishi) va pernitsioz anemiyada kuzatiladi.

Helicobakter pylorini aniqlash.

Helicobakter pylori (85 surat) oshqozondan biopsiya yordamida olingan materialni tekshirish yo'li orqali aniqlanadi (FEGDS yordamida bioptat olinadi). Tekshirish uchun Ureaz testi qulay hisoblanadi. Bunda bioptat, tarkibida machevina saqlovchi gelga surtiladi. Agar Helicobakter pylori bo'lsa bir necha daqiqa o'tgach rang o'zgaradi. Helicobakter pylorini kulturada o'rganish qiyin, serologik yo'l bilan tekshirib bo'lmaydi.



Oshqozon shilliq qavatidan biopsiya olish va uni gistologik tekshirish.

Ushbu tekshirish metodidan o'sma bor yoki yo'qligini aniqlash uchun foydalaniladi. Tekshirish uchun bir necha joydan to'qima olinadi. 80-90% holatlarda diaqnoz to'g'ri chiqadi. Oxirgi paytlarda bu metoddan Helicobakter pylorini aniqlash uchun foydalanilmoqda. Bioptatni tekshirish nafaqat mikroorganizmni o'z vaqtida aniqlashga shuningdek morfologik o'zgarishlarni aniqlashga ham yordam beradi (masalan, yallig'lanish, atrofiya, metaplaziya.)

Rentgenologik tekshirish

Me'dani tekshirish uchun rentgenografik va rentgenoskopik metodlar qo'llaniladi. Rentgenoskopik tekshirish orqali oshqozonning harakat funksiyasiga taxminiy baho berish mumkin. Bemorni tekshirishga tayyorlash uchun kechqurun yengil ovqatlanadi va o'sha kuni

ertalab tozalovchi huqna qilinadi. Tekshirish och qorinda va vertikal holatda o'tkaziladi. Kontrast modda sifatida bariy sulfat qo'llaniladi. Tekshirish oshqozon shilliq qavatining relefini o'rganishdan boshlanadi. Ovqat hazm qilish stadiyasiga bog'liq ravishda oshqozon burmalari keng doirada o'zgaradi (burmali yoki tekislashgan). Burmalar yo'nalishi buzilgan soha patologik o'choq hisoblanadi. Tekshirishning muhim komponenti bu oshqozon konturlarini o'rganish hisoblanadi. Malum bir joydagi doimiy botiqlik soyasi "tokcha" (nisha) termini bilan yuritiladi (oshqozon yarasiuning tipik belgisi), ko'rsatkich barmoq simptomi aniqlash mumkin **86 suratga qarang.**

Oshqozon ma'lum bir sohasining kontrast modda bilan to'lmasligi oshqozon deffekti deb ataladi (o'sma oldi holati). **86 surat Fibroezofagogastroduodenoskopiya.** Tolali optikadan foydalana boshlangach gastroduodenoskopiya intensiv rivojlandi va bu metod Me'da va o'n ikki barmoqli ichak kasalliklariga tez va aniq ma'lumot beradigan metod hisoblanadi. Ushbu metod yordamida morfologik tekshirish uchun biopsiya olish mumkin. Bu metodning qulayliklaridan biri bu uzoq vaqt qon ketishini mahalliy davolash shuningdek rentgenologik tekshirishda aniqlab bo'lmaydigan shilliq qavatdagi o'zgarishlarni aniqlash mumkin. Rentgenologik tekshirishda oshqozonda yara aniqlanganda, o'smaning yaraga aylanmaganligini gistologik tasdiqlash uchun endoskopik tekshirish olib borish kerak. Me'da o'smasiga gumon qilinganda (shuningdek tana massasining kamayishi, anemiya) endoskopik tekshirilishi asosiy ko'rsatmadir. Vaholanki endoskopik tekshirish rentgenologik tekshirishdan farqli ravishda bazi bir holatlarda oshqozon o'smalarini aniqlashga yo'l qo'ymaydi. Masalan infiltrativ o'suvchi oshqozon o'smasini aniqlab bo'lmaydi, chunki u shilliq qavat butunligini deyarli o'zgartirmaydi. Endoskopik tekshirishda biopsiya olish va qon oquvchi yaralarni kuydirish qulay.

Amaliy mashg'ulot 2

Asosiy klinik sindromlar: hazm qilish yetishmovchiligi sindromi, ichak so'rilish yetishmovchiligi sindromi, o'tkir qorin, ovqat hazm qilish tizimidan o'tkir qon ketishlar. Koronavirus diagnostikasi, differentsial diagnostikasi, kechishi

1. Amaliy mashg'ulot o'qitish moduli.

Mashg'ulot vaqti – 4 soat	Studentlar soni: 10 dan 12 gacha
Mashg'ulot formasi	Amaliy mashg'ulot
Amaliy mashg'ulot rejasi	Hazm a'zolarini instrumental tekshirish usullari (rentgenologik, ezofagogastroduodenofibroskopiya, rektoro-manoskopiya, kolonoskopiya). Gastritlar simptomatologiyasi (o'tkir va surunkali).
Amaliy mashg'ulot maqsadi:	Hazm a'zolarini instrumental tekshirish usullari (rentgenologik, ezofagogastroduodenofibroskopiya, rektoro-manoskopiya, kolonoskopiya). Gastritlar simptomatologiyasini (o'tkir va surunkali) o'rganish.
O'qitish uslubi	So'rov. Bemorlarni dmonstratsiya qilish, interaktiv o'qitish uslubi, amaliy ko'nikma.
O'qitish formasi	Kichik podgruppalarida.
O'qitish jihozlari	O'quv qo'llanma, amaliy mashg'ulotlar mundarijasi, proektor, kompyuter.
O'qitish holati	Metodik jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash	Og'zaki kontrol: savol-javob, testlar, muammoli masala.

1.2. Amaliy mashg'ulot texnologik kartasi

Ish bosqichlari va vaqti.	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi	4. Auditoriya tozaligini nazorat qiladi 5. Talabalarni mashg'ulotga tayyorgarligini tekshiradi 6. Davomatni nazorat qiladi	
1. O'quv mashg'ulotiga kirish bosqichi (10 daqiqa)	1. Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash. 2. Kirish ma'ruzasi uchun taqdimot silaydalarini tayyorlash 3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish	
2– asosiy bosqich (160 daqiqa)	1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni beradi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalanadi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalanadi 4. Davolash ishlarini olib boradi 5. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi	Kichik guru?larga bo'linadilar Tomosha qiladilar qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar
2-yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi

3. Talabalarining nazariy bilimlarini baholash:

A) Frontal usuli:

1. 1 Hazm a'zolarini instrumental tekshirish usullari haqida tushuncha
2. Rengenoskopiya nima va uning ahamiyati
3. Rengenografiya nima va diagnostik ahamiyati
4. Rengenografiyaga bemorlarni tayyorlash
5. Rengenoskopiya va Rengenografiyaga qarshi ko'rsatmalar
6. Rengenoskopiya va Rengenografiyaga ko'rsatmalar
7. EGDFS nima
8. EGDFSning diagnostik ahamiyati
9. EGDFS texnikasi
10. EGDFS ko'rsatma va qarshi ko'rsatma
11. Rektomonoskopiya nima diagnostik ahamiyati
12. Rektomonoskopiya bemorlarni tayyorlash va texnikasi
13. Rektomonoskopiya ko'rsatma va qarshi ko'rsatma

14. Kolokoskopiya nima diagnostik ahamiyati
15. Kolokoskopiya ko'rsatma va qarshi ko'rsatma
16. Gastritlarga tavsif bering
17. O'tkir va surunkali gastritlarning etiopatogenezi
18. Surunkali gastrit klassifikatsiyasi
19. Surunkali gastrit diagnostik usullari
20. Surunkali gastrit klinikasi, kechishi, profilaktikasi

Ari uyasi" usuli

Bu usulda muammo butun guruh bilan yoki ikkita kichik guruhla bilan tahlil qilinadi. Beriladigan vazifa butun guruh uhun bir, yoki ikkita guruhga har xil vazifalar berilishi mumkin. 10 -15 daqiqa ichida guruh ishtirokchilari vazifa yechimini tahlil qilib, bir birlariga doklad qiladilar. Ular ichidan eng yaxshi variant tanlab olinadi.

Amaliy mashg'ulot 3

Ovqat hazm qilish tizimi kasalliklari: qizilo'ngach kasalliklari ezofagit, gastritlar klinikasi, diagnostikasi.

1. Amaliy mashg'ulot o'qitish moduli.

Mashg'ulot vaqti – 4 soat	Studentlar soni: 10 dan 12 gacha
Mashg'ulot formasi	Amaliy mashg'ulot
Amaliy mashg'ulot rejasi	GERB simptomatologiyasi. Zamonaviy tashxisot usullari Jigar va o't yo'llari kasalliklari bilan og'rigan bemorlarni so'rab-surishtirish (shikoyatkari, anamnez), ko'zdan kechi-rish, palpatsiyasi va perkussiyasi. Asosiy klinik sindromlar haqida tushuncha: sariqlik, portal gipertenziya, jigar yetishmovchiligi.
Amaliy mashg'ulot maqsadi:	GERB kasalligi bilan tanishish.. Jigar va o't yo'llari kasalliklari og'rigan bemorlarni so'rab-surishtirish (shikoyatkari, anamnez), ko'zdan kechirish, palpatsiyasi va perkussiyasi. Asosiy klinik sindromlar haqida tushuncha: sariqlik, portal gipertenziya, jigar yetishmovchiligi.
O'qitish uslubi	So'rov. Bemorlarni dmonstratsiya qilish, interaktiv o'qitish uslubi, amaliy ko'nikma.
O'qitish formasi	Kichik podgruppalrida.
O'qitish jihozlari	O'quv qo'llanma, amaliy mashg'ulotlar mundarijasi, proektor, kompyuter.
O'qitish holati	Metodik jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash	Og'zaki kontrol: savol-javob, testlar, muammoli masala.

1.2. Amaliy mashg'ulot texnologik kartasi

Ish bosqichlari va vaqti.	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Auditoriya tozaligini nazorat qiladi 2. Talabalarni mashg'ulotga tayyorgarligini tekshiradi 3. Davomatni nazorat qiladi 	
1. O'quv mashg'ulotiga kirish bosqichi (10 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash. 2. Kirish ma'ruzasi uchun taqdimot silaydalarini tayyorlash 3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish 	
2 – asosiy bosqich (160 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Talabalarni kichik guruhga bo'lib, mavzu bo'icha savollarni beradi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalanadi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalanadi 4. Davolash ishlarini olib boradi 5. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi 	<p>Kichik guruhlariga bo'linadilar</p> <p>Tomosha qiladilar</p> <p>qatnashadilar</p> <p>Tinglaydilar va savollarga javob beradilar</p>
2-yakuniy bosqich (10 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi 	<p>Tinglaydi</p> <p>Yozib oladi</p> <p>Yozib oladi</p>

3. Talabalarning nazariy bilimlarini baholash:

A) Frontal usuli:

“Qor parchalari” usuli

Talabalar ikki guruhi bir muammo yoki vaziyatli masala yechimi ustida, ko'proq to'g'ri javob topish maqsadida, bahs olib boradilar. Masalan, o'tkir xolesistit belgilari, yoki qorinda og'riq sindromi bilan kechuvchi kasalliklar differensial diagnostikasi. Har bir to'g'ri javob, bir ball bilan baholanadi va shu guruhga bitta qor parchasi beriladi. Eng ko'p qor parchalar yig'gan guruh a'zolari a'lo baholar bilan baholanadi.

Ezofagit

Ezofagit bu qizilo'ngach shilliq qavatining yallig'lanishi bo'lib, disfaqiya, odenofagiya va qator boshqa simptomlar bilan kechadigan kasallikdir. Odatda birlamchi va ikkilamchi ezofagit

farqlanadi. Birlamchi to'g'ridan-to'g'ri qizilo'ngachni shikastlanishi bo'lsa, ikkilamchi bu boshqa ichki a'zo kasalliklari natijasida qizilo'ngach zararlanadi, bu kasalliklarga tizimli kasalliklar (tizimli sklerodermira, tizimli qizil bo'richa, dermatomiozit), anemiya (temir tanqis anemiyasi), Shagas kasalligi (qizilo'ngachni kengayishi (amerika tripanosomozi-bog'inoyoqlilar chaqishidan o'tadi)), eozinofilli ezofagit (surunkali autoimmun kasallik bo'lib, qizilo'ngachni disfunktsiyasi bilan kechadi va qizilo'ngach devorlarini yallig'lanishli eozinofilli infiltratsiyasi bilan kechadigan kasallik (oziq-ovqat allergiyasidan so'ng rivojlanadi)), gastroezofageal refluyksli kasalligi, aroqxo'rlarda doimiy ravishda qusadigan bo'lsalar rivojlanadi. Birlamchi ezofagitlar juda kam hollarda uchrashi mumkin.

Etiologiyasi -doimiy ravishda dag'al ovqat istemol qilinishi, haddan ziyod issig yoki sovuq oziq-ovqat mahsulotlarini qabul qilish, suitsid sifatida uksus kislotasini yoki boshqalarni istemol qilish natijasida yizaga keladi.

O'tkir va surunkali ezofagitlar farqlanadi.

Yallig'lanish xarakteriga qarab o'tkir ezofagitni quyidagi turlari farqlanadi:

Kataral;

Fibrinoz;

Flegmonoz;

Yarali;

Gangrenoz

Nekrotik

Eroziv

O'tkir ezofagitni 3 ta darajasi farqlanadi. I daraja - qizilo'ngachni yuzasi shikastlanib yaralar va eroziyalar yo'q.

II daraja - qizilo'ngachni shilliq qavatini nekrozli va yarali nuqsonlar bilan kechishi.

III daraja - qizilo'ngachi shilliq osti qavatlari shikastlanib, chuqur nuqsonlar va qon ketishlar bilan kechadi.

Ezofagitning klinikasi- jig'ildan qaynashi, nordon tam bilan kekirish, odenofagiya (og'riqli yutinish), yutinishni qiyinlashuvi, to'sh ortida achishish, hiqillash (ikota), ko'ngil aynishi, qusish, to'sh ortida yot modda borligi hissiyotini paydo bo'ishi kabi simptomlar bezovta qiladi.

Palpator, perkutor va auskultativ tekshiruvlarni diagnostik ahamiyati kam informativdir.

Diagnostika. Asosan rengenologik va endoskopik tekshiruv usullari diagnostikada yetarli ma'lumot beradi. Rengenoskopik tekshiruvda bemor tekshiruvdan oldingi kechkurun suyuq yengil ovqat istemil qiladi va ertalab nahorda keladi. Bemorni tekshiruvdan oldin 200 ml bariy sulfat ichiriladi va rengenda ichayotgan vaqtda kuzatilib boriladi. Qizilo'ngachdagi shilliq qavatdagi o'zgarishlarni, qizilo'ngachni toraygani yoki kengaygani, uni u yoki bu tomonga siljigani (chap bo'lmacha gipertrofiyasi, ko'ks oraliq'i azolari o'smalari, traxeya atrofidagi limfa tugunlarini haddan ziyod kattalashishida) ni ko'rishimiz mumkin. Endoskopik tekshiruvda bemorlar ruhan va jismonan tayyorlanadi. Ruhan tayyorlashda bemorlarga endoskopik tekshiruvni mutlaqo sog'lik uchun zararsiz va og'riqsiz, bemorga hech qanday asorat qoldirmasligi, diagnostikada juda muhimligi tushuntiriladi. Jismonan tayyorlashda bemor tekshiruvdan oldingi kechkurun suyuq yengil ovqat istemil qiladi va ertalab nahorda keladi, tekshiruvdan oldin sifonli huqna qilish orqali me'dani yuvib tozalanadi. Bemorni tekshiruvdan 10 daqiqa oldin qusish reflekslarini pasaytirish uchun tomog'iga, hiqildog'iga dikain yoki lidokain sepiladi. So'ngra endoskop qizilo'ngachga kiritiladi. Qizilo'ngach shilliq qavati ezofagitda qizargan va shishgan bo'ladi, kuyishlarni, kataral yallig'lanishda shilliq qavatda oq karash qoplanganini ham ko'rish mumkin. Ba'zanda qizilo'ngachda endoskopik tekshiruvda poliplar, qizio'ngach rakini, torayishi yoki kengayishini ham ko'rishimiz mumkin. Qizilo'ngach monometriyasi (qizilo'ngach sfinkteri tonusini aniqlash), impedansometriya tekshiruv usuli (qizilo'ngach mushaklari harakat aktivligini aniqlash) va sutkalik pH monitorlash (yuqoriga qarang) kabi tekshiruv usullari o'tkaziladi. Ph ko'rsatkichining 4 dan kichik 7dan katta

ko'rsatkichini hamda davomiyligini aniqlaydi. Shuningdek uning subyektiv simptomlar bilan bog'lanishini aniqlaydi. (Ovqat qabul qilish, tananing holati, dori qabul qilish, chekish) preparatlarning qo'llanilish effektivligini nazorat qilish va individual terapiya imkoniyatlarini beradi.

Surunkali ezofagit

Surunkali ezofagit qizilo'ngachni turli omillar tomonidan surunkali ta'sirlanishi oqibatida rivojlanadi (alkogol, issiq yoki dagal ovqat istemol qilish), qon aylanishining buzilishi va h.k. Alohida shakli (regurgitatsiya), reflyuks ezofagit va h.k.

Savari- Millerning tasnifiga asosan surunkali ezofagitning 4 darajasi tafovut qilinadi. I daraja - qizilo'ngach shilliq qavatida distal sohalarida qizarish bor.

II daraja - kichik eroziyalar qo'shiladi, lekin shilliq qavatning hamma qismi ham zararlanmaydi.

III daraja – qizilo'ngachi pastki uchligini yarali shikastlanishi bilan kechadi.

IV daraja – surunkali yaralar paydo bo'ladi va qizilo'ngach torayadi.

Klinikasi, diagnostikasi otkir ezofagitga qarang.

Qizilo'ngach raki

Asosan qizilo'ngachning o'rta va past qismi sohalarida rivojlanadi. Qizilo'ngach raki sabablari noaniq bo'lsada, ko'pincha haddan ziyod issiq ovqatlar va ichimliklar istemol qilib doimo shilliq qavat tasirlanishi, doimo spirtli ichimliklar istemol qilish, chekish, radiatsiya, Barret qizilo'ngachi, oldin o'tkazilgan kasalliklar qizilo'ngach rakiga olib keladi. Kasallik shilliq qavatni yaralanishi bilan kechib, qizilo'ngachi aylanasi bo'ylab tarqaladi va uni toraytirib qo'yadi, shuni hisobiga oziq – ovqatlarni qizilo'ngachdan medaga o'tishi qiyinlashib evakuator funksiyasi buziladi. Kasallik atrofdagi regional limfa tugunlariga tez metastaz beradi.

Klinikasi. Bemorlarda qizilo'ngach torayishi hisobiga kuchayib boruvchi disfagiya, avvalo qattiq va so'ng suyuq ovqat yutish ham qiyinlashadi. Bemorlar yutinganda og'riq paydo bo'ladi, bu og'riqlar to'sh ostida paydo bo'ladi. Bu og'riqlar bo'yin, orqa va umurtqa sohasiga beriladi. Bunga sabab o'smani qizilo'ngachni butun aylanasini egallab olganidir. Qizilo'ngachda o'sma o'sgan sohalaridan qon oqishi ham kuzatiladi. Bemorlarni ko'zdan kechirganda oruqlashlarini ko'rishimiz mumkin. Teri tarangligi susayadi. Diagnostika qilish uchun rentgenologik tekshiruv va endoskopik tekshiruv usullaridan foydalaniladi. Endoskopik tekshiruv o'tkazilgan vaqtda o'sma sohasidan biopsiya qilinib morfologik va gistologik tekshiruv uchun material olinadi va atipik hujayralar aniqlanadi.

Patologik anatomiyasi. Makroskopik shakllari: Halqasimon qattiq konsistentsiyali rak; So'rg'ichsimon rak; Yaralanuvchi rak ko'rishimiz mumkin. Mikroskopik shakllari. Qizilo'ngach raki ko'pincha yassi hujayrali muguzlanuvchi yoki muguzlanmaydigan tuzilishga ega bo'ladi. Agar qizilo'ngach bezlaridan rivojlansa – adenokartsinoma tuzilishida bo'ladi. Metastazlanishi –limfogen yo'l bilan.

Asorati. Qo'shni a'zolarga o'sib kirishi bilan bog'liq – traxeya, ko'ks oraligi, plevra. Bunda – traxéal oqmalar, aspiratsion pnevmoniya, o'pkaning abstsessi va gangrenalari, plevra empiyasi, yiringli mediastenit rivojlanadi. Qizilo'ngach rakida juda erta kaxeksiya yuzaga keladi.

Davosi. Boshlang'ich bosqichlarida operativ davo samaralidir, kechki bosqichlarida nur va ximiya terapiya usullaridan foydalaniladi (ftoruratsil, tsisplatin).

O'tkir gastrit

Gastrit – me'da shilliq qavatining o'tkir yallig'lanishidir. Morfologik hamda funksional qayta qurilishi va rivojlanib boruvchi atrofiya bilan surunkali shaklga o'tishi mumkin.

Etiologiyasi. Bunda dag'al va to'liq yanchilmagan sifatsiz oziq-ovqat mahsulotlari, turli mikroorganizmlar (*Helicobakter pylori*, stafilakokk, salmonellalar) bilan zararlanish, dori vositalar birinchi o'rinda aspirin va boshqa nosteroid yallig'lanishga qarshi dorilar (NYQD) qabul qilish, etanol va ekzoallergenlar, haddan ziyod issiq ovqat qabul qilish, toksik moddalarni medaga tushishi kabi ekzogen omillar muhim o'rin tutadi. Endogen omillar ham gastrit kelib chiqishiga ahamiyati katta. Bular nafas, buyrak, jigar va yurak yetishmovchiliklari hamda tizimli kasalliklardan keyin paydo bo'ladi. NYQD prostoglandinlarni ingibitsiyalanishi bilan bog'liq

bo'lib, bunda ko'pincha o'tkir eroziv gastrit kelib chiqadi. O'tkir ichimliklar ichish, ma'lum bir oziqa mahsulotlariga allergiya, kuyish, travma va operatsiya natijasida, stress tufayli ham kelib chiqishi mumkin.

Eroziv gastritning kelib chiqishi me'da shilliq qavatida qon aylanishining buzilishi bilan birga yuqoridagi sabablar muhim rol o'ynaydi.

So'rab surishtirish. O'tkir kataral gastritda epigastral sohada og'riq, dispeptik sindrom (ko'ngil aynishi, oziq-ovqat, shilliq va o't suyuqligi aralashgan qusish), ba'zan subfebril isitma bilan xarakterlanadi. Simptomlari me'da shilliq qavatida patogen faktorlar ta'siri 6-8 soatdan keyin paydo bo'ladi. O'tkir eroziv gastrit turli ko'rinishdagi va davomiylikdagi qon ketishi bilan asorotlanishi mumkin (shuning uchun bu o'tkir gastritning xavfli shaklidir). Bemorning epigastral sohasi palpatsiya qilinganda yengil og'riq yoki diskomfort perkussiya q'ilganda timpanik tovush eshitiladi. Rentgenologik tekshirish kam ma'lumot beradi. Diaqnoz FEGDS bilan tasdiqlanadi, bunda ko'p sonli eroziya va giperemiya aniqlanadi. FEGDS qo'llanilganda odatda me'da shilliq qavatida diffuz giperemiya kuzatiladi. Shilliq qavatni kechroq bosqichlarida atrofiyasi yoki bo'lmasa gipertrofiyasini ko'rishimiz mumkin. Me'da shilliq qavati burmalari qalinlashadi yoki tekislanishi mumkin.

Tekshirish usullari; rentgenologok, endoskopir, laborator tekshirish metodlari.

Surunkali gastrit

Surunkali gastrit-me'da shilliq qavatining surunkali yallig'lanishi bo'lib, bunda strukturasining qayta qurilishi va rivojlanib boruvchi atrofiya, motor, sekretor, evakuator va boshqa funksiyalarining buzilishi bilan kechadigan kasallikdir.

Etiologiyasi. Surunkali gastrit kelib chiqishida asosan ekzogen va endogen omillar rol o'ynaydi. **Ekzogen omillarga** dag'al yetarli chaynalmagan oziq-ovqatlar; etanol va u qator moddalar; nospetsifik yallig'lanishga qarshi dori darmonlar; Heliobakter pylori; kislota va ishqorlar parlari; radiatsion nurlar kiradi.

Endogen omillar; O't refluyksi; Qonda mochevina ko'payishi; Yurak qon tomir yetishmovchiligi natijasida meda shilliq qavati gipoksiyasi; Meda shilliq qavati mikrotsirkulyatsiyasi buzilishi;

Diagnoztikada endoskopik usul aniq malumot beradi va biopsiya materiali gistologik tekshirish uchun olinadi. Kasallik boshlang'ich bosqichlarida shilliq qavat yuzaki buzilishlari limfotsitar va plazmotsitar infiltratsiya bilan birga bo'lib, kechki bosqichlarida esa shilliq qavat bezlari shikastlanadi va oxirida gastrit rivojlanib shilliq qavat atrofiyalanadi, burmalari kamayadi. Etiologik faktorlar orasida birinchi o'rinda Helicobakter pylori turadi, shuningdek mikrobo'lmagan faktorlar (alkogol, NYQD, kimyoviy agentlarning ta'siri, o't refluyksi, dori vositalari) va autoantitelo ishlab chiqarish hisoblanadi.

Surunkali gastritning sekretor funktsiyasiga qarab;

Surunkali gipoatsid va anatsid gastrit;

Surunkali giperatsid gastrit;

Morfologik o'zgarishiga qarab;

Surunkali atrofik gastrit;

Surunkali gipertrofik gastrit (Menetre kasalligi 1888 y);

Eroziv gastrit;

Surunkali antral (rigid) gastrit

So'rab surishtirish; Kam simptomli kasallik: 1 – og'riq sindromi: xarakteri, intensivligi, lokalizatsiyasi, irradiatsiyasi, davomiyligi, yuzaga keltiruvchi omillar (odatan taom qabulidan keyin 30-50 min o'tgach); aniq lokalizatsiyalanmagan, tarqoqdir.

2 -Dispeptik sindromlar: epigastral sohaning dam bo'lishi, u ovqat iste'mol qilish bilan bog'liq; kekirish, ko'ngil aynishi, qusish, ishtahaning buzilishi, qorinda shish, kuldirashi, meteorizm, turg'un bo'lmagan ich ketishi (nausea, vomitus, haemotemesis, eructatio, regurgitatio, melena);

3-Astenovegetativ sindrom: anoreksiya, og'iz achishi, gipersalivatsiya yoki og'iz qurishi;

Gastritda yuqori yoki normal sekretor funksiyaning klinik namoyon bo'lishida gastritda hosil bo'ladigan kislota va pepsin ishlab chiqarishining yetarli bo'lmaganligi bilan farq qiladi. - **Sekretor funksiyasi normal** yoki yuqori bo'lgan gastritda, zarda qaynashi, nordon kekirish, ovqat iste'mol qilgandan keyin epigastral sohaning og'irlashuvi va to'mtoq sanchiluvchi og'riqning bo'lishi (ba'zan "och qolish" yoki "kechki" og'riqlar), ich qotishga moyil bo'ladi. - **Sekretpiyasi yetarli bo'lmagan** gastritlarda quyidagilar xarakterli: epigastral sohada to'mtoq og'riq va shish, ko'ngil aynishi, ishtahaning pasayishi, og'izda yoqimsiz ta'm, hidlangan kekirish, kuldirash, ich ketishiga moyil bo'lish. Bulardan tashqari, gipovitaminoz (terining qurishi, tirnoqlarning o'zgarishi) va ba'zan demping sindromi (ovqat yegandan keyin holsizlik, ko'p terlash, bosh aylanishi, yurak tez urishi) belgilar kuzatiladi. **Og'iz bo'shlig'idagi o'zgarishlar.** Bemorlar og'iz bo'shliqlari ko'zdan kechirilganda milklaridan qon oqishi, tilining qalinlashganligi, qizarganligi, so'rg'ichlari tekislanganligi, atrofiida tishlari izi borligi, xeyloz va angulyar stomatit rivojlanganligini ko'rishimiz mumkin hamda terisi quruqligi ko'zga tashlanadi.

Instrumental tekshirish metodlari

Oxirgi diagnoz ko'pincha FEGDS yoki shuningdek biopsiya materialini gistologik o'rganib qo'yadi. Nihoyatda muhim Helicobakter pylorini aniqlash hisoblanadi (eradikatsion terapiya bilan davolash mumkin). Me'da sekretor funksiyasi me'dani fraksion zondlash orqali unda me'da sekretpiyasini stimullovchilar (gistamin, pentagistamin) qo'llash orqali aniqlanadi. Qon zardobida gastrin darajasining kamayishi asosan me'da antral sohasi shikastlanganda aniqlanadi.

Davolash. Surunkali gastrit yengil kechsa odatda maxsus davo kursi talab etmaydi. Dietaga rioya qilish tayinlanadi, u yengil o'zlashtiradigan ovqatdan iborat bo'ladi va alkogol va NYQD qabul qilmasligi kerak. -Kerak bo'lganda B12, shuningdek me'da shirasi yoki ovqat bilan xlorid kislota tayinlanadi. -Agar Helicobakter pylori aniqlansa eradikatsion terapiya o'tkaziladi (trixapol, metronidazol va h.k.). Og'riqni olish maqsadida no-spa, platiffilin; reparativ jarayonlarni yaxshilash maqsadida Aloe 1,0; hazm jarayonlarini yaxshilash maqsadida festal, mezim, kreon va b.q.; vitaminoterapiya o'tkaziladi. **Nosteroid yallig'lanishga qarshi dorilar gastropatiyasi**

1986-yil S.N. Roth tomonidan NSAID-gastropathy (nosteroid yallig'lanishga qarshi dori (NYQD) -gastropatiya) terminini taklif qildi. Bu gastroduodenal zonaning eroziv yarali shikastlanishi hisoblanib, shu preparatlarni iste'mol qilish bilan bog'liq bo'lib, klinik endoskopik ko'rinish bilan xarakterlanadi.

Patogenezi. NYQD -gastropatiyalarining patogenezi to'g'risidagi zamonaviy tushunchalar tsiklooksigenaza (TSOK, prostaglandin sintetaza) kontsepsiyasiga asoslangan. Ammo NYQD terapiyaning birinch kunlarida bu vositalarning asosiy roli mahalliy jarohatlovchi effektlarga bog'liq. Ko'pchilik NYQDlar kuchsiz organik kislota hosilalari bo'lib, me'daning kislotali muhitiga ionlanmaydi va epiteliotsitazalarning gidrofob membranasi orqali o'tadi. O'sha vaqtning o'zida shilliq qavatda mahalliy shikastlanish ro'y beradi- adaptatsiya fenomeni qisqa davrda yarim chiqaruvchi preparatlar uchun yozilgan (voltaren, diklofenak, ibuprofen): ularni prostaglandinlar ifodalamaydi, balki o'stiruvchi omillar ifodalaydi va erta NYQD -gastropatiyaga adaptatsiya spontan bitishga moyil bo'ladi. Konstitutsional izoforma TSOK-1 ingibirlanganda NYQD og'ir gastroduodenal shikastlanish sodir bo'ladi, endoskopik va klinik yaralarni keltirib chiqaradi. Prostaglandin 12 yetishmovchiligida me'da devorida mikrotsirkulyatsiya yomonlashadi, bu NYQD -gastropatiyaning muhim patogenetik zvenosi hisoblanadi. Prostaglandin E2 sintezining pasayishi bikarbonat va shilliq sekretpiyasini kamaytiradi, kislota maxsulotlarining ortishi himoya hamda agressiya faktorlari disbalansi kuchayadi. Bu ultserogenezga ega bo'ladi va antisekretor hamda gastroprotektor moddalarning kuchli profilaktik effekti bilan tushuntiriladi. NYQD-gastropatiya lokalizatsiyasi ko'pincha me'da antral qismida bo'ladi. Nihoyat gastroduodenal zonada NYQD ikkilamchi adaptatsiyasi sodir bo'ladi (prostaglandinli gastroproteksiya fenomeni) 3-4 oydan keyin NYQD-gastropatiya qabul qilish xavfi pasayadi.

Amaliy mashg'ulot 4

Yara kasalligi, mal'absorbtsiya sindromi, surunkali kolitlar klinikasi,
diagnostikasi.

1. Amaliy mashg'ulot o'qitish moduli.

Mashg'ulot vaqti – 4 soat	Studentlar soni: 10 dan 12 gacha
Mashg'ulot formasi	Amaliy mashg'ulot
Amaliy mashg'ulot rejasi	Oshqozon va 12 barmoqli ichak yara kasalligi simptomato-logiyasi. Enterit va kolitlar simptomatologiyasi. Laborator mashg'ulot: axlatni tekshirish.
Amaliy mashg'ulot maqsadi:	Oshqozon va 12 barmoqli ichak yara kasalligi, enterit va kolitlar haqida tushuncha.
O'qitish uslubi	So'rov. Bemorlarni dmonstratsiya qilish, interaktiv o'qitish uslubi, amaliy ko'nikma.
O'qitish formasi	Kichik podgruppalarida.
O'qitish jihozlari	O'quv qo'llanma, amaliy mashg'ulotlar mundarijasi, proektor, kompyuter.
O'qitish holati	Metodik jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash	Og'zaki kontrol: savol-javob, testlar, muammoli masala.

1.2. Amaliy mashg'ulot texnologik kartasi

Ish bosqichlari va vaqti.	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi	7. Auditoriya tozaligini nazorat qiladi 8. Talabalarni mashg'ulotga tayyorgarligini tekshiradi 9. Davomatni nazorat qiladi	
1. O'quv mashg'ulotiga kirish bosqichi (10 daqiqa)	1.Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash. 2.Kirish ma'ruzasi uchun taqdimot silaydalarini tayyorlash 3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish	
2 –asosiy bosqich (160 daqiqa)	1. Talabalarni kichik guruhlarga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni beradi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalanadi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalanadi	Kichik guruhlarga bo'linadilar Tomosha qiladilar

	4. Davolash ishlarini olib boradi 5. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi	qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar
2-yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi

3. Talabalarining nazariy bilimlarini baholash:

A) Frontal usuli:

1. Yara kasalligi etiologiyasida tahlil qilinadigan faktorlar
2. Oshqozon va 12 b.i. yara kasalligining patogenezi
3. Yara kasalligi Yuzaga kelishda zamonaviy nazariyalar
4. Yara kasalligi klassifikatsiyasi
5. Yara kasalligini asosiy sabablari
6. Oshqozon va 12 b.i. yara kasalliklarida pal'pator tekshirish natijalari
7. Yara kasalliklari diagnostikasida funktsional tekshirishlar
8. Yara kasalliklarida laborator tekshirish usullarining ahamiyati
9. Yara kasalliklari klinikasi
10. Yara kasalliklari klinik kechish xususiyatlari
11. Yara lokalizatsiyasiga qarab oshqozon funktsiyasining o'zgarishi
12. Yara kasalligida rentgenologik tekshirishning ahamiyati
13. Yara kasalligining diagnostikasida EGDFSning ahamiyati
14. Yara kasalligining asorati va profilaktikasi
15. Yara kasalligini zamonaviy davolash usullari
16. Surunkali enteritning etiopatogenezi
17. Surunkali enteritning klassifikatsiyasi klinik kechishi, diagnostika
18. Surunkali kolitning etiopatogenezi
19. Kolitlarning klinik ko'rinishi, diagnostikasi
20. Koprologik tekshirish: makroskopik, mikroskopik va ximik

“Miya shturmi” usuli

Asosiy qoidalari:

- G'oya paydo bo'lishiga halaqit beruvchi kamchiliklarni aytmaslik
 - G'oyalar va fikrning yuksakligi, chunki g'oya qanchalik noodatiy bo'lsa, shunchalar u yaxshi
 - Ko'p takliflarni qabul qilish
 - G'oyalar kombinatsiyasi va ularning rivojlanishi
 - Fikrni argumentatsiyasiz lo'nda qilib taqdim etish
 - Gruppani ikkiga bo'lish: fikr generatorlari va fikrni analiz qiluvchilarga
- Bu usul g'oya va fikrlarni argumentatsiyalashni, o'zining shaxsiy fikrini, har qanday holatlarda optimal yechim topishga sharoit yaratadi.

Oshqozon va 12 barmoqli ichak yara kasalligi

Me'da va 12 barmoqli ichak yara kasalligi – bu organizmning surunkali davom etuvchi va tez-tez retsidivlovchi umumiy kasalligi bo'lib, ularning shilliq qavatda (87 surat) yarali defektlar paydo bo'lishi bilan kechadi.

Yaraning paydo bo'lishi meda shirasi tarkibidagi kislotaga bog'liq. Shilliq qavat butunligi xlorid kislotasi va pepsin saqlagan meda shirasi ta'sirida buziladi. Shilliq qavatdagi yara dispeptik sindrom va qorindagi uzoq davom etuvchi og'riqning asosiy sababi hisoblanadi. Kasallik shilliq kechib, unga mavsumiylik xos (bahor va kuz).

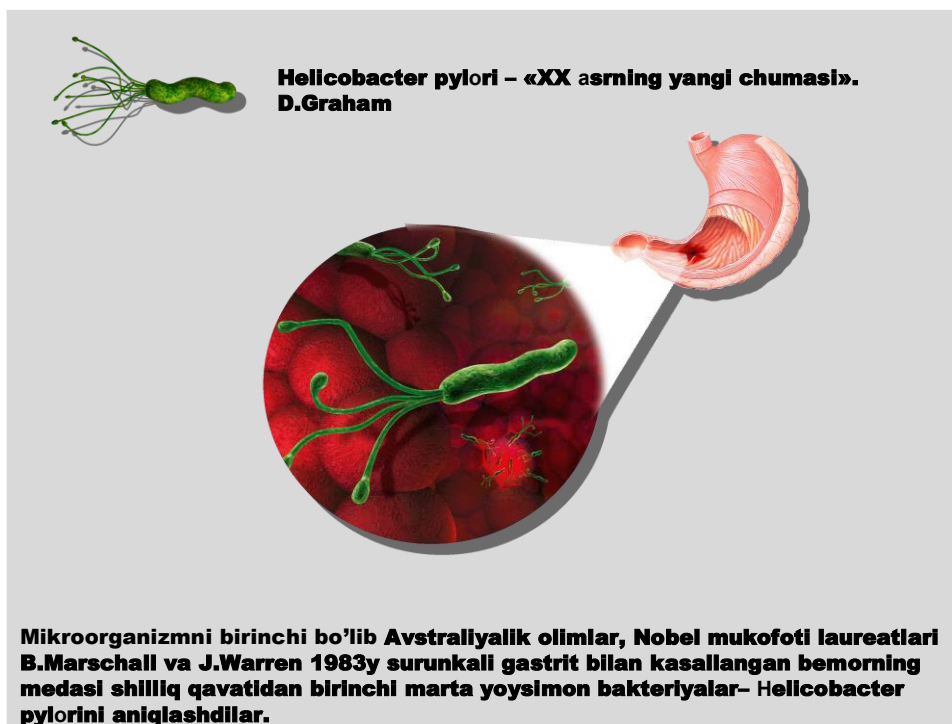
Yara kasalliklari ichida 12 barmoqli ichak yarasi ko'proq uchraydi. **Bundan tashqari meda ichak traktida simptomatik (ikkilamchi) yaralar ham yuzaga keladi.** Bularga tireotoksikozda kelib chiqadigan, nosteroid yallig'lanishga qarshi dorilar, Kushing kasalligida va stressdan keyingi, bazi bir yurak qon tomir, nafas olish tizimi, buyrak kasalliklari tufayli kelib chiqadigan, Zollinger-Ellison sindromi (meda osti bezi adenomasi, gastrinoma bilan yara birga kelishi), Kurling (kuyishlarda) yuzaga keladigan yaralarni kiritish mumkin. Simptomatik yaralar chin yaradan farq qiladi. Simptomatik yaralar mavsumiy xarakterga ega emas va ko'p sonli bo'ladi, shakli chiziqsimon, ushbu yaralardan 50 % gacha qon ketish xavfidor, asosan 12 barmokli ichakda uchrashi mumkin va davolashda asosiy kasallik davolanishi kerak.

Yara kasalliklari joylashishi bo'yicha; **Meda yarasi**-kardial, subkardial, tana qismi, antral qismi, pilorik qismi yarasi uchraydi. **12 barmoqli ichak yarasi;** Bulbar, postbulbar yaralar uchraydi. Yaralar soni bo'yicha bir yoki ko'p yara bo'lishi mumkin. Yaralar; xuruj davri; chandiqlanish davri; remissiya davri farqlanadi;

Etiologiyasi. Yara rivojlanishi shilliq qavat butunligini ta'minlaydigan himoya va agressiya omillar o'rtasidagi balans buzilishi bilan ta'riflanadi. Yara kasalligini etiologiyasida genetik moyillikni ham ahamiyati kattadir. Avloddan avlodga o'tishi to'g'risida aniq malumot yo'q. Yara hosil bolishiga olib keluvchi sabablar quyidagilar bo'lishi mumkin.

Infektsion nazariya 1983 yilda Helikobakter pylori Avstraliyalik (B.Marshall, A. Warren) olimlar aniqlashdi (63 surat) , neyropsixik, alimentar, zararli omil, medikamentoz omillar ham rol o'ynaydi

- Pepsinogeni ko'payishi Peptik - 1856-1878 y (C. Bemard, H. Quincke);
- Yallig'lanishdan keyin (gastrit)-1817-1923 y (F. Uden va G.E. Konjetzny),
- Qon-tomir nazariyasi (Vaskulyar - 1852 y (R. Virchov)),
- Stress -1953 y (Seiye),
- Kislotali peptik omil – 1956 y (L.R. Dragstedt),G hujayralar giperfunksiyasi;
- Kortiko-vistseral – 1949 y (k.M. Bikov, I.T. Kurtsin),
- Travmatik - 1912 y (L. Aschoff),
- I (0) qon guruhi;
- Alfa antitripsin yetishmovchiligi;
- Alfa makroglobulin yetishmovchiligi;
- Mukoproteidlar yetishmovchiligi;
- B5, B15, B35 HLA antigen mavjud kishilarda yara ko'proq kuzatiladi.



87 surat

Patogenez. Kasallik rivojlanishiga agressiv va himoya omillari orasidagi muvozanatni buzulishi yotadi. Agressiv omillar kuchi oshsa, himoya omillar ham kompensator osha boradi yoki zaiflasha boradi. Agressiya omillari va gastroduodenal gipermotor diskineziya medadagi oziq-ovqat va meda shirasini tezda 12 barmoqli ichakka evakuatsiya qiladi va meda shirasi tarkibidagi xlorid kislota shilliq qavatga tasir qiladi.

Quyidagi jadvalda agressiv va himoya omillari keltirilgan

	Agressiv omillar	Himoya omillar
1	Meda shirasi tarkibidagi xlorid kislota	Medada shilliq hosil bo'lishi
2	Meda shirasi tarkibidagi pepsin	Bikarbonatlar ishlab chiqarilishi
3	Meda shirasi tarkibidagi gastrin	Shilliq qavat mikrotsirkulyatsiyasi yetarli bo'lishi
4	Nosteroid yaraga qarshi dorilar	Yetarlicha shilliq qavatda prostoglandinlar
5	Helikobakteri pylori	Shilliq qavatning regenerator holati
6	O't kislotalari	Immun tizim himoya qiladi
7	Meda va 12 barmoqli ichakni motor evakuator funksiyasini buzulishi	Shilliq qavatning agressiv omillar tasiriga rezistentligi;

G hujayralarda sintezlanadigan gastrin, pepsin hamda xlorid kislota ishlab chiqarilishini kuchaytirib agressiv omilni yuzaga olib keladi. Gastrin sintezini vagus xolinergik (adashgan nerv) kuchayishi (stimulyatsiya), medani antral qismi cho'zilishi, oqsillarni qisman hazm bo'lishi, o't suyuqligi, katexolaminlar, spirtli ichimliklar va medani antral qismi ishqoriy muhit kuchaytiradi. Aksincha uni sintezini pH ni antral qismda pasayishi, xolinergik qamal, sekretin, somatostatin, prostoglandinlar va vazoaktiv interstitsial peptidlar kamaytiradi. Adashgan nerv parietal hujayralar M xolinoretseptorlarga tasir qilib xlorid kislota sintezini kuchaytiradi, gastrinni gipersekretsiyasi bilan ham tasir qiladi. **Gistamin** medani antral qismidagi semiz hujayralar (Lamina propria) dan ajralib chiqadi va tasir qiladi.

Gastrin yoki xolinergik mediatorlarni, parietal hujayralar kislota ishlab chiqarishini gistamin stimullaydi. Bu esa H₂-gistamin retseptorlari antagonistlarini (tsimetidin, ranitidin va b.q.) terapevtik effektini tasdiqlaydi. AKTG meda sekretsiyasini kuchaytiradi va meda shilliq qavatidagi shilliqni kamaytiradi, shu munosabat bilan agressiv omillarni tasiri kuchayadi.

Meda sekretsiyasini pasaytiruvchi omillar.

12 barmoqli ichakning S hujayralarida va ingichka ichakning proksimal qismida ishlab chiqaruvchi sekretin shilliq ishlab chiqarishi kuchaytiradi, gastrin va xlorid kislota ishlab chiqarilishini kamaytiradi, silliq mushaklarni qisqartiradi. Medaning antral qismi va meda osti bezining D hujayralarida ishlab chiqariluvchi somatostatin gastrin ishlab chiqarilishini susaytiradi. Ingichka ichak hujayralarida ishlab chiqariluvchi vazoaktiv interstitsial peptid hamda ko'p miqdordagi yog'lar va uglevodlar gastin ishlab chiqarilishini sekinlashtiradi.

Himoya omillariga quyidagilar kiradi (yuqoriga jadvalga qarang).

Meda shilliq qavatini himoya funksiyasini pasaytiruvchi omillar.

Xlorid kislota, pepsin, o't kislotasi.

Kasallik patogenezida shilliq qavat rezistentligining pasayishi yotadi, bundan tashqari pilorik sfinkterning susayishi natijasida o't kislotalarining me'daga otilishi ham ahamiyatga ega. 12 barmoqli ichak yara kasalligida asosiy rolni kislota-peptik omili o'ynaydi. Gastroduodenal reflyuks tufayli medaga tushuvchi o't kislotalari meda shilliq qavatini vodorod ionlariga o'tkazuvchanligini oshiradi va bu medada xlorid kislota hosil bo'lishini kuchaytiradi yani medada kislotali muhitni oshiradi.

Helikobakter pylori shilliq osti qavatda, vorsinkalar orasida, hujayralar oralig'ida joylashib ko'pgina fermentlar ureaza, proteaza, NO sintetaza ishlab chiqarib to'g'ri tsitotoksik tasir qiladi, medada bosh hujayralarni faollashtiradi, xlorid kislota va pepsinogen-1 ishlab chiqarilishini kuchaytiradi, mahalliy yallig'lanish chaqiradi, shilliq qavatda hujayralarni o'sishi va regeneratsiyasini pasaytiradi, medada vodorod ionlarini harakatini susaytiradi va shilliq qavat himoya bar'eri pasayadi.

Shilliq qavatda arteriolalar va kapilyarlarni spazmi, venulalarni kengayishi shilliq qavatda gipoksiya rivojlanishiga olib keladi. Bu metabolik jarayonlarni susaytirib regeneratsiya jarayonini pasaytiradi, hujayralar o'tkazuvchanligini oshiradi. Adrenalin va noradrenalin adenilatstsiklazani faollashtiradi, tsAMF miqdorini meda va 12 barmoqli ichak hujayralarida ko'paytirib meda shilliq qavati lizasomalarini faoliyatini buzadi. IgA yetishmovchiligi va ishemiyaga olib keluvchi mikrotsirkulyatsiya ham shilliq qavat rezistentligini kamayishiga olib keladi

Meda shilliq qavatini himoya funksiyasini oshiruvchi omillar.

Prostaglandin E shilliq qavatda bikarbonatlarni hosil bo'lishini kuchaytiradi, tsitoprotektiv tasir qiladi, gastroduodenal shilliq qavatda mikrotsirkulyatsiyani yaxshilaydi. Ular shilliq qavat epiteliysini agressiv omillardan himoya qilishda markaziy rol o'ynaydi. Prostoglandinlar sintezida kalit ferment – tsiklooksigenaza (TsOG) bo'lib, organizmda 2 formada uchraydi. TsOG-1 va TsOG-2

TsOG-1 – u me'dada, buyrakda, trombosit, endoteliyda bo'ladi.

TsOG-2 induksiyasi yallig'lanish natijasida yuzaga keladi, bu fermentni ishlab chiqarilishi yallig'langan hujayralar tomonidan amalga oshiriladi.

NYQD klinik effekti TsOG-2 ni kamaytirish bilan bog'liq bo'lib, nojo'ya ta'sir sifatida TsOG-1 ni ham kamaytiradi. Bu esa me'da shilliq qavati himoya qatlami buzilishi bilan kechadigan, yara kasalligiga yaqin xarakterga ega bo'lgan gastropatiya rivojlanishiga olib keladi. Hozirda yallig'lanish kasalligida effektiv va bexavotir bo'lgan TsOG-2 selektiv ingibitorlariga katta umid bog'langan. Nosteroid yallig'lanishga qarshi dori vositalar prostoglandinlar sintezini pasaytiradi.

Endogen opiatlar gastrin va somatostatinlar miqdorini kamaytiradi va spazmolitik tasir qiladi. Yara rivojlanishida noxush omil bo'lib albatta tashqi omillar: stress, parhezning buzilishi, chekish kabilar ham xizmat qiladi.

Klinik kechishi. Yara kasalligini klinik simptomlari yaraning lokalizatsiyasi, chuqurligiga va qo'shimcha gastrit, gastroduodenit bilan birga kechishi bilan bog'liq. Kasallik xuruj va remissiya bilan kechib, asosan kuzda va bahorda xuruj qiladi.

Xarakterli belgilari – ovqat qabul qilish bilan bog'liq bo'lgan qorindagi og'riq va dispeptik belgilar.

- Og'riq epigastral sohada lokalizatsiyalanadi, ovqat yegandan keyin tezda paydo bo'lsa medaning kardial qismi yaralariga xos bo'lib, bemorlar ovqat yeyishdan qo'rqadilar. Og'riq belga, umurtqaga (bel qism) irradiatsiyalanadi, bu ko'proq yara me'daning orqa devorida bo'lganda xos. Og'riq ovqat qabul qilganda paydo bo'ladigan – erta (ovqatdan 30-40 min dan keyin, bu oshqozon yara kasalligiga xos). Og'riq xurujida kislotali tarkibga ega oshqozon massasi bilan qusish kuzatiladi, bundan keyin esa og'riq tez susayadi, bemor yengillik sezadi. Kechki (ovqatdan 3-4 soat keyin va tungi og'riqlar, 12 barmoq ichak yarasiga xos) paydo bo'ladi. Og'riq sindromini ovqatlangandan so'ng, kislotalilikni kamaytiradigan modda (masalan sut) istemol qilish kamaytiradi, sezon (bahor, kuz) xarakterga ega.

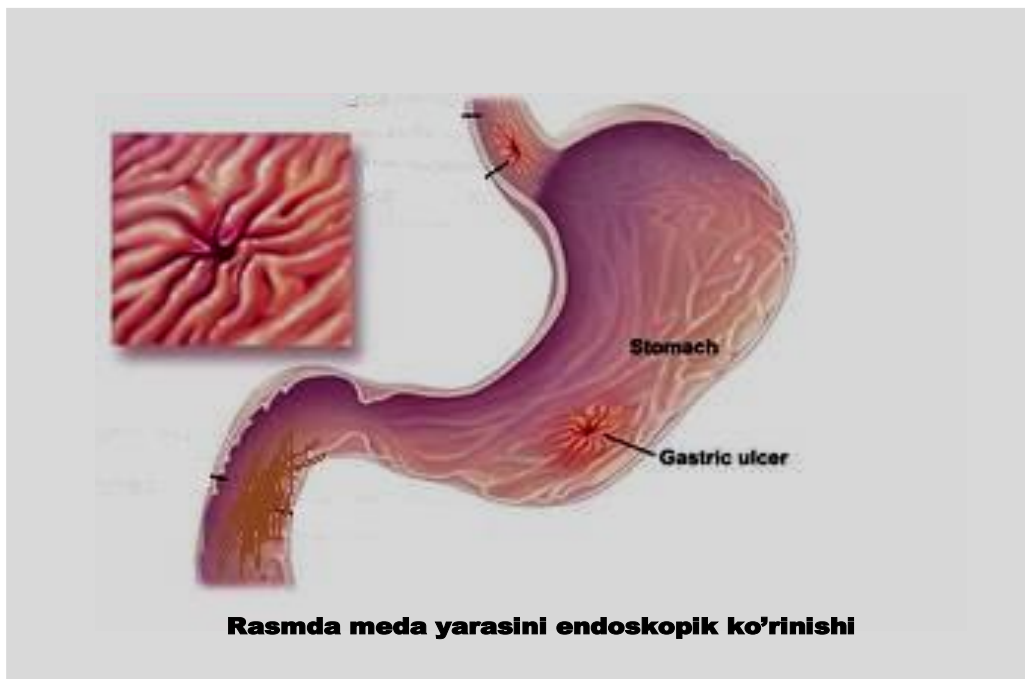
- Yara kasalligining o'tkirlashuvi (ayniqsa 12 barmoqli ichak yarasi) ko'pincha yo'g'on ichak motorikasi buzilishi bilan bog'liq qabziyat bilan kechadi (5% bemorda bu asosiy symptom hisoblanishi mumkin).

- Zarda qaynash, kekirish kuzatilishi mumkin.

Ko'zdan kechirganda til karash bilan qoplangan. Qorinni palpatsiya qilganda mushaklar biroz tarang, epigastral sohada yoki 12 barmoqli ichak ildizi sohasida og'riqni aniqlash mumkin. Og'riq asosan bir nuqtada bo'ladi. Bazi bir bemorlarda epigastral sohada, meda ustida turtkilovchi perkussiya qilganda og'riq sezadilar-**Mendel simptomi**. Bazanda ko'krak va bel umurtqalari tanasi va o'simtasi sohasida og'riqli nuqtalar aniqlanadi (simptom Boasa, Openxovskogo, Pevznera). Bir xil bemorlarda ko'krak oldyonlari va orqa yuzasida Zaxarin-Gedning giperesteziya zonalari aniqlanadi, asosan D5-D9 segmentlarda.

Bemorlarni rentgenoskopik tekshiruvda bariy sulfat beriladi va tokcha (nisha) simptomi va ko'rsatkich barmoq simptomi musbat bo'ladi, yarali deformatsiya.

Gastrofibroduodenoskopiya tekshiruvda yarani, yaradan keyingi chandiqni, gastrit, duodenitni ko'rishimiz mumkin. Endoskopik tekshiruvda shilliq qavat burmalari tekislangan atrofida qizarish bo'ladi, qon ketish bosqichida uni ko'rishimiz mumkin, poliplar ko'rinadi (**88 suratga qarang**). Biopsiya olish mumkin (quyidagi surratga qarang). **Laborator tekshirish.** Qon tekshiriladi-yaraning qon ketish davrida eritrotsitlar va hemoglobin miqdori tushgan bo'ladi va rang ko'rsatkichi past bo'ladi. Qonda gemopoez kuchayishi hisobiga retikulotsitlar ko'rishimiz mumkin. Yara kasalliklarida meda shirasida xlorid kislotasi tekshiriladi. 12 barmoqli ichak yara kasalliklarida bazal va stimullangan xlorid kislotasi tekshiriladi va gipersekretsiya kuzatiladi, subkardial va meda tanasi yaralarida xlorid kislotasi meyorda yoki pasaygan bo'ladi. Gistamin yuborilgandan keyin axlorgidriya kuzatilsa 12 barmoqli ichak yarasi yo'qligidan dalolat beradi. Yashirin qon ketishini aniqlash uchun Gregerson usulida najas tekshiriladi.



88 surat

Asorotlari

- Perforatsiya (6-20%);
- Qon ketish (10-15%);
- Pilorik qism stenozi (6-15%);
- Qo'shni organga penetratsiyalanishi (15%);
- Malignizatsiya Hozir juda kam uchraydi;
- Sariqlik -12 barmoqli ichak yarasida Oddi sfinkteri yara chandigi' va osma bilan yopilsa kuzatiladi;

Perforatsiya “xanjarsimon” og'riq bilan xarakterlanadi, keyinchalik o'tkir peritonit rivojlanishiga olib keladi.

Qon ketish yara kasalligida kuzatilib, axlatni yashirin qon ketishga tekshirganda aniqlash mumkin. **Axlat Gregerson usulida tekshiriladi.** Axlatni plastik **SARSTEDT** konteynerda grek yong'og'i razmericha olinadi va tekshirish uchun laboratoriyaga yuboriladi. Agar axlatda gijja tekshirish kerak bo'lsa demak 2 ta konteyner kerak bo'ladi. Gregerson usulida yashirin qon ketishga tekshirishdan 3 kun oldin parhez saqlash lozim bo'ladi. Buning uchun ovqat ratsioni tarkibida baliq, go'sht, yashil poliz maxsulotlari, pomidor va temir moddasi saqlovchi oziq ovqat maxsulotlari bo'lmasligi lozim. Analiz uchun olingan axlat 12 soatdan kechiktirmasdan tekshiriladi va +2 +8°C yuqori bo'lmagan harorat bo'lishi kerak, sovutgichda saqlanadi. Lyambllilar biroz chidamli bo'lganligi tufayli ular tsistasini topish uchun 24 soat ichida analizga yuborsa ham bo'ladi.

Pilorik qismi stenozi u ko'pincha 12 barmoq ichak yara kasalligida, kam hollarda me'dada bo'lganda kuzatiladi. Bu jarayonni rivojlanishi bilan bemorlar ovqatlanish og'riqni kamaytirmay balki oshirishini sezishadi. Ko'proq xarakterli bo'lgan simptomlari—kop' miqdorda qusish bunda bemor ko'p miqdorda me'da shirasini yo'qotadi, bu esa gipoxloremiya va buyrak yetishmovchiligiga olib kelishi mumkin. Yuzaki sirpanuvchi palpatsiyada epigastral sohada “chayqalish” shovqinni sezish mumkin. Stenoz sababi FEGDS va gistologik tekshirish uchun olingan biopsiya orqali aniqlanadi (bu me'da raki va pilorik qism gipertrofiyasini inkor qilish uchun).

Penetratsiya bu termin orqali infiltrlanuvchi-destruktiv jarayonni me'da va 12 barmoq ichakning qo'shni organlar - jigar, me'da osti bezi, charviga o'tishi ta'riflanadi. Bunda tana haroratining subfebril oshishi, EChT oshishi kuzatiladi.

Parhez. Ratsiondan dispeptik holat chaqiradigan va me'da sekretsiyasini oshiradigan mahsulotlar (o'tkir ziravorlar, konservalar, achchiq choy, kofe, alkogol, qovurilgan go'sht)

chiqarish kerak. Bo'lakli ovqat qabul qilish (har 3-4 soatda), ya'ni 1 martalik ovqat hajmini kamaytirish me'da sekretsiasini kamaytirishda muhim ahamiyatga ega. Chunki ovqat miqdori sekretsiani stimullaydi parhez bilan bir vaqtda ichish, chekishni ham cheklash kerak.

Davolash-Davolash ko'p hollarda murakkab. Yara bitishi uchun me'da shirasi kislotaligini neytrallash va MNSda qo'zg'alish va tormozlanish jarayonlarini meyorlashtirish kerak. Og'riq oluvchi-no-spa, platifillin; proton nasos ingibitorlari (omeprazol, omez, kvamatel va b.q.), solkoseril, ranitidin va h.k.; reparativ jarayonlarni yaxshilash maqsadida Aloe 1,0; de-nol; vitaminoterapiya.

Eradikatsion terapiya. Helicobacter pylori aniqlangach davolash uni yo'qotishga (eradikatsiya) qaratiladi. Davo qat'iy standartlashtirilgan sxema asosida olib boriladi, bunda 3 yoki 4 komponentli bakteriotsid moddalar (tetrasiklin, klaritromitsin, metronidazol, trixapol) va vismut va proton nasos ingibitorlari (omeprazol) dan foydalaniladi. Eradikatsiya 85-90 % bemorda yaxshi samara bergan, Helikobakter pylori retsidiylanishi kam kuzatilgan.

Xirurgik davo. Xirurgik davo konservativ davolash natija bermaganda va shoshilich holatlarda (yara perforatsiyasi, profuz qon ketish yaraning malignizatsiyasi, chandiqlik-yarali pilorik qism stenozida) asosiy davo metodi bo'lib sanaladi.

Ichak ta'sirlanish sindromi

Ta'sirlangan ichak sindromi – turg'un qator funktsional buzilishlar yig'indisi bo'lib, unda og'riq yoki qorinda diskomfort, defekatsiyadan so'ng ularning kamayishi ich ketishining chastota va konsistentsiyasini o'zgarishi bilan va 2 martadan kam bo'lmagan turg'un (yiliga 3 oydan kam bo'lmagan) ichak funksiyasining buzilish simptomlari kiradi.

- Ich ketish chastotasining o'zgarishi
- Defekatsiya aktining o'zgarishi
- Najas konsistentsiyasining o'zgarishi
- Najas bilan shilliq ajralishi
- Meteorizm

Bu patalogik o'zgarishlar yo'g'on ichak funksiyasining buzilishi oqibatidir. Bunda yo'g'on ichakda morfologik o'zgarishlar sust namoyon bo'ladi

Kasallikning klinikasi. Bazi bir bemorlarlarda spastik kechadigan qabziyat va qorinda og'riq bo'lsa, ba'zilarida diareya bilan kechishi kuzatiladi. Ba'zi bemorlarda og'riqli qabziyat diareya bilan almashinadi, bu ko'pincha ertalablari, nonushtadan keyin kuzatiladi. Ertalabki suv va shilliqli 3-4-mahalli diareyadan so'ng bemor o'zini kun davomida yaxshi sezishi, uni diareya umuman bezovta qilmasligi mumkin. Bunday hodisalar bir necha hafta, hatto oylar davomida davriy davom etishi va noma'lum vaqtga to'xtashi mumkin. Dizbakterioz rivojlanishi bilan ichakdagi bijg'ish va chirish tufayli meteorizm kuzatiladi.

Fizikal tekshiruv. Og'riq paytida qorin shishgan, peristaltikaning kuchayish belgilari ko'rinmaydi. Palpatsiyada qorin yumshoq, chambar ichakning hamma qismida og'riq aniqlanadi. Sigmasimon ichak spazmga uchragan, qattiqlashgan, ko'r ichak ko'pincha shishgan va palpatsiyada kuldirash, bazan og'riq aniqlanadi.

Diagnostika. -Qon analizida, bioximik tekshiruvda ham o'zgarishlar kuzatilmaydi; Najasni tekshirish disbakterioz belgilarini aniqlashda yordam beradi.

Rentgenologik tekshiruvlar (irrigografiya, irrigoskopiya) da diskineziyaning o'ziga xos belgilarini: notekis to'lish va bo'shashish, spastik qisqargan va kengaygan ichak qismlarini ko'p miqdorda ichak bo'shlig'iga sekretsia ajratishini almashinishi; Kolonoskopiya biopsiya bilan albatta o'tkaziladi, chunki bioptatlar ta'sirlangan ichak sindromini ichak yallig'lanishida farqlashga yordam beradi.

Bundan tashqari ta'sirlangan ichak sindromi diagnostikasi uchun butun oshqozon ichak traktini yallig'lanish va o'smaga inkor qilish uchun maxsus tekshiruvdan o'tkazish kerak.

Amaliy mashg'ulot 5

Jigar va o't yo'llari. Tekshirish usullari: so'rab-surishtirish, fizik tekshirish usullari (ko'zdan kechirish, pal`patsiya, perkussiya)

1. Amaliy mashg'ulot o'qitish moduli.

Mashg'ulot vaqti – 4 soat	Studentlar soni: 10 dan 12 gacha
Mashg'ulot formasi	Amaliy mashg'ulot
Amaliy mashg'ulot rejasi	Jigar va o't yo'llari kasalliklari bilan og'rigan bemorlarni so'rab-surishtirish (shikoyatkari, anamnez), ko'zdan kechirish, palpatsiyasi va perkussiyasi. Asosiy klinik sindromlar haqida tushuncha: sariqlik, portal gipertenziya, jigar yetishmovchiligi.
Amaliy mashg'ulot maqsadi:	Asosiy klinik sindromlar haqida tushuncha: sariqlik, portal gipertenziya, jigar yetishmovchiligi haqida tushuncha hosil qilish.
O'qitish uslubi	So'rov. Bemorlarni dmonstratsiya qilish, interaktiv o'qitish uslubi, amaliy ko'nikma.
O'qitish formasi	Kichik podgruppalarida.
O'qitish jihozlari	O'quv qo'llanma, amaliy mashg'ulotlar mundarijasi, proektor, kompyuter.
O'qitish holati	Metodik jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash	Og'zaki kontrol: savol-javob, testlar, muammoli masala.

1.2. Amaliy mashg'ulot texnologik kartasi

Ish bosqichlari va vaqti.	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi	10. Auditoriya tozaligini nazorat qiladi 11. Talabalarni mashg'ulotga tayyorgarligini tekshiradi 12. Davomatni nazorat qiladi	
1. O'quv mashg'ulotiga kirish bosqichi (10 daqiqa)	1.Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash. 2.Kirish ma'ruzasi uchun taqdimot silaydalarini tayyorlash 3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish	
2 – asosiy bosqich (160 daqiqa)	1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni beradi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalanadi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalanadi 4. Davolash ishlarini olib boradi 5. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi	Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar Qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob

	va umumiy baholaydi	beradilar
2-yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi

3. Talabalarining nazariy bilimlarini baholash:

A) Frontal usuli:

1. 1 Jigar va o't yo'li kasalliklari bilan og'riq bemorlarning asosiy va qo'shimcha shikoyatlari
2. Jigar va o't yo'li kasalliklari bilan og'riq bemorlarni umumiy ko'zdan kechirish
3. Ko'rikda qanday o'zgarishlar aniqlanadi
4. Jigar va o't yo'li kasalliklarida palpatsiyasini ahamiyati
5. Jigar va o't yo'li perkussiya qilish texnikasi
6. Obratsov V.P. va Strajesko I.D. bo'yicha jigar perkussiyasi
7. Kurlov bo'yicha jigar perkussiyasi
8. Jigarni paypaslash usullari
9. Sariqlik to'g'risida tushuncha bering
10. Sariqlik rivojlanish sabablari
11. Mexanik sariqlik nima va diagnostik
12. Parenximatoz sariqlik nima va diagnostik
13. Gemolitik sariqlik nima va diagnostik
14. Jigar etishmovchiligi to'g'risida tushuncha
15. Jigar etishmovchiligiga olib keluvchi faktorlar
16. Jigar etishmovchiligi rivojlanishi asosida qaysi protsess yotadi
17. Jigar etishmovchiligining bosqichlari
18. Jigar etishmovchiligining klinik kechishi
19. Portal gipertenziya to'g'risida tushuncha
20. Portal gipertenziyaning xarakterli simptomlari

Intsident usuli

Klinik kafedralarida, talabalarga ekstremal holatlardagi faoliyatni o'rgatish maqsadida intsident usulidan foydalaniladi. Talabalarga biron xil vaziyatli masala haqida informatsiya beriladi. Bu masalaga tez yechim topilishi zarur (0,5-1,5 daqiqa).

Bu usul talabalar fikrlashini tezlashtiradi va ekstremal holatlarda faoliyatini aktivlashtiradi. Talabalar harakati xatosizligi 1,0 ga teng bo'lishi zarur.

I. Gepatobiliar tizimi kasalliklari bilan kasallangan bemorlarni sub'ektiv tekshirish usullari

1.1 Bemorlarni asosiy va qo'shimcha shikoyatlari (og'riq, sariqlik, teri qichishi, shish, qon ketishi, terida toshmalar toshishi, teri osti qon quyilishlari, dispepsiya, isitma, tam va hid bilish faoliyatini buzilishi va qo'shimcha shikoyatlari bosh og'rig'i, holsizlik, ish qobiliyati pasayishi, mushaklar, bo'g'inlarda og'riq, terlash va h.k.).

1.2 Kasallik anamnezi (kasallik belgilarini birinchi bo'lib qanday yuzaga chiqqanligi, kasallik simptomlarini kechish dinamikasi, oldin o'tkazilgan davo choralari va uni samaradorligi, tibbiy xodimga hozirgi murojaatining sababi).

1.3 Hayot anamnezi (kasb, oilaviy, allergik, epidemiologik, gnekologik anamnez, oldingi o'tkazilgan kasalliklari, transfuziya qilinganligi, ovqatlanishi (oqsil va vitamanga boy), alkagol va zaharli tasir qiluvchi zamburug'lar istemol qilganligi, toksik tasir qiluvchi dori moddalar qabul qilganligi to'g'risidagi anamnez), Botkin kasali, qorin tifi, bezgak, liyamliaz, sifilis o'tkazganligi, ish jarayonida to'rt xlorli uglerod, mis, qo'rg'oshin, fosfor, mishyak, aminazin kabi toksik moddalar bilan ishlashi, sistemali kasalliklar, qandli diabet, o't yo'li va 12 barmoqli ichak kasalligi va o'smalari o'tkazganligi jigar kasalliklarini keltirib chiqaradi.

II. Ob'ektiv tekhirirsh usullari

1. Ko'zdan kechirish;
2. Palpatsiya;
3. Perkussiya.

III. Instrumental tekshiruvlar.

- O't yo'llarini rentgenoskopiyasi va rentgenografiyasi (shu jumladan kontrastli xolangiografiya)

- O't yo'llarni UTTdan o'tkazish

- O't yo'llarni kompyuter tomografiyasi

TJXG (teri, jigar orqali xolangiografiya)

Endoskopik retrograd xolangiopankreatografiya (ERXPG)

EFGDS (Ezofagogastroduodenoskopiya)

Peroral xoletsistografiya (yod saqlovchi kontrast modda – bilitrast (3-3,5gr), yopanoev kislotasi (3-6gr) kechqurun ovqatdan keyin beriladi)

Vena ichi xolegrafiyasi (30-40 ml 20% bilignost yuboriladi va 5-10 daqiqadan so'ng rentgen qilinadi va o't yo'llari tekshiriladi)

Jigarni va o't qopini rentgenoskopiyasi va rentgenografiyasi

Dinamik gepatobiliotsintigrafiya

Fibroskan bilan elastografiya tekshirish usuli

Jigarni UTTdan o'tkazish

Kompyuter tomografiya

Pozitronli emission tomograf

Laparoskopiya (jigar biopsiyasi uchun)

IV. Radioizotop tekshiruv metodi

Radioizotop hepatografiya (vena ichiga J131 natriy xlor bilan yuboriladi)

Jigarni skanirlash

V. Laborator tekshiruvlar

a) Umumiy qon tahlili (eritrotsitlar va hemoglobin miqdori);

b) Eritrotsitlarning osmotik rezistentligini aniqlash (pasayadi)

c) Eritrotsitlar yashash muddatini aniqlash (SR-51 probasi)

d) Qondagi fermentlarni aniqlash (G-6-FD (glukoza-6-fosfatdegidrogenaza), (GR) Glutation reduktaza, glutation peroksidaza, ALT, AsT, IF (ishqoriy fosfataza) va h.k.).

e) Qon surtmasi (Xeyntsa- Erlix tanachalarini eritrotsitlarda aniqlash)

J) Qondagi AT (eritrotsitlarga qarshi antitana)

- z) Qonda retikulotsitlar sonini aniqlash
- I) Qondagi antinuklear AT (eritrotsitlar yadrosiga qarshi antitana);
 Bioximik tahlillar;
 Bilirubin umumiy (bog'langan, bog'lanmagan)
 Zardobda mis miqdori;
 Zardobdagi tseruloplazmin;
 Siydikdagi mis miqdori;
 Siydik va axlat tarkibidagi pigmentlarni aniqlash;
 Protrombin vaqti;
 Trombotsitlar miqdori;
 Qondagi albumin miqdori (gipoalbuminemiya), oqsil sintezi kamayishi (gipoproteinemiya) va γ - globulinlar miqdorini oshishi;
 Immunoglobulinlarni aniqlash (Ig A);
Virusologik tekshiruv (gepatit A, B, C, D, sariq isitma virusi va h.k.)
Morfologik tekshiruv (o't yo'llari bioptatlarni tekshirish)

Fibroskan bilan tekshirish usuli

Ultra tovushli elastografiya to'qimalarni bioelastikligini aniqlash uchun mo'ljallangan. Apparatning ishi gistologik tekshiruvlar xulosasiga asoslangan. Jigar qancha qattiq bo'lsa, fibroz rivojlanish darajasi ham yuqori bo'ladi. Fibroz darajasini aniqlash uchun apparat zarb to'lqini yuboradi. Keyin ultratovushli to'lqin to'plami orqali ko'krak qafasi devoridan boshlab uning tezligi o'lanadi. To'qima qancha qattiq bo'lsa undan ultratovush to'lqinining o'tish tezligi shuncha katta bo'ladi va fibrozni rivojlanganlik darajasi ham yuqori bo'ladi. Fibroskan bu zamonaviy noinvaziv apparat bo'lib, fibroz bosqichlari va jigarni shikastlanish darajasini aniqlash uchun mo'ljallangan.

Fibroskanning afzalliklari.

1. Jigarda fibroz darajasini oddiy, og'riqsiz va tez aniqlovchi noinvaziv usul.
2. Tibbiyot xodimiga olingan natijalarni zudlik bilan olish imkonini beradi.
3. Ko'p marta tekshirish o'tkazish mumkin, zararsiz hisoblanadi.
4. Fibroskandan punktsion biopsiyani farqi shundaki, jigarni invaziv tekshirish usuli bo'lib, qarshi ko'rsatmalar yoki cheklanishlar bo'lmaydi.
5. Noinvaziv usul aniq ma'lumot beradi va u fibroz darajasini aniqlash uchun tavsiya qilinadi va morfologik tekshiruv usulidan qolishmaydi.
6. Elastometriyada jigar to'qimasining hajmiga baho beriladi.

Quyidagi holatlarda fibroskan apparatida elastometriya o'tkazish kerak:

1. Pofilaktika maqsadida 40 yoshdan katta kishilarda elastometriya o'tkazish maqsadga muvofiq bo'ladi.

2. Jigarni hamma kasalliklarida shikastlanish darajasini aniqlash uchun fibroskan tekshiruvidan o'tkazish shart;

- Virusli hepatit B, C, D.
- Yog'li gepatoz, alkagolli steatogepatit;
- Jigarni autoimmun kasalliklari (Autoimmun hepatit, birlamchi jigar tsirrozi);
- Jilber sindromi va boshqa jigarni irsiy kasalliklari;

3. Jigarni shikastlanish xavfi yuqori bo'lgan bemorlarda elastografiya o'tkazish shart;

- Qandli diabet;
- Xolesterin yoki triglitseridlar miqdorini qonda yuqori bo'lishi;
- Tsitoliz ko'rsatkichlarini yuqori bo'lishi (AIT, As AT, GGT);
- Qonning klinik tahlilida o'zgarish bo'lsa (leykotsitlar va trombositlar miqdorini kamayishi);
- Semizlikda;
- Qonda tez-tez bilirubin miqdorini ko'tarilishida;
- Jigar tsirroziga gumonsiraganda va jigar tsirrozi tashxisi qo'yilganda;
- Jigarda elastometriya o'tkazish alkagol qabul qiladigan kishilarda va jigarda toksik ta'sir qiluvchi dori qabul qiluvchi bemorlarda xastaliklarni barvaqt topish imkoniyatini beradi.

Endoskopik retrograd pankreatoxolangiografiya

Endoskopik retrograd pankreatoxolangiografiya (ERPXG) o't yo'llari va meda osti bezi protoklarini tekshirish metodi. O't yo'llarini endoskop bilan rentgenkontrast modda bilan to'ldirib rentgen moslama orqali kuzatish metodidir **95 a va b surat.**

ERPXG ga ko'rsatma;

O't tosh kasalliklari;

O't chiqarish yo'llarini torayishi va ular o'smalari;

Meda osti bezi raki va boshqa kasalliklari va ularga gumonsirash;

95 a va b surat



ERPXG rentgenogrammasi;
O't yo'llari raki



ERPXG
rentgenogrammasi;
O't yo'llarida toshlar

ERPXG o'tkazish vaqtida o't qopi va yo'llarida tosh topilsa endoskopni chiqarmay turib toshlarni olib tashlash mumkin. Bazanda 2-4% holatlarda tez-tez davolash muolajalari o'tkazish kerak bo'lsa ERPXG statsionar sharoitida o'tkaziladi.

Pozitronli emission tomograf

Pozitronli emission tomograf yoki ikki fotonli emission tomograf (PET)-bu insonning ichki azolarni radionuklid tomograf tekshiruv usulidir.

Ushbu metod pozitronlarni elektronlar bilan o'zaro ta'siri natijasida hosil bo'lgan γ - kvantlar bug'larini registratsiyasiga asoslangan.

Pozitronlar radiofarm preparati tarkibiga kiruvchi, radionuklidning pozitronli β parchalanishidan hosil bo'ladi. Ushbu preparat tekshiruv oldidan organizmga yuboriladi.

To'qimada qolgan pozitron annigilyatsiyasi, ushbu muhitdagi elektronlardan bittadan to'g'ri ikki tomonga yo'naluvchi bir xil energiyali ikita γ - kvant hosil qiladi.

Tekshiriluvchi obyekt atrofidagi detektorlar katta to'plami va ulardan signallarni kompyuterli ishlov berilishi radionuklidni skanirlanayotgan obyektga tarqalishini uch o'lchamli rekonstruksiyasi asosida bajarilishini ta'minlaydi.

PET yadroli tibbiyotda faol rivojlanib boruvchi diagnostik tekshiruv usulidir. Bu usulni asosida maxsus detektorlovchi jihoz (PET -skaner) yordamida, pozitron nurlovchi radioizotoplar bilan biologik faol birikmalarni organizmga tarqalishini nazorat qilish imkoniyati yotadi.

Ftordezoksiglyukoza. (radioaktiv indikator-ftor-18, ^{18}F) ishlatish yo'li bilan PET –skanirlash klinik onkologiyada keng qo'llaniladi. Ftordezoksiglyukoza (FDG) glyukozani analogi bo'lib, to'qimalarga yaxshi singiydi, shu jumladan o'sma hujayralariga ham.

Bundan tashqari jigar va buyrakdan tashqari ko'pchilik to'qimalar geksokinaza qo'shilgan fosfatni chiqarib tashlay olmaydi. Bundan chiqadiki FDGni yutuvchi hamma hujayralarda uni parchalanishiga qadar, ushlab qolinadi. Fosforillangan qand ularni ionlangan zaryadi uchun hujayralardan chiqa olmaydi. Bu glyukozani ko'p yutilishi bilan miya, jigar kabi azolarni va ko'plab rak hujayralari to'qimalarini intensiv nishonlanishiga olib keladi. Shuning uchun ham FDG-PET onkologik kasalliklarni diagnostikasi va monitoring qilish va davolashda ishlatish mumkin. Limfoma Xodjikin, noxodjikinli limfoma va o'pka raki diagnostikasi uchun qulay va samarali tekshiruv usulidir.

Tarixi. Devid E. Kul, Lyuk Chepmen va Roy Edvards 1950 yil oxirlarida PET kontseptini ishlab chiqdilar. Keyinchalik ularni ishlari bir necha tomografik instrumentlarni Pensilvani universitetida proektlash va yaratishga olib keldi. Keyinchalik Maykl Tep-Pogrosyan va uning ishchilari Dj. Eudjen-Robinson va K. Sharp Kuk 1975 yilda tomografik tekshirish usullarini to'ldirdilar.

PETda ishlatiladigan radiofarmpreparatlar. To'g'ri keladidan radiofarmpreparat tanlansa PET yordamida har xil jarayonlarni- metabolizm, moddalar transportini, genlar ekspressiyasini, ligand retseptorlarni o'zaro tasirini va b.q. o'rganadi.

Hozirgi kunlarda asosan pozitron nurlovchi izotoplarni ikkinchi davri elementlari PETda ishlatiladi.

Uglerod-11 ($T_{1/2} = 20,4$ мин.);

Azot-13 ($T_{1/2} = 9,96$ мин.);

Kislород-($T_{1/2} = 2,03$ мин.);

Ftor-18 ($T_{1/2} = 109,8$ мин.).

Ftor-18 PETda ishlatish uchun optimal bo'lib, yarimparchalanish davri va kam energiya nurlash xususiyatiga ega. Ftor-18 kichik yarinparchalanish davri borligi uchun bemorga kichik dozada yuborsa ham yuqori kontrastli PET tasviri olish mumkin.

Gepatobiliar tizimi kasalliklari bilan kasallangan bemorlarni so'rab surishtirish

Bemorlarni so'rab-surishtirish jigar kasalliklarini erta aniqlash va tashxislash imkonini beradi. Jigar va o't yo'li xastalıkları bilan kasallanganlar ishtaha bo'g'ilishi, ko'ngil aynishi, qusish, qorinda dam bo'lishi, toliqish, ta'sirchanlik, bosh og'rig'i, teri qichishi, potensiyaning susayishi, hayz tsiklining buzilishi kabi shikoyatlar qiladi. Sariqlik ko'pincha ko'zdan kechirayotganda aniqlanmaydi va uni anamnez yordamida aniqlash mumkin. Bundan tashqari so'rab-surishtirish sariqlik xarakterini aniqlashda yordam beradi. Qusiq massasi yoki najasda qonning paydo bo'lishi ham mumkin. Qorin o'lchamining kattalashuvi va bu bilan bog'liq holda tana massasi ortadi (to'planib qolgan suyuqlik hisobiga).

O't ajratuvchi yo'llar patologiyasida o't suyuqligini oshqozon va qizilo'ngachga otilishi bilan bog'liq bo'lgan boshqa shikoyatlar ham uchraydi.

Og'iz bo'shlig'ida noxush, odatda achchiq ta'm yog'li va qovurilgan ovqatlar iste'molidan keyin kekirish, ko'ngil aynishi va qusish. Doimiy bir xil xarakterda bo'lmagan najas (qabziyat yoki ich ketishi), qorinning dam bo'lishi kuzatiladi. O'ng qovurg'a osti yoyi sohasida bazan og'riq bo'ladi. Jigardan tashqari o't yo'llari dimlanishi bilan bog'liq bo'lgan teri qichishi yuz beradi.

Umumiy xarakterdagi shikoyatlar

Toliqish, ta'sirchanlik va bosh og'rig'ining paydo bo'lishi markaziy asab tizimi funksiyasi buzilishi (jigar entsefalopatiyasi) intoksikotsiya bilan bog'liq. Jigarning detoksikatsion funksiyalari buzilishi organizmni intoksikatsiyasiga olib keladi. Uyqu buzilishi (uyqu inversiyasi-tungi bedorlik va kunduzgi uyquchanlik) keyinchalik esa hushning yo'qolishi (jigar komasi) ham xarakterli.

Qon ketishi. Qusiq massasida qonning bo'lishi odatda qizilo'ngach kengaygan varikoz venalaridan qon ketishidan yoki jigar xastalıkları bilan tushuntiriladigan darvoza venasida qon dimlanishi bilan (portal gipertenziyadan) yoki eroziv gastrit borligidan darak beradi. Bunday holat najasda qizil qon paydo bo'lishiga (gemmoraidal qon ketish) va najasning qorayish (melena). Qon ketishga erroziv gastrit, alkogolli gastrit, Mellori-Veys sindromi sabab bo'ladi. Milklardan tish yuvganda va burundan tez-tez qon ketishlar, oddiy tasirotlarda teri osti qon quyilishlari kuzatiladi. Ayollarda bachadondan qon ketish holatlari yoki hayz tsiklini uzayishi kabilarni misol qilib olish mumkin.

Og'riq. O'ng qovurg'a yoyi ostida og'irlik, bosim, og'riq bo'lishi mumkin. Og'riq jigarni o'rgan qorin parda ta'sirlanishi bilan bog'liq bo'lishi mumkin, masalan perigepatit (jigar o'smasi va abtsessi) va perixoletsistitda. Ular odatda intensiv xarakterda bo'lib, yuqoriga qarab irradiatsiyalanadi (o'ng yelka sohasiga), o'ng qovurg'a osti palpatsiyalanganda kuchayadi. Jigar kattalashuvida glisson kapsulasi cho'zilishi og'riq simptomini hosil qiladi, bu ko'pincha yurak

yetishmovchiligi natijasida jigarda qon dimlanishining paydo bo'lishida kuzatiladi. O't (jigarli) kolikasida o't pufagi va o't yo'llari silliq muskullarining spastik qisqarishi olib keladi. Oxirgisi toshning o't yo'llari bo'ylab siljiganda yuz beradi. Bu og'riqlar kutilmaganda yuzaga kelib, kuchli bo'ladi, ko'pincha yuqoriga irradiatsiyalanadi, bemorga yengillik bermaydigan ko'ngil aynishi, qusish bo'ladi.

Dispepsiya. Ishtahaning pasayishi, og'izda noxush yoki nordon tam bo'lishi, kekirish, ko'ngil aynishi, qusish, qorinda dam bo'lishi, kuldirash, qabziyat yoki ichning suyuq o'tishi kabi simptomlar bezovta qiladi. Bu simptomlarni kelib chiqishiga o't suyuqligining sekretsiyasi buzilishi sabab bo'ladi.

Isitma. Ko'pincha jigar va o't yo'llarida o'tkir yallig'lanish kuzatilganda, (abtsess, jigar raki, gepatit, tsirrozning faol davri) kabi kasalliklarda yuzaga keladi.

Astenonevrotik sindromlar (ishlash qobilyatini pasayishi, holsizlik, tez charchash, uyqusizlik, bosh og'rig'i va b.q.).

Teri qichishi jigar kasalliklariga xos bo'lib, xolestaz bilan birga kuzatiladi. Teri qichishi avjiga chiqish darajasi (azob beruvchi, tunda kuchayadi) jigar ichi va jigardan tashqari o't yo'llari dimlanishi (xolestaz sindromida) sariqlik bilan birga kuzatiladi.

Sariqlik. Jigar kasalliklarida uchraydigan asosiy simptom.

Sabablari. Jigar hujayralari yallig'lanishi (virusli va boshqa), ishemiyasi, ular o'smasi, nekrozi. Jigarni toksik zararlanishi (gepatotrop zaharlar, alkagol, dori vositalari). Autoimmun gepatit. Jigar ichi xoleztazi. Birlamchi skleroz bilan boruvchi xolangit. O't yo'llarida operatsiya o'tkazilgandan so'ng o't yo'llarini chandiqlanib bitishi. Dorilar tasirida boruvchi xolestaz (kontraseptiv dorilar va testesteron va b.q.).

Homiladorlik xolestatik sariqlik. Chaqaloqning gemolitik sariqligi. Sepsis. O't toshlari o't yo'llariga tiqilib qolishi natijasida. O't yo'llarini o'smalar bilan qisilib qo'lishi. O'n ikki barmoqli ichakda o'smalar o'sib umumiy o't yo'lga o'sib kirishi va uning yopilishi. Gijjalar bilan o't yo'llari yopilishi. Badda-Kiari sindromi. Jigar venalari trombozi hisobida kelib chiquvchi tsirroz (Batafsil pastga qarang).

Tam va hid (obonyaniya) bilish sezgisini o'zgarishi ko'pincha gepatit A bilan kasallanganlarda (hid bilish analizatori sezuvchanligini pasayishi-qipoosmiya, hidni yomon qabul qilish-dizosmiya, tam bilish sezgisini pasayishi-gipogevziya, tamning aynishi (iskajeniya)-disgevziya) kuzatiladi.

Kasallik tarixi yig'ishda o'tkazgan sariklik, gepatit B va S va boshqa otkir jigar va o't yo'llari kasalliklari, xolangit va boshqa jigar sanchiqlari o'tkazganligi hamda jigar, taloq kattalashganligi jigar kasalliklarini kelib chiqishiga o'rinli. Kasallik tarixini yig'ishda og'riqning xarakteriga etibor berish lozim, jigar va o't yo'llari kasalliklarida og'riq simillovchi xarakterda- jigar kasalliklarida (Glisson kapsulasi cho'zilishi hisobiga) yoki sanchiluvchi og'riqlar o't tosh kasalligida va jigar sanchig'ida, xolangitlarda kuzatiladi.

Hayot anamnezi yig'ishda bemorlarni ovqatlanishi vitamin va oqsilga bou oziq ovqat istemol qiladimi yo'qmi, alkagolli ichimliklar istemol qilishi, toksik moddalar bilan kontaktda bo'lganligi, qon va qon preparatlari olganligi, operativ,

stomatologik, gnekologik muolajalar olganligi, bazi bir toksik tasir qiluvchi dori moddalar qabul qilganligi, o'tkazilgan gepatit B va S, xolestaz va 12 barmoqli ichakda umumiy o't yo'li tushish joyi yara va o'smalari o'tkazganligini baholash ahamiyatli.

Gepatobiliar tizimi kasalliklari bilan kasallangan bemorlarni obyektiv tekshirish usullari

Umumiy ko'zdan kechirish; Teri rangi, butunligi, soch qoplamlarini tekshirish. Sklera rangini aniqlash. Sut bezi va moyaklar holatini tekshirish. - Qorin shakli va old devorini ko'zdan kechirish maqsadga muvofiq bo'ladi.

Umumiy ko'zdan kechirganda organizm ozish darajasiga e'tibor berish kerak, bu holat dekompensirlangan tsirrozda yoki jigar rakida kuzatiladi; Bunda tana massasining pasaygani astsit hisobiga kattalashgan qorin bilan birga kuzatiladi. Izolatsiyalangan astsit sababini tushunish uchun qorin devorining kengaygan venalari ahamiyatga ega («Meduza boshi» 96 rasm-3), bu portal gipertenziya boshlanayotganini bildiruvchi sababdir. Turli etiologiyaga ega bo'lgan uzoq davom etayotgan jigar tsirrozida barmoq falangalarining o'zgarganini sezish mumkin, xuddi «baraban tayoqchalari» dek.

Rivojlanib kechadigan jigarning ayrim kasalliklari (surunkali faol gepatit, jigar tsirrozi), umumiy nospetsifik sindromlar bilan kechadi-noinfektsion harorat, (bu kasalliklardan farqli ravishda o'tkir xoletsistit, xolangit, jigar abtsesida, infektsion gepatitda, ko'pincha gektik, qaltirash va ter bilan kuzatiladi harorat bo'ladi), artrit, tomir o'zgarishlari Reyno sindromi bilan («o'lgan barmoqlar» sindromi), quruq sindrom hisoblanuvchi Shegren sindromi, so'lakning (kserostomiya), ko'z yoshining kam bo'lishi (quruq keratokonyuktivit), tishlarning tarqalgan kariesi. Ba'zan jigar kasalligi sklerodermiya, sistemali qizil bo'richa, revmatoid artrit kabi kechadi, anamnezni o'rganish va tekshirish natijalari, shuningdek, biopsiya, jigarning birlamchi kasalliklarini jigardan tashqari kasalliklardan diagnozlashga yordam beradi. Jigar patologiyasiga tipik bo'lgan belgilar maxsus termin "jigar belgilari" ostida bo'lib, kichik hamda katta guruhlarga bo'linadi (78 suratga qarang). **Ko'zni ko'zdan kechirganda** shilliq qavatda sarg'ayish va yashil rangdagi Kayzer Fleysher halqasini ko'rish mumkin 109 surat.

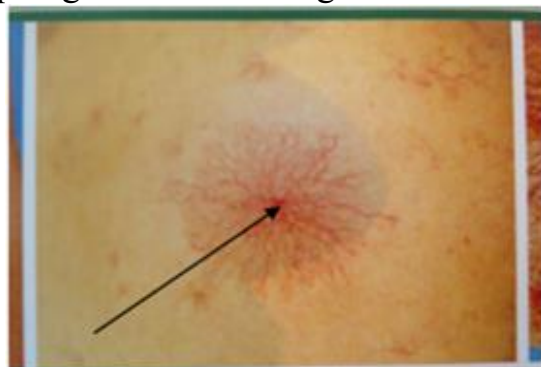
Jigarning kichik belgilari. Teleangioektaziya ("tomir yulduzchalari" 96 surat -1); Gnekomastiya (96 surat-2); Qizil laklangan lab, til (96 surat -4), og'iz shilliq qavatlari; Palmar eritema (jigar kafti); Ksantomatoz pilakchalar (96 surat -5) (blyashka), ksantelazmalar; nog'ora tayoqcha shaklidagi barmoqlar.

Og'iz hamda burun bo'shlig'i shilliq qavatiga qon quyilishlar, terida ekximoz va petexiya bo'lishi bilan kuzatiladigan gemmoragik sindrom va jigarning alkagolli kasalliklariga oid boshqa belgilar (gigant paratit-quloq oldi bezining kattalashuvi, Dyupyuitren kontrakturasi 97 surat -kaft aponevrozining fibroz-chandiqli to'lishi va barmoqlarni bukuvchi muskul quruqlashuvi, sklera tomirlarining inyetsirlanganligi).

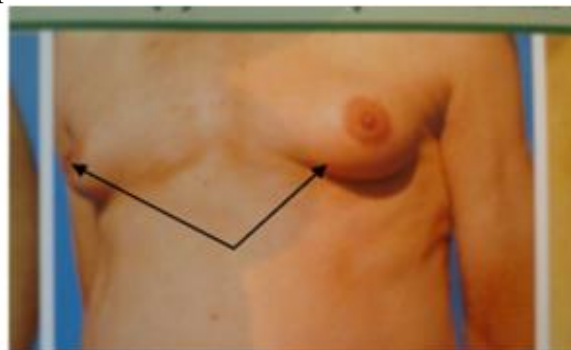
Jigarning katta belgilari

Bu belgilarga sariqlik va hepatomegaliya kirib, jigarning asosiy sindromlari-portal gipertenziya, jigar-hujayra yetishmovchiligi, jigar entsefalopatiyasi, gepatolienal sindrom bilan birga kuzatiladi.

Qorinni ko'zdan kechirishda qorinning hajmi, shakil va qorin devori terisidagi o'zgarishlarga etibor berilishi lozim. Qorin hajmini kattalashishi astsit suyuqligi hisobiga va qorin shaklini qurbaqa qorniga o'xshab qolishi, qorin old devori venalarining kengayishi, kindikning bo'rtib chiqishi, meduza boshi simptomi, tomir yulduzchalarni ko'rishimiz mumkin. Qorin terisi rangi sarg'ayishi, qorin terilarida gemorragik toshmalar ham ko'rish mumkin. Jigar sohasini ko'zdan kechirayotganda uni sezilarli o'lchamlarda va hosilalar hisobiga (tugun, o'sma, exinokokkoz kistalari, katta absess) qorin devorini ozgina kengayganida kattalashganini (gepatomegaliya) bilish mumkin. Bu holatlarning barchasiga qorinning jigar shishi hisobiga paydo bo'lgan assimetriyasiga hamda harakat paytida o'ng o'mrov osti va epigastral sohaning orqada qolishiga e'tibor berish kerak. Shuningdek, uch tabaqali klapan yetishmovchiligida qon regurgitatsiya to'lqini hisobiga kattalashgan jigar pulsatsiasini ko'rish mumkin. Kattalashgan o't pufagi ko'rinib turadigan bo'rtma hosil qiladi.



Rasm-1. Teleangioektaziya



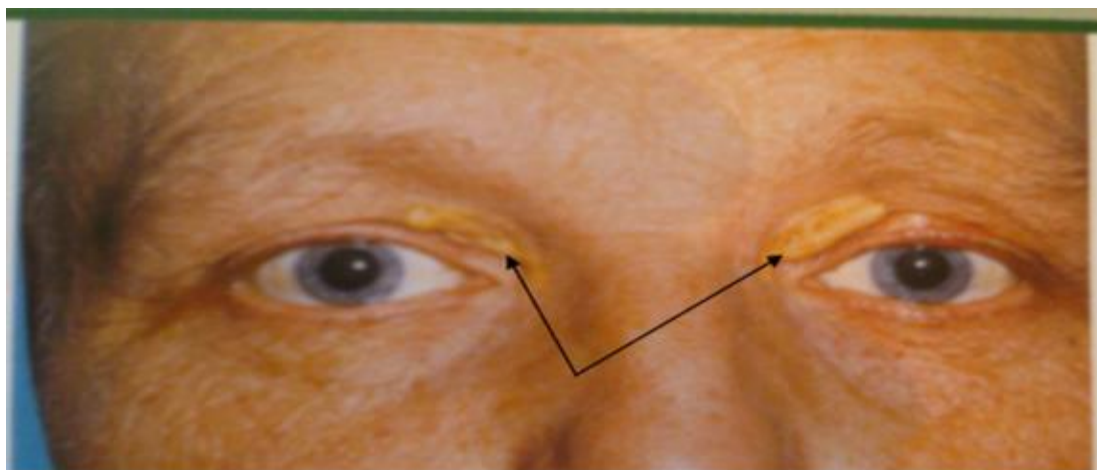
Rasm-2. Gnekomastiya



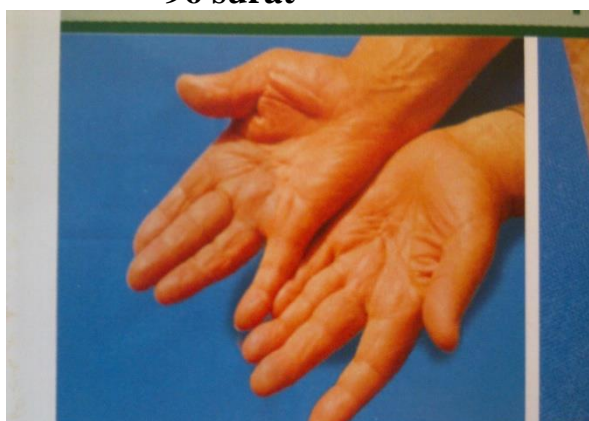
Rasm-3. "Caput Meduza"



Rasm-4. Laklangan malinasimon til



96 surat

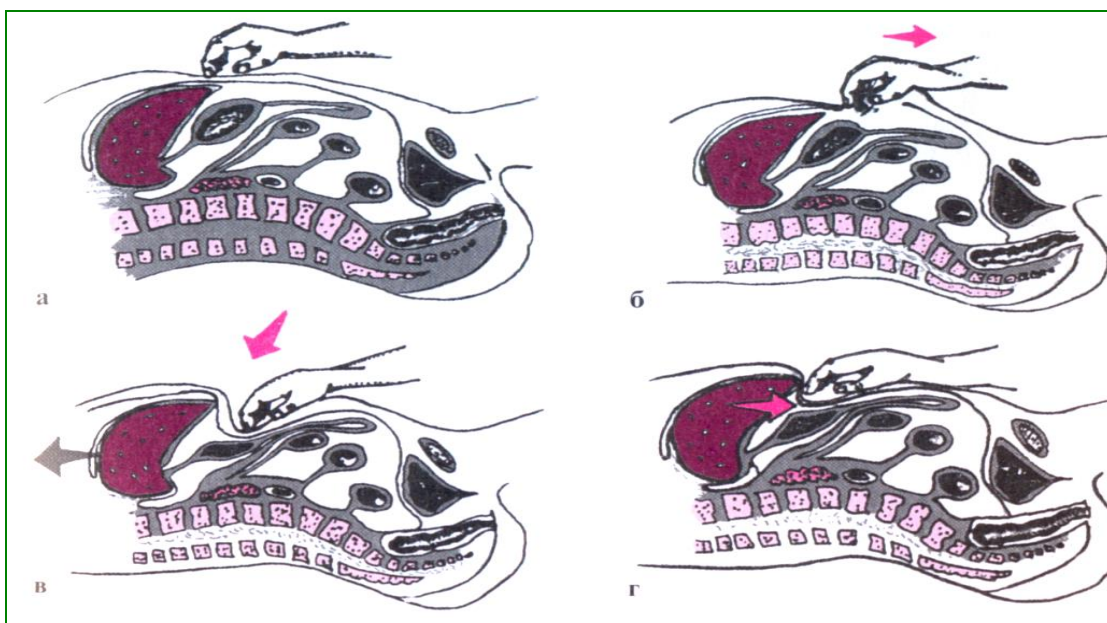


Dyupyuitren kontrakturasi

97 surat

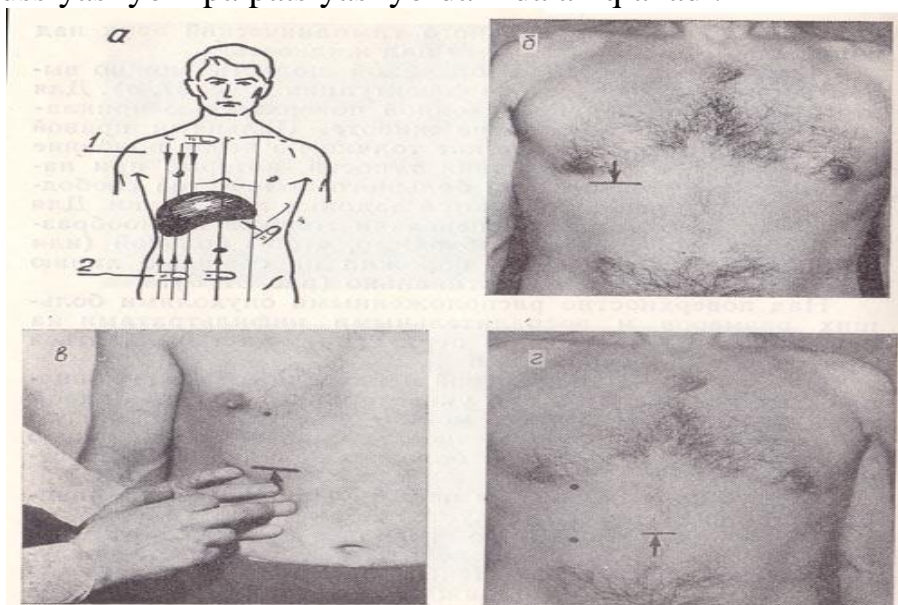
Jigar palpatsiyasi. Jigar palpatsiyasi-shu organni tekshirishning asosiy usuli bo'lib, 4 etapda bajariladi (**98 surat**) qo'llarni o'ng qorin devoriga qo'yish: b) teri va mushaklarni tortib burma hosil qilish: v) organga qarab kirish: g) organni paypaslash. Palpatsiya yordamida jigar pastki chegarasi-shakli, butunligi, notekisliklari va sezuvchanligi aniqlanadi. Normada jigar palpatsiyalanganda yuzasi silliq yumshoq, tekis, og'riqsiz bo'ladi. Jigarni paypaslash Obraztsov bo'yicha chuqur sirg'anuvchi palpatsiya qoidalari bo'yicha bajariladi. Bunda bemorning o'ng tomonida turish kerak, bemorning qo'llari oldinga cho'zilgan oyoqlari esa tizzadan bukilgan holatda yotadi. Bemor nafas chiqarish fazasida qorin devori muskullarining maksimal darajada bo'shahgan holatda bo'lishida palpatsiya qilinadi. Meyorda jigar yumshoq va yuzasi silliqdir. Gepatit, jigar tsirrozida organkattalashadi, qattiqlashadi va yuzasi noteks g'adir budir bo'ladi.

98 surat



Jigar ekskuriyasini kuchaytirish maqsadida chap qo'l kafti bosimi o'ngda oldingi ko'krak devori pastki bo'limlariga beriladi. Palpatsiya qilayotgan o'ng qo'l jigar chegarasidan pastda oldingi qorin devoriga qo'yiladi. Bunda barmoqlar nafas chiqarishda qoringa kirib boradi. Qorinda suyuqlik bo'lsa (astsitda), suyuqlik miqdoriga qarab, jigar palpatsiyasi va perkussiyasi qiyinlashadi. Buning uchun o'ng barmoqni kindikdan pastda o'ng mezogastral sohaga qo'yib, barmoqlarning turtkisimon harakati bilan barmoqlar ostida organ sezilguniga qadar yuqoriga ko'tariladi va jigar chegaralari va yuzalari haqida malumot olinadi.

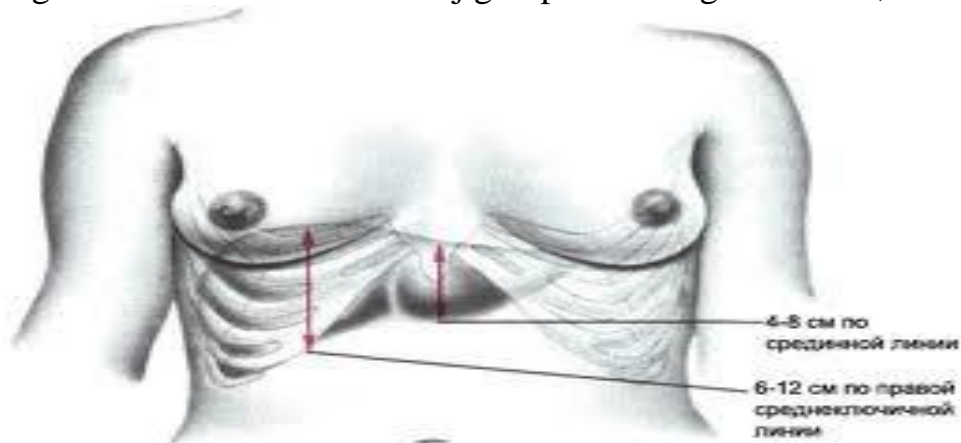
Jigar perkussiyasi (99 va 101 rasm). Perkussiya yordamida jigar o'lchami, pastki chegarasini, yuqori chegarasini kam holatlarda (absess, katta kista, katta o'sma tuguni) o'zgarishini bilish mumkin. Odatda jigarning yuqori chegarasi o'ng o'pkaning pastki chegarasiga to'g'ri keladi. Pastki chegarasi joylashuvini aniqlash jigar perkussiyasi yoki palpatsiyasi yordamida aniqlanadi.



99 surat

Jigarning pastki chegarasini tinch perkussiya yordamida aniqlasa bo'ladi. Perkussiya timpanik tovush sohasida kindik yoki undan pastroqdan boshlab plessimetr-barmoqni yuqoriga qarab bo'g'iq tovush hosil bo'lgunicha

perkussiyalanadi. Bu jigar pastki chegarasi bo'ladi. Normada jigar qovurg'a ravog'idan chiqmaydi, asteniklarda esa qovurg'a ostida bo'ladi. Chuqur nafas olganda va vertikal holatda jigar pastki chegarasi 1-1,5 sm ga pastga tushadi.



100 surat

Jigar hajmi o'lchamlarini aniqlash uchun o'ng o'rta o'mrov chizig'i bo'ylab qovurg'alar orasidan aniq o'pka tovushidan pastga qarab toki bo'g'iq tovush hosil bo'lguncha perkussiya qilinib yuqori chegara (100 surat) va shu liniya bo'yicha jigarning pastki chegarasi kindik sathidan yoki pastroqdan perkussiya qilinib yuqoriga qarab boriladi toki timpanik tovushdan, jigar bo'g'iqlik tovushi hosil bo'lguncha perkussiya qilib boriladi.. Bu jigar pastki chegarasi bo'ladi. Ikkala nuqtalarni birlashtirib **Kurlov bo'yicha jigarning birinchi o'lchami o'lchanadi. Odatda u 9 sm (9-11).** Jigar bo'g'ig'ligini yuqori chegarasidan ikkita boshqa o'lchamlarni aniqlashda foydalaniladi.

Qorinning o'rta chizig'i bo'ylab, jigar bo'g'ig'ligi hosil bo'lgunicha yuqoriga qarab perkussiyalanadi va ikkinchi o'lcham aniqlanadi. O'rta chiziq bo'ylab yuqori chegarani aniqlash teri ostida to'sh borligi so'nayotgan perkutor tovushni bergani uchun qiyin, shuning uchun bu o'lchamning yuqori nuqtasi sifatida shartli ravishda birinchi jigar bo'g'ig'ligi o'lchami yuqori chegarasi bilan bir xil bo'lgan nuqta olinadi. **Bu nuqtalarni birlashtirib Kurlov bo'yicha ikkinchi o'lcham olinadi, odatda u 8 sm(7-9).**

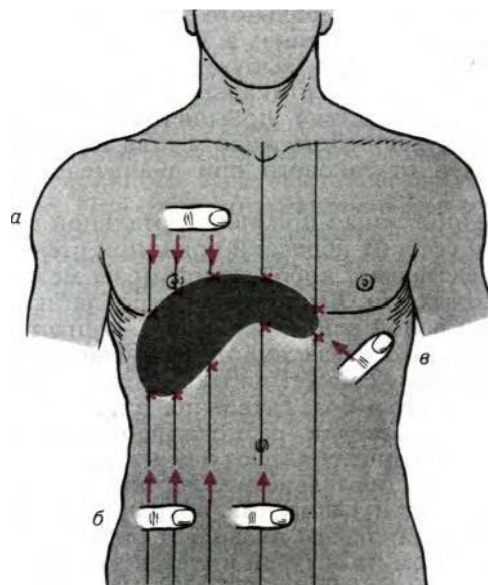
Kurlov bo'yicha uchinchi o'lchami chap qovurg'a yoyi yaqinida unga parallel ravishda oldingi qo'ltiq osti chizig'idan ichkariga perkussiya boshlanadi. Odatda u 7 sm (6-8). Agar jigar kattalashgan bo'lsa birinchi katta o'lcham kasrda ifodalanadi, suratda -o'ng o'rta o'mrov chizig'i bo'yicha umumiy o'lcham, maxrajda esa-qovurg'a yoyidan pastga tushgan o'lcham yoziladi.

Jigarning o'ng bo'lagi o'lchamini aniqlash uchun tinch perkussiya usulida yuqoridan o'pka tovushidan jigar bo'g'ig'ligi tovushi hosil bo'lguncha perkussiya qilinadi va barmoqning yuqorisidan teriga belgi qo'yilib uchta topografik chiziq bo'yicha yuqoridan va pastdan aniqlanadi, belgi barmoq ostidan qo'yiladi 99 suratga qarang.

Meyorda jigar yuqori, quyi chegaralari va o'lchamlari jadvali

Topografik	Jigar yuqori	Jigar quyi	O'lcha
------------	--------------	------------	--------

chiziqlar	chegarasi	chegarasi	mlar
L. parasternalis	VI qovurg'a yuqori qirrasini	O'ng qovurg'a yoyidan 2 sm pasti	8-11 sm



L. medioklavicularis	VI qovurg'a	O'ng qovurg'a yoyi pasti	9-11 sm
L. axilaris anterior	VII qovurg'a	X qovurg'a	10-12 sm

Meyorda jigarining holati konstitutsiyaga bog'liq bo'lib, gipersteniklarga yuqori va asteniklarda ko'rsatilgan chegaradan pastda bo'ladi. Vertikal holatda perkussiya bajarilganida jigar meyorda 1-15 sm pastga siljiydi.

Jigarining chap bo'lagi olchamlarini aniqlash uchun chap qovurg'a yoyi bo'ylab, VIII-IX qovurg'a yoyidan yoki chap qo'ltiq osti old chizig'idan o'ngga qarab perkussiya qilinib boriladi toki timpanik (Traube maydoni) tovushdan bo'g'iq tovushga o'tguncha va belgilanadi.

Perkussiya diagnostik ahamiyatga ega bo'lib, jigarni yuqoriga kattalashishi jigarni o'sma kasalliklarida va exinokokda va pastga qarab kattalashishui boshqa jigar kasalliklarida kuzatiladi. **101 rasm**

Amaliy mashg'ulot 6

Jigar va o't yo'llari. Tekshirish usullari: laborator-asbobiy tekshirish usullari). Asosiy klinik sindromlar. Sariqliklar klinikasi, diagnostikasi.

1. Amaliy mashg'ulot o'qitish moduli.

Mashg'ulot vaqti – 4 soat	Studentlar soni: 10 dan 12 gacha
Mashg'ulot formasi	Amaliy mashg'ulot
Amaliy mashg'ulot rejasi	Jigar va o't yo'llari kasalliklari bilan og'riq bemorlarni laborator va instrumental tekshirish usullari (xoletsistografiya, jigarni skanirlash, ultratovush bilan jigar va o't qopini tekshirish). Komp'yuter tomografiyasi. Surunkali xoletsistit va gepatitlarni

	simptomatologiyasi.
Amaliy mashg'ulot maqsadi:	Jigar va o't yo'llari kasalliklari bilan og'rigan bemorlarni laborator va instrumental tekshirish usullari bilan tanishish. Surunkali cholesistit va gepatitlarni simptomatologiyasi.
O'qitish uslubi	So'rov. Bemorlarni dmonstratsiya qilish, interaktiv o'qitish uslubi, amaliy ko'nikma.
O'qitish formasi	Kichik podgruppalarida.
O'qitish jihozlari	O'quv qo'llanma, amaliy mashg'ulotlar mundariyasi, proektor, kompyuter.
O'qitish holati	Metodik jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash	Og'zaki kontrol: savol-javob, testlar, muammoli masala.

1.2. Amaliy mashg'ulot texnologik kartasi

Ish bosqichlari va vaqti.	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi	13. Auditoriya tozaligini nazorat qiladi 14. Talabalarni mashg'ulotga tayyorgarligini tekshiradi 15. Davomatni nazorat qiladi	
1.O'quv mashg'ulotiga kirish bosqichi (10 daqiqa)	1.Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash. 2.Kirish ma'ruzasi uchun taqdimot silaydalarini tayyorlash 3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish	
2 – asosiy bosqich (160 daqiqa)	1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni beradi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalanadi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalanadi 4. Davolash ishlarini olib boradi 5. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi	Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar Qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar
2-yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi

3. Talabalarning nazariy bilimlarini baholash:

A) Frontal usuli:

1. Normal bilubin almashinuvini aytib bering
2. Bilirubinni aniqlashni aytib bering
3. Galaktoza va adrenalin sinamasini ayting
4. Normal protenogrammani izohlab bering
5. Oqsil cho'kma sinamalarini aytib bering
6. Timol va Formal sinamasi nima
7. Jigar mis va temir almashinuvida qanday ishtirok etadi
8. O't yo'llari va o't pufagi obzor rengenografiya va rengenoskopiya qilish
9. Splenoportografiya usulini aytib bering
10. Holegrafi nima
11. Holetsistografiya nima
12. Radiostop tekshirish usulini aytib bering
13. Exografiya nima
14. Jigar biopsiyasini aytib bering
15. Loparaskopiya nima
16. Skanerlash nima
17. Jigar va o't yo'li kasalliklarini aniqlashda kompYuter tomografiyasining roli
18. Surunkali xoletsestitlarning etiopatogenezi
19. Surunkali xoletsestitlarning klinikasi
20. Surunkali xoletsestitlarning klinik va diagnostikasi

“Miya shturmi” usuli

Asosiy qoidalari:

- G'oya paydo bo'lishiga halaqit beruvchi kamchiliklarni aytmaslik
- G'oyalar va fikrning yuksakligi, chunki g'oya qanchalik noodatiy bo'lsa, shunchalar u yaxshi
- Ko'p takliflarni qabul qilish
- G'oyalar kombinatsiyasi va ularning rivojlanishi
- Fikrni argumentatsiyasiz lo'nda qilib taqdim etish
- Gruppami ikkiga bo'lish: fikr generatorlari va fikrni analiz qiluvchilarga

Bu usul g'oya va fikrlarni argumentatsiyalashni, o'zining shaxsiy fikrini, har qanday holatlarda optimal yechim topishga sharoit yaratadi.

O't suyuqligini tekshirish. Duodenal zondlash

O'n ikki barmoqli ichak shirasi tarkibi 1) Me'da shirasi; 2) O't suyuqligi; 3) Me'da osti bezi sekreti; 4) Ichakning shilliq qavatidan ajralib chiquvchi ichak shirasidan iborat. Duodenal tekshirishlar o't suyuqligi yo'llari va o't pufagi haqida ma'lumot beradi. Bu usul Lyutkens va Oddi sfinkterlarining funktsional holati, qisqarishi va kontsentratsiyasini bilishga imkon beradi. Shuningdek o't yo'llaridagi yallig'lanishlar, kasallik qo'zg'atuvchi va chiqaruvchi mikroblarni aniqlash mumkin.

Duodenal tadqiqotlar maxsus “duodenal zondlar”-uzunligi 1,5 metr bo'lgan va sirtida uning kirish chuqurligini bildiruvchi belgilar qo'yilgan yupqa rezinali trubkalar yordamida olinadi. Rezina trubkaning bir uchida analizni yig'adigan metal idishga o'rnatiladi. Bunda nahorda o'n ikki barmoqli ichakdan shira olinadi. Bunda bemor duodenal zondni birinchi belgisigacha yutadi va o'ng yoni bilan kravatga yotadi. Oshqozondan o'n ikki barmoqli ichakka yengil o'tishi uchun tos sohasiga yostiq yoki valik qo'yiladi. Bemor asta-sekin zondni belgilangan belgisigacha ichiga

yutadi. Bu holatda zond o'n ikki barmoqli ichakdan quyiroqqa o't yo'li va me'da osti yo'li tirqishiga kirgan bo'ladi. Odatda bu jarayon 1-1,5 soat va ba'zi holatlarda esa 15-20 minut davom etadi. Bunda sarg'ish rang suyuqlik-A porsiya ajralib chiqa boshlaydi. Uning tarkibini o't suyuqligi, Me'da osti bezi, ichak va me'da shirasi tashkil etadi. **B** porsiyaning olinishi (o't pufagidagi o't) **A** porsiya ajralib chiqa boshlashidan faqat 20-30 min o'tgach amalga oshiriladi. Buning uchun o't pufagiga zond orqali asta-sekin qisqarishlar uyg'otgichi kiritiladi (30-50 ml, 33% li magniy sulfat, 40ml zaytun moyi, 30-40 ml-10% li osh tuzi 30-50ml-10% li glyukoza eritmasi va h.k). Odatda o't pufagining qisqarishi ovqatning ta'siri ostida uning faoliyatini boshqaruvchi va qo'zg'atuvchi va boshqa mexanizmlar ta'siri ostida kuzatiladi. O't pufagi muskul qisqarishlari bilan birgallikda Oddi va Lyutkens sfinkterining zaiflashuvi ham kuzatiladi. Duodenal zondlashda maxsus aralashmalar qo'llanilib, ular 5-10 mindan keyin qora-qizg'ish yoki ko'kimtir yoki qoramtir rangli pufakchalar **B** porsiyaning olinishiga imkon yaratadi. O't pufagi bo'shagandan so'ng yana tillarang-qizg'ish shaffof o't **S** porsiya pufag bo'yinchasi va jigar ichi o't yo'llaridan ajralib chiqishi boshlanadi.

Yuqorida tavsiflangan an'anaviy duodenal zondlash usullaridan tashqari, oxirgi yillarda 5 fraksiyali duodenal zondlash usullari ham qo'llanmoqda. U o't pufagiga keluvchi o't maydonini hisobga olgan holda uning alohida fraktsiyalari ajralib chiqish vaqtini va har bir fraktsiyani miqdoriy tahlil qilish imkonini beradi. O't pufagidan o't ajralib chiqishi tavsifnomalarini aniq bilish uchun duodenal zondlashning xromatik fraktsion usuli qo'llanadi. Bunda bemor duodenal zondlash o'tkazilgunga qadar 10-15soat qolganda ichiga metilenli jelatin kapsulali bo'yoqni qabul qiladi. Bu preparat o'zni boshqa organlardan aniq ajratish imkonini beradi.

O't pufagining shilliq qavatidagi konsentratsion so'rgish fraktsiyalarini va ularning patologiyasini yuqoridagi usullar yordamida o'rnatish mumkin. O'tning kimyoviy tarkibi o't pufagida sodir bo'luvchi modda almashinuvini, jigarning holatini va organizmdagi modda almashinuvini (jumladan patologik jarayonlar) ham bilish imkonini beradi.

O't suyuqligi mikroskopiyasi. Oshqozondagi leykotsitlar og'iz, oshqozon yoki ichakka tegishli bo'lishi mumkin, shuning uchun duodenal zondlashda ikki kanalli zondan foydalanish maqsadga muvofiqdir va u oshqozondagi qoldiqni so'rib olish imkonini beradi.

Lyamblyalarning mavjudligi oshqozon-ichak traktida turli patologik (asosan yallig'lanish va diskinetik) jarayonlarga sabab bo'ladi. Sog'lom kishilarning o't pufagida lyamblyalar uchramaydi. Xoletsistit kasalligi bilan og'rigan bemorlarda esa lyamblyalar o't pufagining shilliq qavatiga joylashib, (mikroblar bilan birga) diskineziya va yallig'lanish jarayonlarini kuchaytiradi.

Xoletsistit tashxisida G immunoglobulin, A, R-oqsillar, C-reaktiv protein, ishqoriy fosfatazalar, S-nukleotidazalar, malon dialdegidlar konsentratsiyalarining oshishi qayd etiladi. Ammo lizotsim, bilirubinlar miqdorining pasayishi kuzatiladi.

O't kislotalari, xolesterin va letsitinlarning nisbatini bilgan holda litogenlik ko'rsatkichi (yoki koeffitsientini) aniqlash mumkin va u quyidagicha hisoblanadi:

$$\text{Litogenlik indeksi} = \frac{\text{O'tdagi xolesterin miqdori}}{\dots}$$

O't kislotalari, xolesterin va letsitinlarning berilgan nisbatlarda eritish mumkin bo'lgan xolesterin miqdori

Agar litogenlik ko'rsatkichi birdan kichik bo'lsa, bunday o't to'yinmagan, agar birdan katta bo'lsa o'ta to'yingan deyiladi (ba'zan bu ko'rsatkichni "to'yinish ko'rsatkichi" ham deyiladi). Xolesterin bilan to'yingan o'tda xolesterinlarning kristallanishi xos bo'lib, shu sababli ular litogen deyiladi.

Qonning bioximik analizi. Jigar va o't yo'llari kasalliklari diagnostikasida bioximik ko'rsatkichlarni tekshirish muhim ahamiyatga ega. Birinchi navbatda jigarining asosiy ko'rsatkichi bo'lgan bilirubinni aniqlash muhim. Jigarining shikastlanishida namoyon bo'ladigan asosiy bioximik ko'rsatkichlardan biri bu jigar to'qimasi tomonidan ishlab chiqariladigan fermentlar aktivligining o'zgarishidir.

Ushbu analiz jigar funksiyalariga baho berish va jigar kasalliklarini differentsial diagnostikasi uchun qo'llaniladi (yallig'lanish, infiltrativ, almashinuv, yurak qon tomir, gepatobiliar kasalliklar.)

Bilirubin. Bilirubin miqdori jigarining yutish, almashinish va ajratish funksiyalarini xarakterlovchi ko'rsatkichdir. Bog'langan bilirubin, bog'lanmagan bilirubin bilan o'tkazilgan sinama ko'rsatkichlariga qarab differentsiyallanadi.

Transaminaza. Glutamat oksaloatsetat transaminaza va alaninaminotransferaza jigar hujayralari holatini ko'rsatuvchi sezgir fermentlardir. Ular miqdorining maksimal oshishi jigardagi nekrotik o'zgarishlarda (virusli gepatit, jigar intoksikatsiyasi o'tkir tsirkulyator yetishmovchilik jigar venalari o'tkazuvchanligining buzulishi) va ba'zan o't yo'llarining o'tkazuvchanligi buzilganda kuzatiladi (konkrement). Transaminazaning aktivlik ko'rsatkichlari kasallikning qay darajada og'ir ekanligini ko'rsatmaydi.

Kam ma'lum bo'lgan o'zgarishlar xolestaz va infiltratsiyada kuzatiladi. Alanin aminotransferaza ko'rsatkichlari jigar shikastlanishining darajasini ko'rsatadi. Bunda aspartataminotransferaza ko'ndalang targ'il mushaklarda topiladi. Alkogolli gepatit aspartataminotransferazaning ko'rsatkichlarini alaninaminotransferazaga nisbatan ko'p miqdorda o'sishini keltirib chiqaradi.

Laktat dehidrogenaza- fermentni tekshirish jigar kasalliklari diagnostikasida katta ahamiyatga ega emas .

Ishqoriy fosfataza – bu xolestatik sindrom o't yo'llari o'tkazuvchanligi buzilishi (qondagi bilirubinga nisbatan tez o'shadi) jigarining infiltrativ kasalliklarida sezgir ko'rsatkich hisoblanadi. Spetsifikligi past, chunki bu ferment boshqa to'qimalarda ham uchraydi. Ishqoriy fosfataza aktivligi bolalarda, homiladorlarda va suyak kasalliklarida yuqori, spetsifik to'qima izoenzimlarini termostabilligi bilan farqlab bo'ladi (jigar enzimlari suyak enzimlari aktivligi pastligida termostabil hisoblanadi).

5-nukleotidaza – gepatobiliar sistema kasalliklarida enzim aktivligi o'sishi ishqoriy fosfataza o'zgarishlari bilan bir xil ammo, u ko'proq jigar hujayralari holatini ko'rsatadi. Buni ishqoriy fosfatazaning jigarga bog'liq o'zgarishlarini farqlash uchun tekshiriladi, ayniqsa bolalik yoshida, homiladorlikda, suyak kasalliklarida.

Gamma-glutamil transferaza – ishqoriy fashataza miqdori bilan bir xil o'zgarib turadi. Gepatobillar sistema shikastlanishida uning aktivligi tezda oshadi. Shuningdek oshqozon osti bezi, buyrak, yurak, o'pka kasalliklarida sezgir.

Protrombinli vaqt – gemokoagulyatsiya faktorlari aktivligining indikator bo'lib xizmat qiladi. Uning ko'payishi ushbu omil aktivligining yetishmovchiligini ko'rsatadi. Gemokoagulyatsiyaning barcha omillari 8-chi omildan tashqari jigarda ishlab chiqariladi. Jigar to'qimasining keng o'choqli shikastlanishi natijasida uning yetishmovchiligi kelib chiqadi (gepatit, intoksikatsiya, tsirroz). 2, 7, 9, 10 omillar faqat **K** vitamin ishtirokida faol bo'ladi.

Albumin – qonda albumin kontsentratsiyasining kamayishi uning jigarda kam ishlab chiqarilishini (surunkali jigar patologiyasi yoki uzoq davom etuvchi och qolish) yoki siydik yoki axlat bilan intensiv chiqarilishini ko'rsatadi. Jigar disfunktsiyasining unchalik ham sezgir bo'lmagan indikator chunki uning qonda yarim yashash vaqti 15-20 sutkani tashkil etadi. Surunkali jigar patologiyasi bilan kasallangan bemorlarda albumin yetishmovchili disfunktsiya namoyon bo'lishi bilan xarakterlanadi. Globulin kamayishi asosan surunkali jigar kasalliklarida kuzatiladi. Globulin kamayishi surunkali hepatitning autoimmun formasida kuzatiladi .

Ammiak qon zardobida ko'payishi jigarning detoksikatsiya funksiyasining buzilganligidan dalolat beradi. Bu fulminant hepatit jigar tsirrozida gepatotoksik agentlar ta'sir etganda va jigar tsirrozida kuzatildi. Ko'plab bemorlarda qon zardobida ammiakning bo'lishi jigar entsefalopatiyasidan dalolat beradi. Entsefalopatiyada ko'proq namoyon bo'ladi, ammo almashinuv jarayonlarining buzilishini aniqlashga imkon bermaydi (jigar shikastlanishi uremiya yoki organizmda karbonat angidridning ko'payishi).

Instrumental tekshirish usullari.

Jigar va o't yo'llari kasalliklarini aniqlash uchun kontrastli rentgenologik, (KT) UTT (UZI) endoskopiya, duodenal zondlash, laparoskopiya, biopsiya,

radionukleid tekshirish usullaridan foydalaniladi.

Rentgenologik, radionukleoid, ultratovushli tekshirish usullari.

Kontrast modda yordamida rentgenologik tekshirish portal vena tizimida bosimning oshishi-qizilo'ngach venalarining varikoz kengayishini aniqlashda eng qulay metoddir. Bundan tashqari xoleografiya metodidan o't yo'llarini tekshirishda ham foydalaniladi. Bunda kontrast modda parenteral yo'l orqali yuboriladi. Shuningdek o't yollarini rentgenologik tekshirish- trans jigar (transpechyonochnyu) teri orqali xolangiografiya o'tkaziladi. Bunda umumiy o't yo'lga yoki o't pufagiga qorin devori yoki jigar to'qimasiga kontrast modda punktsion yo'l orqali yuboriladi. Rentgenokontrast xoleografiyaga qo'shimcha ravishda umumiy o't yo'lga endoskopiya orqali kontrast modda umumiy o't yo'lga retrograd yuboriladi (ERXPG). Bu metod o't yo'lining torayishi natijasida kelib chiquvchi o't yo'li gipertenziyasini aniqlashga yordam beradi. Bu birlamchi sklerotik xolangitni aniqlashda oltin standart hisoblanadi. Jigar parenximasida

o'choqli va diffuz o'zgarishlarni aniqlashda UTT (UZI), KT, radionukleoidli tekshirish qo'llaniladi. Zarur hollarda angiografiya o'tkaziladi.

Bu metodlar ichida FEGDS muhim hisoblanadi. Bu metod yordamida qizilo'ngach venalaridagi, oshqozon shilliq qavatidagi o'zgarishlar (portal gipertenziya sindromi uchun xarakterli), shuningdek eroziv ezofagit (ko'pincha jigarining alkogol ta'sirida shikastlanishida kuzatiladi) va o'n ikki barmoqli ichak kasalliklarini aniqlaniladi.

Laparoskopiya va biopsiya. Jigar va o't yo'llari kasalliklari diagnostikasi uchun laparoskopiya va biopsiya metodlari muhim. Biopsiya qilish uchun ko'rsatmalar.

Aniq bo'lmagan etiologiyali hepatomegaliya. ALT, AST, γ -GTP aktivligining turg'un ko'tarilishi. Jigar to'qimasida B, C, D virusli geppatitning aniqlanishi. Dori vositalari ta'sirida jigarining shikastlanishi. Alkogol ta'sirida jigarining shikastlanishi.

Infeksion va sistemali kasalliklar. Jigarining irsiy kasalliklarini aniqlash uchun bemorning qarindoshlarini tekshirish.

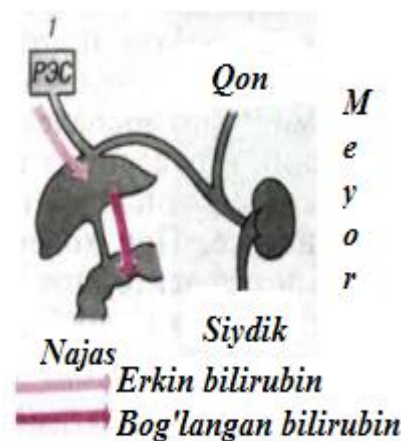
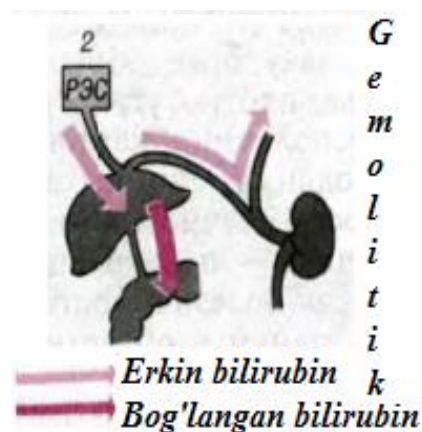
O'choqli o'zgarishlar.

Laparoskopiya jigar surunkali kasalliklarini (gepatit, tsirroz, kichik, katta tugunchali, aralash) portal gipertenziya sabablarini, jigarining o'choqli shikastlanishini aniqlashda qo'llaniladi.

Asosiy klinik sindromlar. Sariqlik

Meyorda eritrotsitlar parchalangandan so'ng hemoglobindan bilirubin ajraladi va jigarga qon orqali borib glyukuronil kislotasi bilan bog'lanadi. Bog'langan bilirubin o't yo'llari orqali ichaklardan, siydik yo'llari orqali chiqib ketadi **Sariqlik (icterus)** – bilirubinning jigar hujayralari tomonidan ushlab qolinishini, glyukuronid kislota bilan bog'lanishini, uning transportini buzilishi (102 surat) hisobiga qonda bog'langan yoki bog'lanmagan bilirubin miqdorining oshishi bilan kechadigan sindromdir. **102 surat**

Bilirubin miqdorini qonda ko'payishi natijasida teri, oyoq va qo'llar kaftlari, shilliq qavatlarining va skleraning sarg'ayishi, teri qichishi kuzatiladi. Qonda bog'langan yoki bog'lanmagan bilirubin miqdorining oshishi natijasida siydik rangining o'zgarishi (piva rangli) va najas rangining o'zgarishi – oqarishi (jigar va jigar osti sariqligi) hatto to'q rangga kirishi (jigar usti sariqligi) da kuzatiladi (103 surat). Bilirubin miqdorini qonda ortishiga sabab qonni haddan tashqari ko'p parchalanishi, jigar hujayralari yetishmovchiligi yoki o't yo'llarida patologik jarayon bo'lishi mumkin. Sariqlikda bilirubinning qondagi miqdori oshsa terida, shilliq qavat va sklerada to'planishi kuzatiladi. Terining



sarg'ayishi-(karotin va akrixinning ko'payishi) yuzaga kelishi boshqa faktorlar yordamida ham kelib chiqishi mumkin **103 surat**

(soxta sariqlikda); tarkibida ko'p miqdorda karotin, akrixin tutgan mahsulotlar iste'moli (sabzi, tomat) ham sariqlik chaqiradi-sariqlikdan farqli ravishda bunda ko'zning sklerasi sarg'aymaydi. Klinik jihatdan tananing turli sohalarining sarg'ayishi giperbilirubinemiya darajasiga bog'liq. Tanada sariqlikni rivojlanish ketma-ketligi quyidagicha; boshida sklera keyinchalik esa til pastki qismi shilliq qavati va tanglay, undan keyin yuz terisi, kaftlar oxirida esa butun tana sarg'ayadi.

Sariqlik anemiya, gipoproteinemiya, semirishdagi shishlarda kamroq seziladi.

Ozg'in hamda mushaklari rivojlangan bemorlarda teri qoplamlari yorqinroq sarg'ayadi. Yurak yetishmovchiligi natijasida jigarda qon dimlanganda tananing yuqori qismi sarg'ayadi. Davomli giperbillirubinemiya tana rangi yashil hatto bronza-qora tus oladi (melanosariqlik).

Sariqlik sindromi-differentsial diagnostik tekshirishlarni talab qiladigan sindromdir. Shuning uchun ham bilirubin hosil bo'lishi fiziologiyasini va organizmda tarqalish mexanizmlarini bilish muhim.

Bilirubin gem parchalanishining oxirgi maxsuloti bo'lib, uning 80-85% gemoglobindan, qolgan 20-25 % esa gem saqlovchi oqsillardan (tsitoxrom P-450) hosil bo'ladi. Bilirubinning hosil bo'lishi retikuloendotelial sistema hujayralarida boradi va har kuni 300 mg atrofida bilirubin hosil bo'ladi. Gem parchalanishi natijasida hosil bo'lgan bilirubin erkin yoki bog'lanmagan bo'lib, keyinchalik u plazma oqsillari (albumin) bilan bog'lanadi. Oqsil bilan bog'langan bilirubin qoya orqali jigarga keladi. So'ng jigardagi uridindifosfatglukuroniltransferaza (UDFGT) ta'sirida bog'langan bilirubinga (konyugatsiyalangan) aylanadi.

Konyugatsiyalangan bilirubin o't yo'llari orqali 12 barmoqli ichakga tushadi. Ichakda bakteriyalar tasirida 2 xil pigmentga: sterkobilin (axlatga rang beradi) va urobilinogenga ajraladi. Urobilinogen ingichga ichakda yaxshi so'rilib, ma'lum qismi normada yana jigar va buyraklar orqali ekskretsiya qilinadi (enterogepatik tsirkulyatsiya). Qondagi bilirubin to'qimalarda bir xil tarqalmaydi. U elastik to'qimalar (teri, sklera va qon tomir devorlari) da ko'p miqdorda ushlanib qolinadi, shuning uchun ham sariqlikda bu to'qimalar ko'proq sariq rangga kiradi.

Ko'pchilik ichki azolar og'ir kasalliklarida ham sariqlik sindromi rivojlanadi. Bunday holatlarda albatta differentsial diagnozika qilish maqsadga muvofiqdir. Misol uchun jigar kasalliklarining barchasida sariqlik sindromi kuzatiladi. Gemolitik anemiya, Vitamin **B12** va folat kislota tanqis anemiyada sariqlik sindromi kuzatiladi. Pnevmonokokk etiologiyali pnevmoniya bilan kasallanganlarni 5 % atroflari va o'pkaning surunkali obstruktiv kasalligi emfizematoz tipida sariqlik sindromi kuzatiladi. Shuning uchun ham sariqlik rivojlanganlarni o'pkasini yaxshilab tekshirish maqsadga muvofiqdir.

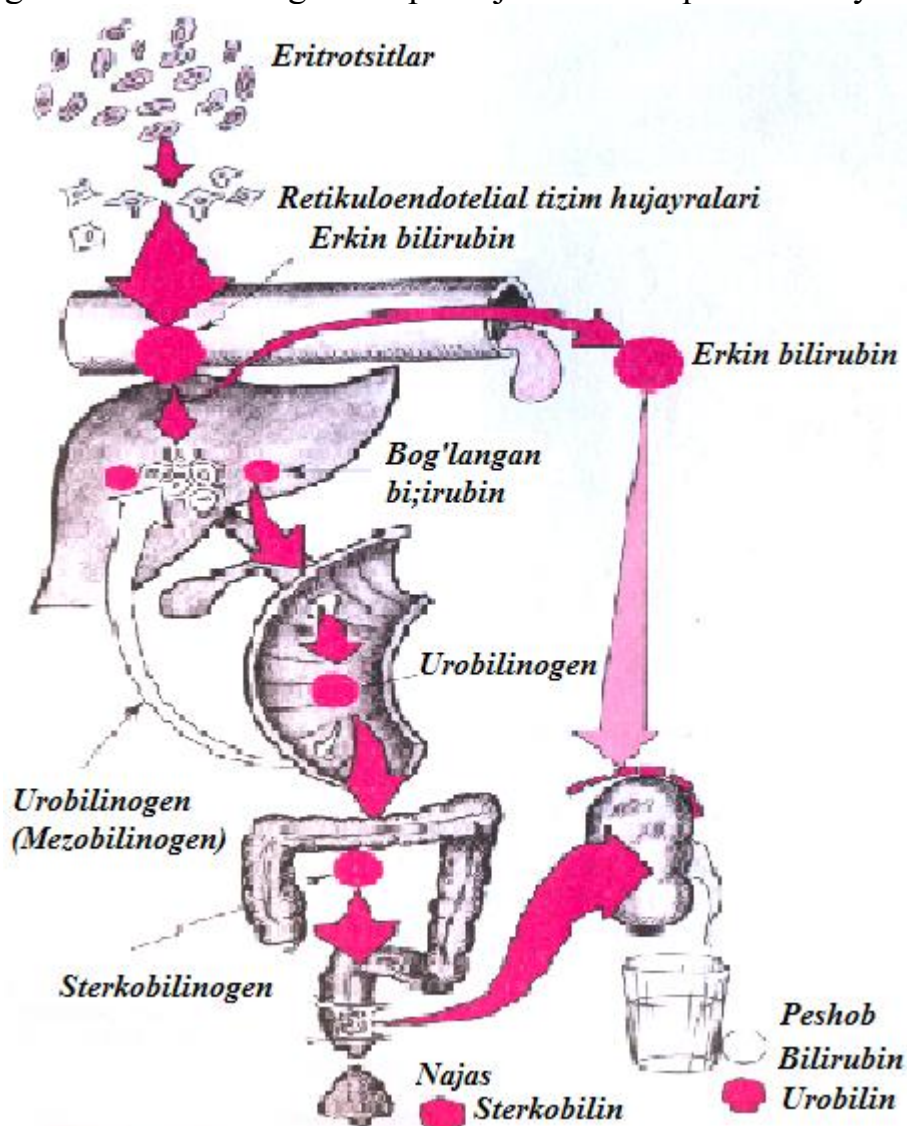
Og'ir yurak yetishmovchiligida ko'pincha jigarda qon dimlanadi, bu o'z navbatida faqat sariqlik rivojlanibgina qolmay, portosistem entsefalopatiyaga ham olib keladi. Og'ir buyrak yetishmovchiligi ham sariqlik sindromini olib keladi.

Sariqlik turlari

Qonda bog'langan yoki bog'lanmagan bilirubin ko'payishi sariqlikning irsiy, yaxshi sifatli va ortirilgan turlarida yuzaga keladi. Sariqlik bazi bir kasallikning simptomidir. Bilirubin almashuvining orttirilgan buzilishi: jigar usti, parenximatoz (jigar-hujayra), mexanik sariqliklarga bo'linadi. Nisbatan ko'p tarqalgan turi-jigar usti sariqligi-gemolitik, jigar-hujayra sariqligi-gepatotsitlar nekrozi yoki jigarning o'tkir va surunkali kasalliklarida kuzatiladigan turi, jigar osti sariqligi esa-jigar ichi yoki umumiy o't yo'lining obstruksiyasi natijasida yuzaga keladi.

Gemolitik sariqlik

Bu sariqlik qonda ko'p miqdorda konyugirlangan bilirubin bo'lishi bilan xarakterlanadi **103-104 surat**. Eritrotsitlarning ko'p gemolizi bilan bog'liq holatda bog'lanmagan bilirubinning ko'p ajralib chiqilishida yuzaga keladi:



104surat

Gemolitik sariqlik bilan bemorlar ko'zdan kechirilganda teri rangi limon-sariq tovlanadi quyida **105 suratga qarang**, teri qichishi bo'lmaydi, palpatsiyada taloq kattalashgan bo'lib, anemiya rivojlanadi. **UTT tekshiruvida** taloq kattalashganligini aniqlash mumkin.

Qonda erkin (bog'lanmagan) bilirubin miqdori ko'payadi, chunki jigar ko'plab hosil bo'layotgan bilirubinni bog'lashga ulgurmaydi. **Najas rangi** intensiv, bu ko'p miqdorda bilirubin hosil bo'lishi va uni sterkobilinogen shaklida ichakga

ajralishi bilan bog'liq. **Siydikda ko'p** miqdorda urobilin va sterkobilinogen bo'lib, bilirubin bo'lmaydi.

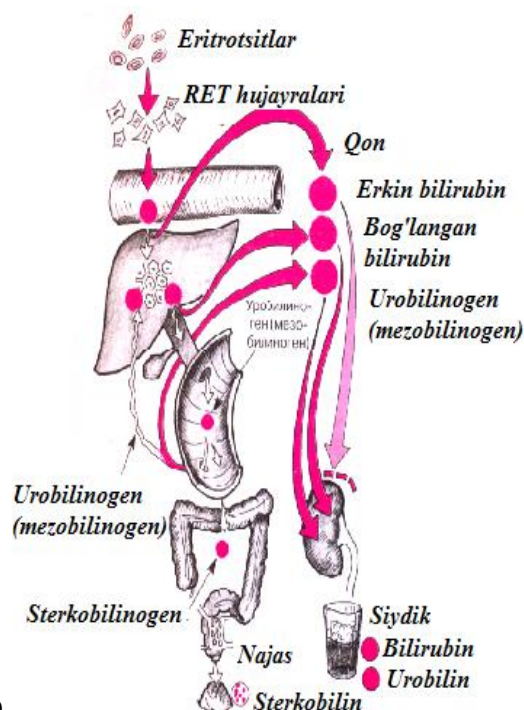
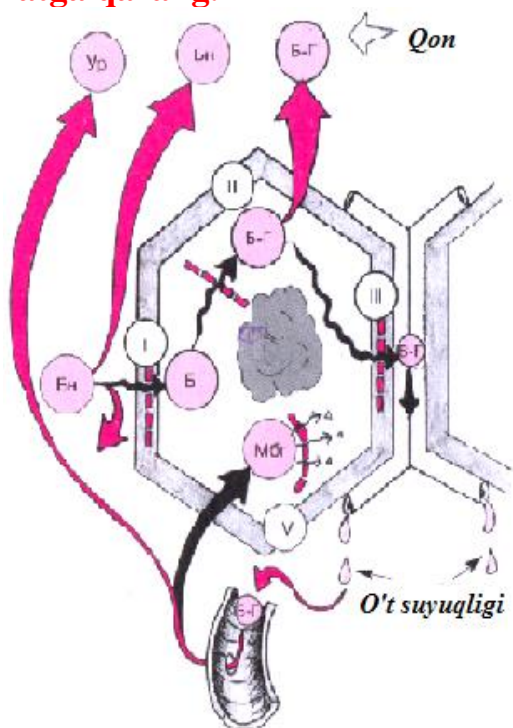
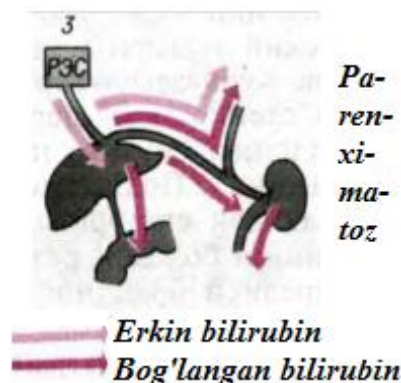
Jigar-hujayra (parenximatoz) sariqligi.

Jigar hujayralari shikastlanishi hisobiga ularni **105 surat**

zararsizlantirish (detoksikatsion) funksiyasini pasayishi hisobiga, qonda hemoglobinni parchalanishi natijasida hosil bo'lgan bilirubinni glyukuronid kislota bilan bog'lash faoliyatini yani bilirubin glyukuronid hosil bo'lishining pasayishidir va o't yo'llariga kam ajralishi **106 suratga qarang**. Sariqlikning bu turi, gepatotsitlar zararlanishi va qonda bog'langan, shu bilan birga bog'lanmagan bilirubin ko'payishi kuzatiladi.

Ko'zdan kechirganda teri qoplamlari rangi **106 surat**

o'zgargan qirmizi-sariq va qizilroq tus oladi, siydik rangi qoraygan va najas rangi esa odatdagidan oqargan bo'ladi. Palpatsiya va perkussiyada taloq kattalashishganligini aniqlash mumkin. Qonda umumiy bilirubin miqdori bog'langan va bog'lanmagan bilirubin hisobiga oshadi. Siydikda xuddi gemolitik sariqlikdek, konyugirlangan bilirubin miqdori oshgan. **Quyida 107 a va b suratga qarang.**



a b
107 a va b surat
Mexanik sariqlik

Sariqlikning bu turi o't yo'llarining endogen yoki ekzogen sabablar tasirida berkilishi natijasida yuzaga keladi **108 va 109 surat**. Endogen berkilishi o't toshlarining o't yo'llariga tiqilib qolishi va sklerozli xolangitda o't yo'llarining sklerotik o'zgarishi hisobiga vujudga keladi. Ekzogen yopilishi tashqaridan o't yo'llarini qisilishi (o'smalar, jigar darvozalari o'sma metastazlarida, Me'da osti bezi bosh qismi o'smalari, 12 barmoqli ichak shilliq qavati o'smalari va shishlari, shu ichak yaralari peneteratsiyasi va b.q.). Bu o'zgarishlar o't suyuqligi dimlangan joydan yuqoriga bosim

108 surat

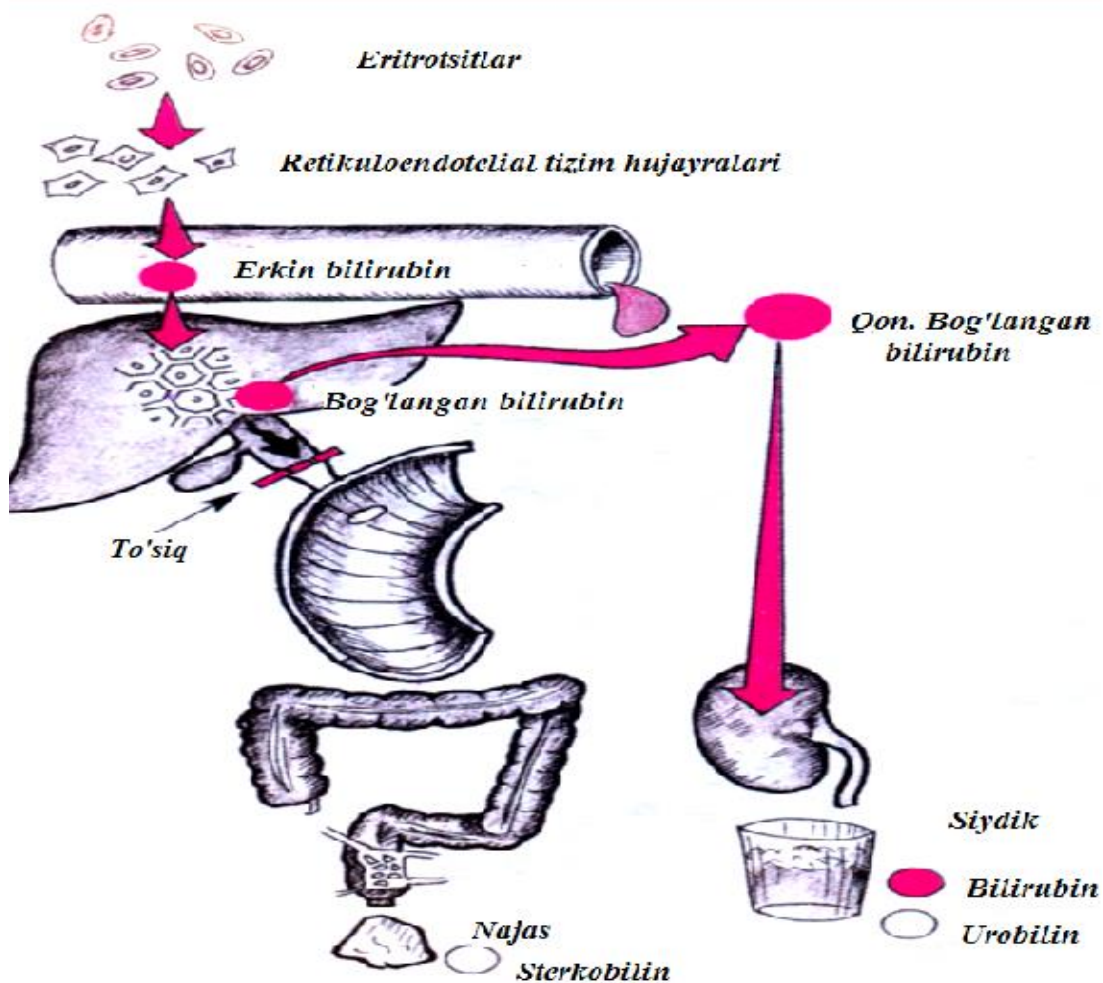
Ortishi hisobiga bilirubinglyukuronidni qonga qaytib so'rilishini taminlaydi. Sariqlik qonda regurgitatsiya hisobiga konyugirlangan bilirubinning miqdori qonda oshadi.

Bemorlar ko'zdan kechirilganda teri rangi maksimal darajada o'zgargan, davomli sariqlikda teri qoramtir rangda bo'ladi. Qonda bog'langan bilirubin miqdori ko'payadi va bu uzoq davom etsa jigar funksiyasi ham buzilishi hisobiga bog'lanmagan bilirubin ham paydo bo'ladi.

Siydikda bog'langan bilirubin va o't kislotalari paydo bo'ladi. Siydik rangi jigarrang bo'ladi. Najas rangi rangsizlanadi, chunki ichakka sterkobilin tushmaydi. Bemorlar deyarli qonda o't kislotalari ko'payishi (xolemiya) hisobiga har doim teri qichishi, ko'zdan kechirganda terisida qashalgan izlar ko'rish mumkin, terisi tarang. O't kislotalari adashgan nervni qitiqlashi hisobiga, bemorlar pulsi kamayadi (bradikardiya), qon bosimi past bo'ladi. Markaziy asab tizimi xolemiya hisobiga zaharlanib, asteno-nevrotik sindromlar (bosh og'rig'i, bosh aylanishi, tez charchash, holsizlik, ishlash qobiliyatini pasayishi, tasirchanlik, uyqusizlik va b.q.) ni yuzaga keltiradi. Mexanik sariqlikning yuqoridagi belgilariga asoslangan holda uning to'lqinsimon xarakterdaligi seziladi; bu o't yo'lining o'sma bilan to'silishi bilan tushuntiriladi.

109 surat





Irsiy pigmentli gepatozlarni 8 ta klinik shakli mavjud.

A. Konyugatsiyalangan giperbilirubinemiya

Jilber sindromi,
Meylengraxt kasalligi,
Krigler Nayar sindromi,
Lyusi-Driskoll sindromi,

B. Konyugatsiyalanmagan giperbilirubinemiya

Dabin Djonson sindromi
Rotop sindromi
Bayler kasalligi (tug'ma jigar ichi xolestazi)
Aagenesa-Sammerskill sindromi (tug'ma jigar ichi xolestazi)
Alajilya sindromi (xolestaz bilan kechadi)

Vilson-Konovalov kasalligi

Vilson-Konovalov kasalligi-1912 yilda Angliyalik nevropatolog Vilson tomonidan 12 ta oilaviy holat yozilib, ularning hammalarida ham jigarda kuchayib boruvchi degenerativ o'zgarishlar jigar tsirrozi bilan birga kechganligi to'g'risida malumot berdi va uning patogenezi 1948 yilgacha nomalumliligicha qoldi. Shu yili Kumingsning Vilson kasalligida misning jigarda va bosh miyada miqdorini (kontsentratsiyasini) ko'payishi to'g'risidagi malumoti chiqqandan so'ng

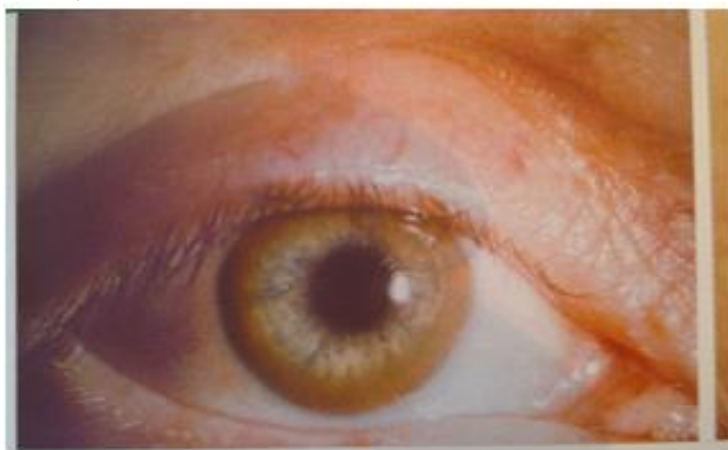
patogenezi aniqlandi. Hozirgi vaqtda misning gepatotoksik xususiyati to'g'risida malumotlar ko'p, Vilson kasalligining genetik defektligi ham aniqlandi.

Vilson kasalligi kam uchrovchi irsiy kasallik bo'lib, autosom retsessiv yo'l orqali irsiylanadi va gen (ATP7B ning mutatsiyasi kasallik chaqiradi), 13 (qismi 13q14-q21) xromasomada joylashgan va bu kasallikda oqsil va mis almashinuvi buziladi. Vilson kasalligi geni 1993 y ajratib olingan va 40 dan ortiq mutatsiyaga uchragan genlar mavjud. Har 1000000 aholiga 30 bemor to'g'ri keladi. Yaqin qarindoshlar orasidagi nikohga 90 kishiga 1 bemor to'g'ri keladi. Asosan yoshlikdan namoyon bo'lib, organizmda qonda ko'p miqdorda mis to'planishi bilan kechadi. Boshlang'ich bosqichlarida mis jigarda to'planib, gepatit, tsirroz, jigar yetishmovchiligiga olib keladi. Keyinchalik mis boshqa organ va tizimlarga tushib ularni shikastlaydi. Bosh miyani shikastlab ruhiy asab o'zgarishlarga olib keladi.

Mis metabolizmi. Oziq ovqat tarkibidagi (2,5-5 mg) mis ingichka ichakda sorilgandan so'ng oqsillar, aminokislotalar bilan birikib darvoza venasi orqali jigarga tushadi va ko'p miqdori (90%) shu yerda qoladi. Qolgan qismi ichakdagi mis najas bilan va darvoza venasiga tushmagan qismi buyrak orqali tashqariga chiqariladi. Gepatotsitlarda mis metaloenzimlar tarkibida bo'ladi. Bular superoksiddismutaza, tsitoxromoksidaza, monoaminooksidazalardir. Misning exporti α_2 globulin fraktsiyasiga kiruvchi transport oqsil tseruloplazmin orqali amalga oshiriladi. Misning tseruloplazminga kiritilishi Goldji apparatida amalga oshiriladi. Buning amalga oshishiga Vilson kasalligi geni orqali mis transport qiluvchi P-tipdagi protein –ATFaza bilan birga amalga oshiriladi. Bular misning lizosomal ekskretsiyasiga faol ishtirok etib, misning miqdorini meyorga saqlab turadi. Bu holat izdan chiqsa albatta mis jigarda to'planib qoladi. Jigarni ko'p miqdordagi misdan asrash (detoksikatsion xususiyati), misni glutation, metalotioneyn bilan bog'lanib, biliar tizimda lizasomal ishtirokida ekskretsiya qilinadi. O't suyuqligi orqali 80% jigarga tushgan mis ekskretsiya qilinadi. O't suyuqligidagi mis yuqori molekulali oqsillar bilan bog'langan bo'lib, ular ingichka ichakka reabsorbtsiya qilinmaydi. Mis bilan bog'langan yuqori molekulali oqsillar ularni ingichka ichakka so'rilishiga to'sqinlik qiladi. **Patogenez.** Kasallik rivojlanishi patogenezida asosiy o'rinni qabul qilingan mis miqdori bilan uning ekskretsiyasi balansiga bog'liq bo'ladi. Vilson kasalligida misni to'planishi uning o't suyuqligi bilan chiqarilishi kamayishi asosan lizasomal fraktsiya hisobiga bo'ladi va jigarga misni to'planishiga olib keladi. Mis ekskretsiyasini kamayishini Vilson kasalligi geni defitsiti bilan bog'liq. Ushbu gen misni Goldji apparatiga transportini va o't suyuqligiga ajralishini taminlaydi. Shuning hisobiga misni apotseruloplazminga birikishi buziladi, bu o'z navbatida tseruloplazminni qon zardobiga kamayishiga olib keladi. Tseruloplazmin tarkibida mis saqlaydi uni qondagi mis hisobiga to'ldirib turadi va bu modda eritropoezda ishtirok etadi. Bu moddani irsiy yetishmovchiligi qon zardobida mis mikroelementini ortishiga sabab bo'ladi va asosan ko'zda sariqlik rivojlanadi hamda yashil halqa hosil bo'ladi. Bunda jigar shikastlanib, tsirroz rivojlanadi va ikkilamchi bosh miya zararlanadi (chechevitsasimon yadroda distrofik o'zgarishlar). Ekstrapiramidal rigidlik,

giperkineziya kuzatiladi. Bulbar soha va miyacha faoliyati buziladi, ruhiyat va nutq o'zgaradi, bular jigarni shikastlanish belgilari bilan birga keladi.

Misning toksik tasir mexanizmi. Mis prooksidant sifatida erkin radikallarni katalizlaydi va lipidlarni peroksidlanishini kuchaytiradi. Bu plazmatik membrana va mitoxondriyalar membranasi funksiyasini buzadi, lizasomal fermentlar hujayraga chiqadi, DNK va oqsillar funksiyasi buziladi, antioksidantlar glutation va Vitamin E miqdorini kamayishiga olib keladi. Lipidlarni peroksidlanishi natijasida hosil bo'lgan malonovoy dialdegid kollagen sintezini kuchaytirib, fibrogenezga olib keladi. Misning shox (rogovitsa) parda destsemet membranasi to'planishi Kayzer-Fleysher halqasini paydo bo'lishi bilan namoyon bo'ladi (110 surat).



Kayzer-Fleysher halqasi

110 surat

Vilson-Konovalov kasalligi uchun xos.

Klinik holat: Bemor S. 25 yoshda kasalxonaga tushganda umumiy holsizlik, xotirasining susayishi, kunduzlari uyqu bosishi, gapirishda tormozlanish, qo'llari titrashi hisobiga husnixatni buzilishi, davriy ravishda burundan qon ketish, oyoqlarda shish borligi va quruq yo'talga shikoyat qildi. O'zini bemor deb 2011 yildan buyon hisoblaydi va O'RVI o'tkazgandan so'ng teri qoplamlarida sariqlik paydo bo'lgan. Bemor kasalxonada gastroenterologiya bo'limiga yotqizilib, jigar tsirrozi, portal gipertenziya sindromi, astsit tashxisi qo'yildi. Bemorga gepatoprotektorlar bilan birga 300 mg prednizolon, infuzion terapiya tavsiya qilindi va bemorning ahvoli yaxshilanib kasalxonadan chiqarildi. Keyinchalik bir necha marta kasalxonaga yotib chiqdi va gepatoprotektorlar bilan birga diuretiklar ham berildi, ahvoli biroz yaxshilandi. 2011 yildan 2012 yilgacha doimo prednizolon 30 mg tabletkada qabul qilib turdi va dozasi sekin asta kamaytirilib to'liq garmondan chiqarildi. 2011yilda ALAT fermentining faolligi 122 bir/l gacha, AsATning 118 bir/l, IF-549,4 bir/l, GGTP-133 bir/l, umumiy bilirubin 47 mmol/l oshganligi, tseruloplazmin 0,072 gacha, trombotsitlar 40000 gacha, leykotsitlar 1,8 minggacha pasayganligi aniqlandi. Neytrofil tsitoplazmasiga, kardiolipinga, mitoxondriyaga qarshi antitela manfiy natija berdi. 2013 yil oktyabrda son suyagi boshchasi aseptik nekrozi tufayli chap tos-chanoq bo'g'imida endoprotez qo'yildi. Operatsiya vaqtida qon yo'qotilganligi tufayli 600 ml eritrotsitar massa va 600 ml plazma quyildi. Endokrinologda gipotireoz II daraja bilan hisobda bo'ldi.

Menstrual tsikli buzilgan. Yil davomida ahvoli og'irlashib bordi, gapirish qobiliyati va xotirasi susayib bordi. Kasallik tarixi o'rganilganda bolaligidan talog'i kattalashgan.

Ko'zdan kechirganda holati o'rta og'irlikda, terisi rangpar, tomir yulduzchalar mavjud, tili nam, toza. O'pkada vezikulyar nafas, pastki qismlarda susaygan nafas. Yurak tonlari bo'g'iq, ritmik, yurak urishi 90 marta, AQB 110/70 mm.sim.ust.teng. qorin yumshoq, o't qopi proektsiyasida biroz og'riq, jigar qovurg'a yoyi ostida, taloq +3 sm. Najas kuniga 1 marta o'zgarishsiz. Tizzaning yuqori uchligigacha oyoqlarida shish bor. Peshobi siydik haydovchi vositalar bilan doimiy bir xil.

O'tkazilgan tekshiruvlar; Qon tahlili-eritrotsitlar 4 ming, leykotsitlar 1,8 ming, gemoglobin 122 g/l, eritrotsitlar 4,2 mln. Qonning bioximyoviy tahlili; umumiy oqsil 52,7 g/l, bilirubin 47,2 mmol/l (to'g'ri-27,9 va noto'g'ri 19,3), AlAT-70, AsAT-118. GGTP-109, IF-159 bir/l gacha oshgan va tseruloplazmin 0,072 g/l pasaygan. Koagulogrammada protrombin indeksi 45% (1,79), tromboplastin vaqti qisman faollashgan, fibrinogen 1,82 g/l.

UTT-gepatosplenomegaliya, jigarda diffuz o'zgarishlar (Tsirroz belgilari). O't tosh kasalligi, surunkali pankreatit, kichik toshda suyuqlik.

Okulist xulosasi– Kayzer-Fleysher halqasi, EFGDS 3 darajali qizilo'ngach venalari kengayishi, yuzaki gastrit, bulbit.

Portal tizimni rangli doplerografik tekshirish-darvoza venasi postromboflebit kasalligi, qisman rekanalizatsiya, Portal gipertenziya.

Bosh miyaning MRT xulosasi-gepatotserebral distrofiya, unchalik rivojlanmagan tashqi gidrotsefaliya.

Yuqoridagi klinik, laborator, instrumental tekshiruvlar asosida tashxis qo'yildi.

Vilson-Konovalov kasalligi aralash shakli. Jigar tsirrozi, Chayld-Pyu bo'yicha B klass. Portal gipertenziya sindromi. Qizilo'ngach venalari kengayishi 3 daraja. Splenomegaliya gipersplenizm bilan. Bosh miyaning rigid ataksik zararlanishi. O't tosh kasalligi. Surunkali pankreatit remissiya davri. Surunkali yuzaki gastrit remissiya davri. Duodenit remissiya davri.

Davo rejasi: D-penitsilamin (kuprenil) 250 mg X 1 m/k, keyinchalik doza 250 mgdan 1 gr oshirildi. Vitamin B1 va B6 m/o. Bemorda patogenetik terapiyaga qaramasdan 2 hafta davomida bemorning ahvoli og'irlashdi.

Bemorda umumiy holsizlik kuchaydi, o'ng qovurg'a ostida og'riq paydo bo'ldi. Bemorning siydigi bilan sutkada 492 mkg mis chiqdi (N-2-80mkg). 2 hafta o'tgandan so'ng bemorning ahvoli yaxshilandi. Holsizlik kamaydi, gapirishlari biroz yaxshilandi, misning siydik bilan chiqishi 38 40 mkg ga etdi (N-2-80 mkg).

Qayta qon tahlili olinganda trombotsitlar soni 52. ming g/l gacha, leykotsitlar 2 ming gacha, eritrotsitlar 4,3 mlngacha aniqlandi. Bioximik tahlillar umumiy oqsil-52,3 g/l, umumiy bilirubin 23 mkmol/l, AlAT 40 bir/l, AsAT-50 bir/l.

Xulosa: Vilson –Konovalov Kasalligi kam uchrovchi kasallik, mis to'planishi bilan kechadi. Bemorlar qonida aminotransferazalar miqdori ortishi bilan kechadigan, psixonevrologik simptomlar rivojlangan va titrash, o'zini tutishini

o'zgarishi, nomalum etiologiyali jigar yetishmovchiligi bilan kechsa, surunkali gepatit va tsirroz bilan kasallanganlarni ushbu kasallikka tekshirish lozim.

Jilber sindromi

Jilber sindromi yaxshi sifatli tug'ma funktsional giperbilirubinemiya, irsiy kasallik. Bog'lanmagan bilirubin miqdorining oshishi bilan kechadi. Bu holat bilirubin almashinuvida qatnashuvchi fermentni kodlovchi gen mutatsiyasi natijasida yuzaga chiqadi. Sariqlik jigar shikastlanish belgilarisiz rivojlanadi. Bunda o't suyuqligini chiqarish yo'llari yopiladi va gemoliz bo'ladi. Bu irsiy kasallik bo'lib, glukuroniltransferaza fermenti aktivligi pasayishi (meyordan 30% past) yoki yetishmasligi hisobiga bilirubin almashinuvi buziladi. Autosom dominant yo'l orqali avloddan avlodga o'tadi., jigarda hech qanday funktsional va morfologik o'zgarishlar bo'lmaydi. Ko'proq erkaklarning o'smirlik davrida uchraydi. Bazi bir avtorlar (Strassburg C.P) malumotlariga ko'ra yevropa davlatlarida 3-9 % aholida Jilber sindromi uchraydi.

Kasallikni qo'zg'atuvchi omillar bo'lib, endogen omillardan bilirubin almashinuvida qatnashuvchi fermentni kodlovchi gen mutatsiyasi natijasida yuzaga chiqib, glukuroniltransferaza fermenti aktivligi pasayishi hisoblanadi. Ekzogen omillardan ochlik, jismoniy zo'riqish, alkagol va toksik moddalar tasiri, uzoq muddat dori moddalar qabul qilish va hamroh kasalliklar hisoblanadi.

Kasallik simptomlari; tez charchash, holsizlik, bosh aylanishi, uyqusizlik, uyquning buzilishi, o'ng qovurg'a ostida noxush holat, skleraning har xil darajada sarg'ayishi (jismoniy zo'riqishda, spirtli ichimliklar istemol qilganda, yuqumli kasalliklardan keyin terida qichish bo'lmaydi), o't qopi va yo'llarida toshlarni hosil bo'lishi kabi simptomlar bezovta qiladi. Kam holatlarda dispepsiya, ishtahaning yo'qligi, og'izda nordon tam, kekirish, achishish, ko'ngil aynishi, kam holatlarda qusish, kabziyat yoki ichini suyuq o'tishi, tez-tez o'tishi, qorinda dam bo'lishi, o'ng qovurg'a ostida bo'g'iq, tortiluvchan og'riq kabi simptomlar bezovta qiladi. Og'riq asosan dieta buzilganda, yog'li, o'tkir taomlar istemol qilganda hosil bo'ladi. Bazan jigar kattalashganligi aniqlanishi mumkin. Xuruj asosan dieta buzilganda, yog'li, o'tkir taomlar, spirtli ichimliklar, anabolik steroidlar, jinsiy garmonlar, glyukokortikoidlar, antibiotiklar, nosteroid yallig'lanishga qarshi dori vasitalar istemol qilish, stress, jismoniy zo'riqish, travma, operatsiyalar, virusli infeksiyalar, gepatitlar kasallik qo'zg'alishiga olib keladi.

Diagnoz umumiy bilirubin 21-51 mmol/l gacha oshishi mumkin. Meyorda umumiy bilirubin 5,1-17,1 (8,6-20,5) mmol/l, Bog'langan 1,7-5,1 mmol/l, Bog'lanmagan 3,4-12 mmol/l

Jilber sindromida maxsus diagnostik probalar o'tkziladi-ochlik sinamasi; 48 soat ichida bemor kam kalloriyali (sutkada 400 kkal) dieta qilsa bilirubin miqdori 50-100% ga oshadi. Bilirubin nahorda va 2 sutkadan so'ng aniqlanadi. Fenobarbital sinamasi-bu modda istemolidan so'ng glyukuroniltransferaza fermenti faolligi oshib, bilirubin miqdori kamayadi.

Asosiy diagnostik kriteriyalari:

-Kuchli namoyon bo'lmaydigan, xronik intermitirlovchi sariqlik kuzatilib, jismoniy zo'riqqanda, asabiylashganda dieta buzilganda, yog'li, o'tkir taomlar,

spirtli ichimliklar, anabolik steroidlar, jinsiy garmonlar, glyukokortikoidlar, antibiotiklar, nosteroid yallig'lanishga qarshi dori vasitalar istemol qilish, stress, jismoniy zo'riqish, travma, operatsiyalar, virusli infeksiyalar, gepatitlarda sariqlik kuchayadi.

-Kon'yugatsiyalanmagan fraksiya hisobidan giperbilirubinemiya kuzatiladi.

-Bemor qarindoshlarida ham shu fraksiya hisobidan giperbilirubinemiya kuzatiladi.

-Fenobarbital bilan davolanganda bilirubin normaga tushadi.

Jilber sindromi va tug'ma gemolitik anemiyani qiyosiy tashxislash.

Jilber sindromi -Birlamchi belgilarning paydo bo'lish vaqti -11-30 yoshgacha, Splenomegaliya-kam hollarda, Gepatotsitlarda to'planadigan fer Fenobarbitalning samaradorligi ment-lipofuztsin, Fenobarbitalning samaradorligi-samarali.

Glukuroniltransferaza fermenti faolligi pasayishi xarakterli.

Tug'ma gemolitik anemiya- Birlamchi belgilarning paydo bo'lish vaqti -10 yoshgacha, splenomegaliya-doimiy bo'ladi. Anemiya-xos, mikrosferotsitoz-xos, eritrotsitlar yashash muddati-kamaygan, eritrotsitlarning osmotik rezistentligi, pasaygan, o't yo'llarida toshlar-ko'p kuzatiladi, gepatotsitlarda to'planadigan ferment- gemosiderin, fenobarbitalning samaradorligi-samarasiz.

Dabin – Jonson sindromi

Dabin – Jonson sindromi –enzimopatik (fermentopatik) sariqlik bo'lib, kam uchraydigan gepatozlar guruhiga kiradi va bog'langan bilirubinni gepatotsitlardan o't kapilyarlariga ekskretsiyasini buzilishi bilan kechadigan patologik jarayon. Bu o'z navbatida bilirubinni regurgitatsiyasiga olib keladi, yani qayta so'riladi. Buning sababi gepatotsitlar kanalchalarida ATF ga tovbe transport tizimini irsiy defektidir (postmikrosomal gepatotsellyulyar sariqlik). Bunda bo'yoqlar (kraskalovchilarni) ni ekskretsiyasi susayadi (sulfbromftalein natriy), temir saqlamaydigan gepatotsit pigmentlari, o't qopida patologiya bo'lmaydi. Bilirubinni gepatotsitlarga tutilishini sababi adrenalin metabolizmi bilan bog'liq bo'lib, bilirubin bilan melanin to'planib qoladi. Keyinchalik melanozli gepatoz rivojlanadi.

Adabiyotlarda yozilishicha **Dabin-Djonson sindromi** eron yevrelari orasida ko'proq tarqalgan bo'lib, 1:1300 kishiga to'g'ri keladi. Tez-tez oilalarda uchrab va qaytalanib turadigan sariqlik. Bemorlarning 60% protrombin miqdori kamayib ketadi, bu VII omilning pastligi hisobiga bo'ladi. 70% bemorlarni yoshlar tashkil qiladi va qolgan foiz 50 yoshdan keyin.

Dabin-Djonson sindromi irsiy kasallik bo'lib autosom retassiv yo'l orqali irsiylanadi. Gen defekti organik anionlarni transport qiluvchi ion kanallarini genining (cMOAT) mutatsiyasi natijasida yuzaga keladi. Shuning natijasida bilirubin hamda organik anionlarning gepatobiliar transporti buziladi. Bog'langan bilirubin fraktsiyasi miqdori qonda oshadi va bog'langan bilirubin suvda yaxshi eriganligi uchun siydikda bilirubinuriya kuzatiladi. Bog'langan bilirubin miqdori 0,3 mg/l (5,2 $\mu\text{mol/l}$) va umumiy zardob bilirubini 2,0 mg/l (34,2 mmol/l) oshsa konyugatsion sariqlik deb aytamiz (yoki tog'ri bilirubin fraktsiyasi 15% dan oshsa umumiy zardob bilirubinidan, bu 2,0 mg/l oshadi).

Dabin-Djonson sindromida jigarning rangi yasil qo'ng'ir rang yoki jigarrang qoramtir tovlanadi va yuzasida qora dog'larni ko'rish mumkin. Bu tirozin, triptofan va fenilalanin sekretsiyasini buzilishi bilan bog'liq. Taloqda ham pigment to'planadi. Gepatotsitlar va Kupfer hujayralari qora pigment bilan to'lgan, lipofutsin bilan kraskalaganda yaxshi ko'rinadi. Pigmentlar lizasomalar bilan bog'langan qattiq tanachalarda topiladi. Lizasomalar notekis, kattalashgan, yog'bosgan, membrana bilan bog'liq. Bemorlarda sariqlik sindromi doimiy bo'lib, ko'pincha teri qichishi bilan namoyon bo'ladi. Kasallik yillar davomida simptomsiz kechishi mumkin. Ko'pincha yosh erkaklar kasallanadilar. Kasallangan jigar bilirubinni, bromsulfaleinni, xoletsistografiya uchun kontrast moddalarni ekskretsiya qilmaydi. Shu sabab bilirubin miqdori meyordan ortiq, bromsulfalein proba, ishqoriy fosfatazi miqdorlari o'zgaradi. Bemorlarda tekshiruv vaqtida o't qopi soyasi ham ko'rinmaydi kontrast modda ekskretsiyasi buzilishi munosabati bilan. Alohida tekshirganda bog'langan bilirubin miqdori qonda ko'paygan bo'ladi, shu munosabat bilan bilirubinuriya kuzatiladi.

Asosiy tashxislash mezonlari:

- Ko'pincha erkaklarda uchraydi
- Birinchi klinik belgilari tug'ilgandan to 25 yoshgacha namoyon bo'ladi.
- Asosiy belgisi surunkali kuchli namoyon bo'lmagan sariqlik.
- Sariqlik tez charchash, ko'gil aynishi, ba'zan esa qorinda og'riq bilan namoyon bo'ladi. Bemorlarda umumiy simptomlar-charchash, holsizlik, o'zini yomon his etishi, dispepsiya-yomon ishtaha, ich suyuq o'tishi, o'ng qovurg'a ostida og'riq, kolika, tana harorati ko'tarilishi bo'ladi. Bemorlar tomoqlari qizargan bo'ladi.

- Jigar 1-2 sm kattalashishi mumkin
- Siydik rangi to'q rangda, bilirubinuriya kuzatiladi.
- Ko'p bemorlarda kattalashmagan, qonda asosan konyugatsiyalangan fraksiya oshgan bo'ladi.
- Qon tahlilida o'zgarish bo'lmaydi.

Albatta qilinadigan laborator tekshiruvlar.

Umumiy qon tahlili

Umumiy peshob tahlili

Qonda bilirubin aniqlanadi-bog'langan ko'payadi

Siydikda bilirubin

Fenobarbital bilan proba-fenobarbital qabul qilganda bilirubin kamayadi.

Qonda fementlar aniqlanadi (AcHT,AlAT, GGTP,ShF) biroz ko'payadi

Bromsulfalein proba-zardobda miqdari kopayadi egri chiziq chizganda 45 min. ga nisbatan 90 min.ga

Koproporfirin miqdori sutkalik siydikda o'zgarmaydi

Koproporfirinni I tip izomeri sutkalik siydikda ko'paygan.

Ko'rsatmaga qarab qilinadigan laborator tekshiruvlar.

Virusologik tekshiruv Gepatit B,C,D va h.k.

Instrumental tekshiruvlar (jigar, taloq, o't qopi, o't yo'llari UTTsi)

Peroral va vena ichida kontrast yuborib xoletsistografiya o'tkazish (kasallikda o't qopiga kontrast tushmaydi)

Ko'rsatmasiga qarab ;

Punktsion biopsiya (jigar hujayralariga xarakterli pigmentlarni topish uchun)

Diagnostik laparaskopiya (jigarni qora rangga bo'yalishi aniqlanadi)

Diferentsial diagnoz sindron Krigler-Nayar, Jilber, Rotor, virusli gepatit, surunkali gepatit, xolestatik sindrom, mexanik sariqlik, jigar tsirrozi va b.k) bilan o'tkaziladi. Diagnostikada bromsulfalein sinamasi va boshqa funksional sinamalar, kasallikni oilaviy xarakterga egaligi, kasallikni boshlanishi (bolalikdan, osmirlik davrida), laparaskopiya, punktsion biopsiya va h.k. lar yordam beradi.

Rotor sindromi

Rotor sindromi– irsiy pigmentli gepatoz bo'lib, kasallik rivojlanish xuddi Dabin – Jonson sindromiga o'xshash bo'lib, engilroq kechadi faqat gepatotsitlarning bilirubinni ekskretor funksiyasi yengilroq namoyon bo'ladi. Farqi shundaki, bromsulfalein sinamaga 2 marta manfiy natija beradi yani bo'yoqlar konsentratsiyasi oshmaydi. Xoletsistografiyaga o't qopi ko'rinadi, qora dog'lar jigar hujayralariga hosil bo'lmaydi. Morfologik tekshirganda jigarda yog'li distrofiya belgilarini ko'rish mumkin. **Rotor sindromida** - qonda bog'langan bilirubin miqdorini biroz ortishi hamda siydik bilan koproporfirinni ajralishi bilan kechib, jigar fermentlari faolligi buzilmaydi. Bunda jigarda boshqa o'zgarishlar bo'lmaydi. **Rotor sindromi** irsiy kasallik bo'lib autosom retsesiv yo'l orqali irsiylanadi va kasallik bolalikdan rivojlanadi. Kasallik klinikasi ko'pincha simptomsiz kechadi, yuzaga chiqishi sariqlik sindromi bilan namoyon bo'ladi. Dabin-Jonson sindromida bromsulfaleyin sinamasini ekskretsiyasi buzilsa Rotor sindromida uni jigar hujayralarida yutilishi buziladi. Rotop sindromida lidofenin bilan tekshirganda jigar, o't qopi, o't yo'llari ko'rinadi.

Asosiy tashxislash mezonlari:

- Kuchli namoyon bo'lmaydigan, surunkali sariqlik.
- Subektiv shikoyatlari aniq bo'lmaydi.
- Jigar normal o'lchamlarda
- Kon'yugatsiyalangan fraksiya hisobiga giperbilirubinemiya.
- Davriy ravishda siydikda bilirubinuriya kuzatiladi.
- Qon tahlilida va jigar sinamalarida o'zgarish bo'lmaydi.
- Jigar biopsiyasida normal gistologik ko'rinish bo'lib, pigment to'planishi aniqlanmaydi.

Portal gipertenziya

Portal gipertenziya-jigar sindromi bo'lib, darvoza venasidan qonni jigarga o'tishining buzilishi hisobiga yani tashqaridan va ichkaridan v. portani berkilishi yoki siqilishi va unda bosimning oshishi, bilan xarakterlanadi.

Etiologiya va patogenezi. Portal tomirlarda qon aylanishi buzilishi 3 guruhga bo'linadi: jigar ichi (sinusoidal), jigar osti (postsinusoidal), jigar usti (presinusoidal). Darvoza venasida qon aylanishining buzilishi qiyinlashuvi virusli

yoki alkogolli jigar tsirrozida, shuningdek Vilson-Kanavalov kasalida kuzatiladigan jigar tsirrozida, bo'lakchalararo yuzasida biriktiruvchi to'qima o'sganda kuzatiladi. Jigar osti guruhda darvoza venasi oklyuziyasi: devor yallig'lanishi, trombozda, o'sma bilan to'silganda, kattalashgan limfa tugunlarida (limfagranulematoz va leykozlarda), kamroq hollarda esa shistozomoz, sarkoidozda kuzatiladi. Jigar osti guruhda jigar venalari oklyuziyada, Badda-Kiari sindromi kiradi.

Klinik ko'rinishi

Portal gipertenziya klinikasida-klinik triada kuzatiladi:

1. Kollateral venoz qon aylanishining yuzaga kelishi;
2. Astsit
3. Taloqning kattalashuvi.

Bu triada simptomlar darvoza venasida bosim ortishi natijasida anastomozlar rivojlanishi hisobiga bo'ladi. 1. Gemoroidal vena chigallari sohasida (pastki ichak tutqichi venasi va gemoroidal venalar orasi anastomoz qon pastki kovak venaga tushishi qiyinlashadi) buni hisobiga gemoroidal venalar kengayadi.

2. Qizilo'ngach- Me'da venasi chigali sohasi (chap Me'da venasidan qizilo'ngach chigali va yarimtoq venadan yuqori kovak venaga. Buni hisobiga qizilo'ngach pastki venalari varikoz kengayishi kuzatiladi. 3. Qorin bo'shlig'i venalari bilan anastomoz qiluvchi kindik atrofi venalari va qorin devori, diafragma venasi, bular qonni yuqori va pastki kovak venaga olib kelishi kerak. Buni buzilishi hisobiga kindik atrofi venalari (Meduza boshi simptomi) va boshqa qorin devori venalari kengayishi, tomir yulduzchalar kabi o'zgarishlar yuzaga keladi. Astsitning yuzaga kelish sababini quyidagicha tushuntirish mumkin; 1-qorin bo'shlig'idagi venalarda bosim ortishi hisobiga qonni zardobi qorin bo'shlig'iga chiqadi. 2-qonning onkotik bosimi pasayadi, chunki jigarda albuminlar sintezi pasayadi. Buyrak usti bezini aldosteronni ko'p ishlab chiqarilishi va jigarni antidiuretik garmonni inaktivatsiya jarayonini pasayishi hisobiga suv va natriy ko'p miqdorda saqlanishini astsit rivojlanishiga roli katta. **Bemorlarni ko'zdan kechirganda** bemorlar ozg'in, teri va teri osti yog' qatlami sust rivojlanganligi, qorinning kattalashganligini, qorin devori venalari kengayganligini, tomir yulduzchalarni, meduza boshi simptomini, kindikni bo'rtib chiqqanligini, burundan, milklardan qon ketish izlari va boshqa o'zgarishlarni ko'rishimiz mumkin. Bemorlar yotganlarida qorinlari ikala yonga kengayadi. Palpatsiyada qorinda chayqalish (fluktuatsiya) simptomi musbat bo'ladi, taloq kattalashganligini aniqlash mumkin. Perkussiyada jigar va taloq o'lchamlari haqida malumot olish mumkin.

Jigar hujayralari yetishmovchiligi

Jigarda, funktsiyasini to'laqonlik bilan bajaruvchi gepatotsitlar miqdorining kamayishi hisobiga jigar hujayralari yetishmovchiligi kelib chiqadi. Jigar yetishmovchiligi o'tkir va surunkali turlariga bo'linadi. Uch bosqich tafovut qilinadi; kompensirlangan; dekompensirlangan va terminal yoki distrofik. Uchinchi bosqichi koma bilan yakunlanadi. Jigarning o'tkir va surunkali yetishmovchiligi farq qiladi.

Etiologik omillari; jigarining o'tkir hamda surunkali yetishmovchiligiga toksik maddalar bilan zaharlanish, viruslar, o'smalar bilan zararlanishi, oqsillar va vitaminlar yetishmovchiligi, jigar tsirrozi va b.q.lar olib keladi. Tsirroz bilan kasallanganlarning 30-60% bemorlar jigar entsefalopatiyasiga sabab bo'ladigan jigar komasidan vafot etadilar. Jigar entsefalopatiyasiga olib keladigan omillar:

- alkogol;
- ovqat hazm qilish traktidan qon ketishi;
- kollaps, shok;
- dori moddalarining ta'siri;
- ko'p miqdorda oqsil qabul qilish;
- infeksiya.

Jigar komasida diurez, qusish kuchayishi hisobiga suv-elektrolit balansi o'zgaradi. Klinik ko'rinishi jigar entsefalopatiyasi, rivojlanib boruvchi astsit hamda gemoragik sindromlar, kuchayib boruvchi sariqlikdan iborat. Jigar entsefalopatiyasi-jigar o'tkir, surunkali kasalliklari yoki darvoza venalari tomirlari bilan umumiy qon aylanish sistemasi o'rtasida shunt hosil bo'lganda qonga ichaklardan toksik moddalarning o'tishi natijasida nevrologik va psixoemotsional buzilishlar bilan kuzatiladigan sindrom.

Jigar yetishmovchiligi asosida jigarining chuqur distrofiyasi va jigar hujayralari nekrobiozi yotadi. Jigardagi bunday o'zgarishlar uning detoksikatsion funksiyasini buzilishiga olib keladi, ichakda (indol skatol) va moddalar almashinuvi natijasida hosil bo'lgan toksik moddalar kollaterallardan qon aylanish doirasiga tushib organizmni zaharlaydi.

Patogenez. Jigar-hujayra yetishmovchiligida jigarining barcha funksiyalari buziladi, bu zaharlanishning kuchayishiga, qon ivish faktorlari sintez buzilganda yuzaga keladigan gemorragik sindromga, astsit rivojlanishi hamda albumin sintezi kamaygani hisobiga shish hosil bo'lishiga olib keladi. Jigar entsefalopatiyasi rivojlanishini shish hamda funktsional buzilishlariga olib keladigan azot birikmalarining organizmda saqlanib qolishi bilan bog'lashadi.

Klinik ko'rinishi. Bu kasallikning klinik simptomlariga birinchi o'rinda tsirrozga, o'limga olib keluvchi, chuqur jigar komasiga sabab bo'luvchi entsefalopatiya turadi. Jigar entsefalopatiyasining bir necha davrlari kuzatiladi:

1-davr (prodromal davr) – emotsional muhit va uyquning buzilishi, tunda uxlay olmaslik kunduzi esa uyquchanlik bilan kechadi.

2-davr – chuqur neyropsixik buzilishlar kechadi. Bunda qo'l barmoqlarining “qarsak choluvchi” (tremor) xos.

3-davr – koma oldi holat: hushning buzilishi-sopor, dizartriya, patologik reflekslar paydo bo'lishi “qarsak choluvchi” titrashning kuchayishi, Cheyn-Stoks yoki Kussmaul nafas tipining paydo bo'lishi. Og'izdan shirin-xushbo'y hid kelishi, jigar o'lchamining kichiklashuvi, teri qichishisiz rivojlanuvchi sariqlik, gemorragik sindrom, gipoalbuminemiya, tana harorati oshishi kuzatiladi.

4-davr – jigar komasi davri, arefleksiya bu davr uchun xos.

Bundan tashqari jigar-hujayra yetishmovchiligida gipoalbuminemiya, giperbilluribinemiya, shuningdek qonda protrombin va xolesterin miqdori kamayishi kuzatiladi.

Bemorlarda asosan astenonevrotik, dispeptik, sariqlik, shish, gemorragik sindronlar va isitma bezovta qiladi. Bemorlarda va asosan erkaklarda endokrin buzilish belgilarini ko'rish mumkin (moyaklar atrofiyasi, ginekomastiya, bosh sochlari, qo'ltiq osti va boshqa sohadagi tuklarning to'kilishi), bu esterogenlarni inaktivatsiyasi bilan bog'liq. Ayollarda bachadon va sut bezi atrofiyasi, menstruatsiyani buzilishi kabi o'zgarishlar bo'ladi.

Amaliy mashg'ulot 7

Jigar va o't yo'llari. Surunkali hepatitlar klinikasi, diagnostikasi.

1. Amaliy mashg'ulot o'qitish moduli.

Mashg'ulot vaqti – 4 soat	Studentlar soni: 10 dan 12 gacha
Mashg'ulot formasi	Amaliy mashg'ulot
Amaliy mashg'ulot rejasi	Jigar va o't yo'llari kasalliklari bilan og'rigan bemorlarni laborator va instrumental tekshirish usullari (xoletsistografiya, jigarni skanirlash, ultratovush bilan jigar va o't qopini tekshirish). Komp'yuter tomografiyasi. Surunkali xoletsistit va hepatitlarni simptomatologiyasi.
Amaliy mashg'ulot maqsadi:	Jigar va o't yo'llari kasalliklari bilan og'rigan bemorlarni laborator va instrumental tekshirish usullari bilan tanishish. Surunkali xoletsistit va hepatitlarni simptomatologiyasi.
O'qitish uslubi	So'rov. Bemorlarni dmonstratsiya qilish, interaktiv o'qitish uslubi, amaliy ko'nikma.
O'qitish formasi	Kichik podgruppalarida.
O'qitish jihozlari	O'quv qo'llanma, amaliy mashg'ulotlar mundarijasi, proektor, kompyuter.
O'qitish holati	Metodik jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash	Og'zaki kontrol: savol-javob, testlar, muammoli masala.

1.2. Amaliy mashg'ulot texnologik kartasi

Ish bosqichlari va vaqti.	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi	16. Auditoriya tozaligini nazorat qiladi 17. Talabalarni mashg'ulotga tayyorgarligini tekshiradi 18. Davomatni nazorat qiladi	

1.O'quv mashg'ulotiga kirish bosqichi (10 daqiqa)	1.Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash. 2.Kirish ma'ruzasi uchun taqdimot silaydalarini tayyorlash 3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish	
2 – asosiy bosqich (160 daqiqa)	1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni beradi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalanadi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalanadi 4. Davolash ishlarini olib boradi 5. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi	Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar Qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar
2-yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi

3.Talabalarning nazariy bilimlarini baholash:

A)Frontal usuli:

21. 1. Normal bilubin almashinuvini aytib bering
22. Bilirubinni aniqlashni aytib bering
23. Galaktoza va adrenalin sinamasini ayting
24. Normal protenogrammani izohlab bering
25. Oqsil cho'kma sinamalarini aytib bering
26. Timol va Formal sinamasi nima
27. Jigar mis va temir almashinuvida qanday ishtirok etadi
28. O't yo'llari va o't pufagi obzor rengenografiya va rengenoskopiya qilish
29. Splenoportografiya usulini aytib bering
30. Holegrafi nima
31. Holetsistografiya nima
32. Radiostop tekshirish usulini aytib bering
33. Exografiya nima
34. Jigar biopsiyasini aytib bering
35. Loparaskopiya nima
36. Skanerlash nima
37. Jigar va o't yo'li kasalliklarini aniqlashda kompYuter tomografiyasining roli
38. Surunkali xoletsestitlarning etiopatogenezi
39. Surunkali xoletsestitlarning klinikasi
40. Surunkali xoletsestitlarning klinik va diagnostikasi

“Miya shturmi” usuli **Asosiy qoidalari:**

- G'oya paydo bo'lishiga halaqit beruvchi kamchiliklarni aytmaslik

- G'oyalar va fikrning yuksakligi, chunki g'oya qanchalik noodatiy bo'lsa, shunchalar u yaxshi
 - Ko'p takliflarni qabul qilish
 - G'oyalar kombinatsiyasi va ularning rivojlanishi
 - Fikrni argumentatsiyasiz lo'nda qilib taqdim etish
 - Gruppani ikkiga bo'lish: fikr generatorlari va fikrni analiz qiluvchilarga
- Bu usul g'oya va fikrlarni argumentatsiyalashni, o'zining shaxsiy fikrini, har qanday holatlarda optimal yechim topishga sharoit yaratadi.

Autoimmun gepatit

Autoimmun gepatit (AIG) jigarning noma'lum etiologiyali surunkali kasalligi bo'lib, periportal yoki keng doiradagi yallig'lanish bilan xarakterlanadi va yaqqol manzarali gipergammaglobulinemiya hamda zardobda keng spektrli autoantitelolar paydo bo'lishi bilan namoyon bo'ladigan kasallik.

Kasallanish ayol va erkaklar orasidagi nisbat 8:1, ilk alomatlari

10 va 20-30 yoshlar oralig'ida namoyon bo'la boshlaydi va ikkinchi avj olish davri menopauzadan so'ng bo'ladi.

Autoantitelolar spektriga bog'lig ravishda tavofut etiladi

1- tipdagi AIG (85%)

2-tipdagi AIG (15%)

Epidemiologiya. AIG tarqalishi Yevropa va Shimoliy Amerikada 0,1 dan 1,9 tagacha 100000 aholiga to'g'ri keladi. Yevropa va Shimoliy Amerika statistlari malumotlariga ko'ra surunkali gepatit bilan kasallanganlarni 20% ni autoimmun gepatit tashkil qiladi. Bu ko'rsatgish Osiya va Afrikada kamroq % ni tashkil qiladi, buning sababi balkim chuqur tekshirmaslikdir. Yaponiya davlatida surunkali gepatitlarni 5% ni AIG tashkil qiladi.

Etiologiya. AIG uchun immun jarayonlarni boshqaruvchi (MNS; NLA insonda) hujayra nomutanosibligini qator antigenlar bilan bog'liqligi xarakterlidir. Birinchi qatorda AIG ga moyillik HLA B8 va DR3 gen allelarida. DR3*0101 gomezotali kishilarda kasallanish darajasi **AIG I tipi bilan** 4,2 dan 14,7% gacha.

Kortikosteroidlar bekor qilingandan so'ng HLA-DR3- pozitivli kishilarda barvaqt boshlanib, og'ir kechish va tez-tez qaytalanib turish xarakterli. A1, B8 va DR3 allelli genlar avloddan avlodga tez irsiylanadi. P.L. Bittencourt va hamkasblari (2001) diqqatni genga bog'liq holda irsiylanish HLA III klass allellari TNF A*2 allel varianti DRB 1*0301 bilan bog'liqligini takidlaydi.

AIG II tipi rivojlanishi kam tarqalganligi uchun kam o'rganilgan. AIG II tipi HLA DR3, DQ2, B14, C4AQ0 Buyuk Britaniya va Amerikada o'tkazilgan tadqiqotlar DRB50101 - DRB11501 rol o'ynashini ko'rsatdi. Antigenlar bilan birga transkripsion omil ham rol o'ynaydi. Bunda I tip autoimmune boshqaruvchi(AIRE-1), AIRE-1 ayrisimon bezida, limfa tugunlarni parakortikal va miya moddasi, taloqda, homila jigarida ekspressiya qilinadi. AIRE-1 immunologik tolerantlikni shakllanishiga va uni quvatlab turishiga qatnashadi.

AIRE-1 defekti autoimmun poliglandulyar sindrom rivojlanishiga olib kelishi tasdiqlangan va uning komponenti 10-20% holatlarda AIG. Bunday transkripsion omil mutatsiyasi jigarni autoantigenlariga tolerantlikni yo'qolishiga olib keladi

Bu omillar to'gridan to'gri etiologik omil bo'lib hisoblanmasada AIG rivojlanishiga start beruvchi omildir. Ko'pchilik kuzatuvlar shuni ko'rsatdiki virusli gepatit A,B,S, herpes (HHV-6 va HSV-1) va Epstein-Barr viruslari yuqtirgandan so'ng AIG rivojlangan. Virusli infeksiyani AIG rivojlanishiga roli ikki tomonlama deb qarasa bo'ladi. Bir tomondan virus organizmga tushgandan so'ng tsitokinlar va ИФН α ishlab chiqarilishi kuchayadi, bu gepatotsitlarda HLA I, HLA II sinfini ekspressiyasini kuchaytiradi. Xuddi mana shu HLA II antigen hujayra rolini o'ynaydi. Infeksiyaning kechki fazalarida spetsifik hujayra va gumaral immun mexanizmlar ishga tushadi. Chunki ko'pchilik viruslar inson oqsiliga oxshash antigen xususiyatiga ega oqsil ishlab chiqaradi va bunga javoban antitana va T-limfotsitlar bemalol ushbu oqsillar bilan reaksiyaga kirisha oladilar. Malum sharoitlarda viruslar epitopi va autoepitoplar oxshashligi malum bir sharoitlarda autoreaktiv immunkompetent hujayralarni faollashiga olib keladi. Tolerantlik holatida meyorda autoantigenlar kichik konsentratsiyalarda autoreaktiv T xelperlarni quvvatlab turadi. Infeksiyon agent CD2, CD28, LFA-1ni ekspressiyasini chaqirib autoreaktiv T xelperlarni faollashuviga olib keladi. Faollashgan autoreaktiv limfotsitlar autoepitoplar bilan (gepatotsit, biliar epiteliy hujayralari) tasirlanish (reaksiyaga kirishish) xususiyatiga ega. B hujayrali epitoplar tolerantlikni uzilishiga olib kelishi mumkin va bu mexanizm boshqacha. Ko'pchilik autoreaktiv B limfotsitlar faol bo'lmasligi mumkin lekin, T xelperlar bilan tasirlanib, antigenning past konsentratsiyasiga ham tolerantlik halatiga bo'lishi mumkin yoki yashirin epitoplarni tanish xususiyatiga egadir. Tashqi tasirlar natijasida stimulyator vazifasini tolerantlik holatidan chiqib autoepitop va T-xelperlar o'ziga oladi va B limfotsitlarni faolashtiradi. O'zida 33 aminokislota qoldig'ini saqlovchi peptid tsitoxrom P 450 2D6 (CYP2D6) sostaviga kiradi. Ushbu peptid asosiy autoepitop deb qaraladi va bunga T-limfotsitlar sensibilizatsiyalangan. Bular AIG-2 turida gepatotsitlarni shikastlash xususiyatiga ega. Ushbu peptidning strukturasi 1 tip (HSV-1) oddiy herpes IEP-175 virus oqsili bilan oxshash.

Viruslardan tashqari immunopatologik jraynarni uhtiruvchi tashqi muhit omillari ham rol o'ynaydi, jumladan dorimoddalarni reaktiv metabolitlari. Dori moddalar va viruslar bilan kuchaytirilgan I va II fazadagi dori moddalar metabolizm fermentlari CYP va UDF-glyukuroniltransferaza 1 autoimmun reaksiya nishoni hisoblanadi. Demak har xil agentlar autoimmun jarayonlarda sabab bo'lishi mumkin va bilar molekulyar nishonlarga qarshi yo'naltirilgan.

AIG 1 tipda antinuclear autoantitana 70-80%, silliq mushaklarga qarchi antitana 50-70%, kam bo'lmagan holatlarda atipik antineyetrofil tsitoplazmatik antitana p-tipi (pANCA) 60% bemorlatda tsirkulyatsiya qilib yuradi.

AIG 2 tipda jigar va buyrak mikrosomalariga qarshi (antiLKM-1) autoantitana 100% bemorlarda topiladi. Bazanda anti LKM-3 va jigar tsitozol protein anti LC-1 bilan birga qo'shilib keladi.

AIG 3 tipda eruvchan jigar (anti SLA) va jigar pankreatik (antiLP) antigenlariga qarshi antitanasi mavjud. Bu tip kam ajratiladi va AIG 1 pod tipi hisoblaydilar, chunki AIG-1 tip bilan klinik kechishi va ANA va SMA serologic markerlarini uchrash chastotasi 74% holatlarda uchraydi.

AIG da ANA geterogen xarakterda ega bu bir va ikki zanjirli DNK, ribonukleoproteib, transport RNK, gistonlar, tsiklin A va boshqa yadro komponentlari bilan bog'liq. Umuman olganda immunsupressiv terapiya o'tkazilganda ANA va SMA yo'qoladi. AIGda ASGP-R day CYP2D6 autoepitoplariga T limfotsitlar sensibilizatsiyasi topilgan. Shunga o'xshash sensibilizatsiyalashgan limfotsitlar AIG-2 bilan kasallangan bemorlar jigarini yallig'lanish infiltratlariga topilgan. Bu limfotsitlarning 85% fenotip CD4+CD8-tashib yuradi va γ -interferon, interleykin-4 ishlab chiqaradi. Bu T-xelpelni 1 tip subpopulyasiyasi dalolat beradi.

Shunday qilib, AIG patogenezi asosida quyidagi mexanizmlar yotadi;

Autoimmun jarayonlar kelib chiqishiga genetik moyillik (limfotsitlar autoreaktiv klonlari ustidan immunologik nazoratni susayishi)

Noanik omilning hal qiluvchi ta'siri .

Jigar autoantigenlari va II sinf HLA ning yuqori darajadagi ekspressiyasi

T- va B-limfotsitlarning autoreaktiv klonlarini aktivatsiyasi

Yallig'lanish mediatorlari va jigar to'qimasi jarohati, tizimli yallig'lanishni taraqqiy qilishi.

AIG klinik manzarasi

Klinik ;

- 1 – darmonsizlik
- 2 – artralgiya
- 3 – sariqlik
- 4 – anoreksiya
- 5 – ko'ngil aynishi
- 6 – o'ng qovurg'a ostida noxush holat
- 7 – mialgiya (polimiozit)
- 8 – terida toshma
- 9 - amenoreya
- 10 - isitma

Bemorlar ko'zdan kechirilganda tomir yulduzchalar, qorin va son sohasida yorug' binafsha randagi oq chiziq (striya), terida tromdotsitlar kamayishi hisobiga gemorragik va husn buzar toshmalar, tanani kushingsimon yog' bosishini ko'rish mumkin. Palpatsiyada gepatomegaliya, splenomegaliya kuzatiladi. Bemorlarda 10-40% o'ng qovurg'a ostida jigar sohasida og'riq seziladi. Jigar tsirrozi bilan asorotlanganda portal gipertenziya va jigar entsefalopatiya belgilari yuzaga chiqadi. Perkussiyada jigar va taloqning

kattalshganligini aniqlash mumkin. Bo'g'imlar ko'zdan kechirilganda shish, qizarish ko'rish mumkin.

Rentgenologik poliartrit belgilari yani bo'g'im tirqishlari toraygan va bo'g'im yuzasida eroziyalar ko'rish mumkin.

Laborator;

- 1 – Gemolitik anemiya
- 2 – EChT oshishi
- 3 – leykopeniya
- 4 – trombositopeniya
- 5 – anemiya
- 6 – giperbilirubinemiya to'g'ri bilirubin hisobiga (2 – 10 martagacha, 83% bemorlarda)
- 7 – transaminazemiya (5 -10 gacha)
- 8 – gipoalbuminemiya
- 9 – gipergammaglobulinemiya (2 martagacha)
- 10 – Revmotoid omillar oshadi
- 11 – Ishqoriy fosfotaza biroz oshgan
- 12 – immunoglobulin G (IgG) miqdori oshishi
- 13 – α fetoprotein miqdori oshishi

AIG asorotlari; Limfaadenopatiya, pnevmonit, fibrozlovchi alveoli, plevrit, miokardit, tireoidit xosimoto (10-13% bemorlarda), glomerulonefrit, tubulointerstistial nefrit, shegren sindromi, yarali kolit, qandli diabet, gemolitik anemiya, idiopatik trombositopeniya, gipereozinofil sindrom rivojlanadi.

Teridagi asorotlar qizil yassi lishay, allergik kapilyarit, qo'l va oyoqlarda tomirli yaralar, gemorragik vaskulit, psoriaz, tugunli eritema. Shilliq qavatlarda teri shilliq kandidozlar, 80% bemorlarda ektodermal to'qimalarni shikastlanishi, 30% bemorlarda ichaklarni shikastlanishu kuzatiladi.

Davosi bazis. Immunosupressiv terapiyani Glyukokortikoid terapiya – prednizolon 5mg, tasir mexanizmi tsitokinlar ishlab chiqarilishini kamaytirish maqsadida. Ftorlangan glyukokortikosteroidlardan triamtsinalon, deksametazon ishlatiladi. Glyukokortikosteroidlarni yangi avlodi budesonid bersa ham bo'ladi.

Immunosupressorlar 6 merkaptopurin qator dorilar - azatiopirin 50mg - antiproliferativ tasir qiladi. Tsiklosporin va makrolimus beriladi chunki T hujayrali immun javobni selektiv blokatori hisoblanadi. Tsiklofosfamid 1-1,5 mg/kg beriladi. **Gepatoprotektorlar** guruhi essentsial 5,0; gepamerts-10,0; **O't suyuqligini haydovchi** dori bositalari-xolenzim, allaxol, liv-52, kartsil; **Umumiy quvvatlochi V** guruh vitaminlari; **Dezintoksikatsion** terapiya-poliglyukin, reopoliglyukin, infezol, amminosol va b.q. buyuriladi.

AIG ni davolash sxemasi

1	Prednizolon	Prednizolon va azatiopirin
2	60 mg/sut - 1-hafta	Prednizolon
3	40 mg/sut - 2-hafta	30 mg/sut - 1-hafta

4	30 mg/sut – 3-4-hafta	20 mg/sut - 2-hafta
5	20 mg/sut - mg/sut – doimiy saqlab turuvchi daza	15 mg/sut – 3-4-hafta
6		10 mg/sut – doimiy saqlab turuvchi daza
7		Azatiopirin:
8	Nisbiy qarshi ko'rsatma	100 mg/sut - 1-hafta
8	Postmenopauza	50 mg/sut - 1-haftadan so'ng doimiy Qarshi ko'rsatma
10	Osteoporoz	homiladorlik
11	Diabet	tsitopeniya
12	Arterial gipertenziya	Yomon sifatli o'smalar
13	Kushingoid sindrom	Azatiopiringa qarshi ko'rsatma va nojo'ya tasirlari

Konservativ davo naf bermasa jigar transplantatsiyasi otkaziladi. 90 % bemorlar 5 yildan ko'p yashaydilar. Bu vaqtda Mikofenolat mofetil qo'llaniladi. Bu preparat transplantologiyada kuchli immunosupressor hisoblanadi. **Surunkali**

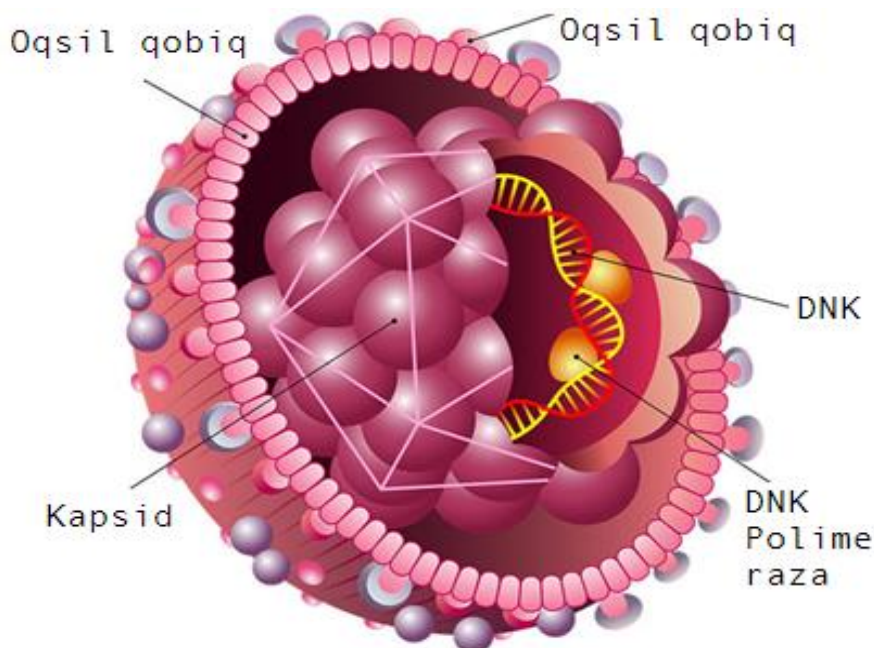
virusli gepatit

Surunkali virusli gepatit – jigarni virus etiologiyali surunkali diffuz yallig'lanishidir. Gepatit B – bu kasallik viruslar tomonidan chaqirilib, aholi orasida ko'p tarqalgan va og'ir kechadi. jigarni shikastlanishi va boshqa korinishlari bilan yuzaga chiqadi.

Epidemiologiya. Butun Jahon Sog'liqni Saqlash tashkilotining malumotlariga ko'ra yer yuzida 350 mln dan ortiq kishi gepatit B dan aziyat chekadi va asosan rivojlanayotgan davlatlarda ko'p. Bemorlarning 7 % da gepatit B bilan birga gepatit D uchraydi. Kasallik jigar, buyrakni shikastlaydi va 10% xolatlarda onkologik kasallikni chaqiradi. Har yili ushbu kasallikdan 700 000 dan ortiq kishi vafot etadi. Bemorlar antiretrovirus preparatlarini jigar transplantatsiyasi o'tkazilgunga qadar qabul qilib yuradilar. Kasallikning davolanishi qiyin bo'lib, bir necha yildan so'ng 60-80% bemorlarda jigar tsirrozi va raki rivojlanadi. B gepatiti virusi tashqi muhitga chidamli bo'lib, qurigan qon tomchisiga, lezviya, britvaga, shprits ignalarida bir hafta davomida yashaydi.

Etiologiyasi. Oxirgi yillarda virusli etiologiya asosiy e'tiborni jalb etmoqda. Asosan gepatit B va gepatit C viruslari qon quyish, zararlangan xirurgik asboblari, ignalarni ishlatish orqali, bemorlarnu tish yuvish vositalarini ishlatishda, sataroslarning asbob uskunalaridan va b.q. lardan yuqish xavfi yuqori bo'lib,

uning simptomsiz uzoq yillar tashilishi keng tarqalgan. Ayniqsa 3 turdagi viruslar ko'p tarqalgan – B, C va D. Kasallik avjida 1 ml qonda mlrd lab virus topiladi **111 surat**.



Gepatit B virusining tuzilishi **111 surat**

Yuqish yo'llari – vertikal yo'l, gemotransfuziya, xirurgik, gnekologik, stomatologik muolajalar, sartarosh ustarasi (poki), jinsiy yo'l orqali (spermatozoidlar, uyatli lab (vlagalish) shilliq suyuqligi), shprints ignalar orqali, transplantant (jigar) a'zo, so'lak, tish yuvish shyotkasi, kosmetologiyada ishlatiladigan asbob uskunalar (manikyur, pedikyur), salonlarda pirsing va tatuaj o'tkazish orqali yuqadi. Shuning uchun sartarosh va kosmetologlar xizmatidan foydalanish uchun ehtiyot bo'lish kerak. Kasallik shikastlangan teri va shilliq qavatlardan yuqadi. Inkubatsion davri 2-6 oy hisoblanadi.

Virusli hepatit B va S ning yuqtirish yo'llari xavf omillari

1. Anamnezida qon va uning preparatlari quyilganligi.
2. Narkotik moddalarni qabul qilish.
3. Jinsiy aloqalar; (anal jinsiy aloqa, jinsiy yo'l bilan beriladigan kasalliklar, anamnezida besh va undan ko'p jinsiy sheriklar, Virusli hepatit B va C tashuvchilar bilan jinsiy aloqa).
4. Igna bilan davolanganligi.
5. Gemodializ bo'limida ishlashva qon quyilganlar.
6. Jarraohlik bo'limlarida ishlash, vena ichiga in'ektsiya qiluvchilar, huqna o'tkazuvchilar, endoskopik tekshiruv o'tkazuvchilar, laborantlar va b.q.lar.
7. Umumiy gigiena anjomlarini birgalikda ishlatish xususan bemorlarnikini (britva, tish cho'tkasi, massajyor, dush va hammom anjomlari va b.q.lar).
8. Terini teshish (zirrak o'tkazish maqsadida quloqni va burunni teshish), tatiurovka.
9. Tibbiy xodimlar va tibbiyot instituti talabalari.
10. Gepatit B bilan kasallangan oila a'zolari.
11. Qamoqxona maxbuslari kiradi.

Izroillik olimlarning (Xadassa tibbiyot markazi professori Rifat Safadi va Daniel Shuval) takidlashicha kasallikning kechishi bo'yicha quyidagi shakllari mavjud;

O'tkir (sariqlik davri);

O'tkir isti (sariqsiz davri);

Subklinik;

Surunkali;

Klinikasi. Kasallik o'tkir kechadigan bo'lsa, subklinik yoki sariqsiz, xolestatik va choziluvchan shaklda yuzaga keladi. Bemorlarni so'rab-surishtirish gepatit B va C ni diagnostikasida ahamiyatli. Charchash, ko'ngil aynish, epigastral sohada og'riq, diareya, teri toshmasi muskul va bo'g'imlarda og'riq sariqlik bezovta qiladi. Bemorlarda tana haroratining oshishi, bosh og'rig'i bezovta qilib, bir necha kundan so'ng ishtaha bo'g'ilib, terida sariqlik paydo bo'ladi. Surunkali virusli gepatitga chalingan bemorlarda o'ng qovurg'a yoyi ostida noxush holat va og'riq paydo bo'ladi, siydik rangi to'qlashadi, najas rangsizlanadi. Surunkali gepatit C ga latent kechish xos bo'lib, u bir necha yillardan keyin namoyon bo'lib, jigar tsirroziga va jigar-hujayra kartsinomasiga olib kelishi mumkin. Gepatit B+D birgalikda kelsa kasallik og'ir kechadi.

Jigar tsirrozi rivojlanganda unga qo'shimcha ravishda jigar yetishmovchiligi sindromi-qizilo'ngach, ichak, milklardan, bachadondan qon ketishlar, sariqlik, astsit, entsefalopatiya ham yuzaga keladi. Bu sindrom tsirrozning dekompensatsiya davrida yoki o'tkir gepatitning og'ir kechishida kuzatiladi. **Bemorlar ko'zdan kechirilganda** teri osti yog' qatlami sust rivojlanganligi va teri va ko'rinib turgan shilliq qavatlar rangini sariq tovlanganligini ko'ramiz. **Palpatsiyada** jigarning kattalashgan, yuzasi biroz qattiqlashganligi va unda og'riq borligini aniqlaymiz. **Jigar perkussiya** qilinganida uni o'lchamlarini kattalashganligi aniqlanadi.

Instrumental tekshirish. Fibroskan. Virusli gepatitlarda gepatotsitlar kattalashadi va jigar qattiqlashadi. To'qima qancha qattiq bo'lsa undan ultratovush to'lqinining o'tish tezligi shuncha katta bo'ladi va fibrozni rivojlanganlik darajasi ham yuqori bo'ladi. Apparatning ishi gistologik tekshiruvlar xulosasiga asoslangan. Jigar qancha qattiq bo'lsa, fibroz rivojlanish darajasi ham yuqori bo'ladi. Fibroz darajasini aniqlash uchun apparat zarb to'lqini yuboradi. Keyin ultratovushli to'lqin to'plami orqali ko'krak qafasi devoridan boshlab uning tezligi o'lanadi. Qorin bo'shlig'i UTT yetarlicha malumot beradi va unda jigar hajmini kattalashganligi hamda qattiqlashganligini aniqlash mumkin.

Surunkali B gepatitini morfologik belgilari. Gepatotsitlarni gidropik distrofiyasi; Atsidofil tana topilishi (Kaunsilmen tanachasi); -Hekroz o'choqlari gepatotsitlarda (nekroz apoptoz bilan almashinadi); Limfogiotsitar infiltratsiya; Portal trakt fibrozi kabi o'zgarishlar ko'ramiz;

Surunkali gepatit S ning morfologik belgilari. Katta tomchili yog'li distrofiya, portal yo'llarda limfoid agregatsiya bo'lishi natijasida limfoid tugunchalar hosil bo'lishi, o't yollarida yiringsiz xolangit limfoid va plazma hujayrali infiltratsiya bilan kuzatiladi. Periportal zonalarda hujayrali infiltratsiya

ham tez-tez uchrab turadi. Fibroz to'qima hosil bo'lishi munosabati bilan jigar tsirrozi rivojlanishiga imkon tug'iladi.

Laborator tekshiruv. HB_sAg – virusli gepatit B ning yuza antigeni. Uning qonda topilishi virus tashuvchilarga va surunkali gepatit bilan kasallanganlarga xos. HB_eAg – virusli gepatit B ning o'zak antigeni: uni jigar hujayralari namoyon qiladi. Qonda faqatgina virus qismlari buzilgan paytda topiladi. HB_eAg – Ag e: uni qonda topilishi virusning aktiv replikatsiyasidan va qonni maksimal zararlay olish qobiliyatidan darak beradi. Qonda antigenlar topilishidan tashqari ko'rsatilgan 3 ta antigenga nisbatan antitanalar topilishi ham katta ahamiyatga ega. Qonda ALT, AST oshishi, bilirubin miqdorini oshishi kuzatiladi. Qumli yadrolar Hb core Ag markeri.

Bemorlarning qonida qon ivish vaqtining pasayishi, gepatit B markerlari (HB_sAg, anti-HBc IgM, anti-HBc umumiy, HBeAg, anti-Hbe, HBV-DNK) aniqlanadi.

Davolash uchun quyidagi parhez va dorilar ishlatiladi. Bemorlarni davolash uchun maxsus parhez tayinlanadi. Oziq-ovqat tarkibida yog'li, sho'r, o'tkir, qovurilgan, kontservalangan maxsulotlari va butunlay alkagol cheklanadi.

Bemorlarga jigar hujayralarini tiklanishi uchun vitaminlar va umumiy quvatlovchi va viruslar toksinlarini chiqarish uchun dezintoksikatsion terapiya va viruslarga qarshi dori vositalari tavsiya qilinadi. Viruslarga qarshi alfa-interferon (Alviron, Alfarekin, Viferon, Galavit, Groprinozin, Zeffiks, Laferobion, Laferon, Neovir, Novirin, Proteflazid, Flavozid) va nukleozid analoglari lamivudin, adenovir buyuriladi. Ushbu preparatlar viruslarni ko'payishini va jigar hujayralarida to'planishini sekinlashtiradi. Gepatoprotektorlar ham ishlatiladi (zadaksin, essentsial, gepamerts va b.q.). **Davolashdan asosiy maqsad-** HBV virusi replikatsiyasini to'xtatish va kasallikni remissiyaga o'tkazish uchun viruslarga qarshi dorilarni qo'llashdir.

AlAT miqdorini meyorga kelishi; HBV DNA va HBe Ag yo'qolishi (anti HBe hosil bo'lishi yoki umuman bo'lmasligi); Hozirgi vaqtda davolash uchun interferon va lamivudin (zeffiks) ishlatiladi. α -interferon (realderon, roferon-A) ning samaradorligi bu AlAT va HBeAg hamda HBV DNA ning 25-40 % bemorlarda qonlarida meyorda bo'lishi bilan o'lchanadi. Og'ir holatlarda kortikosteroidlar qo'llaniladi.

HBV-DNK, HCV-RNK, HDV-RNK ni o'rganib, gepatit B, C, D replikatsiyasi aniqlangach. HCV virusi replikatsiyasini to'xtatish va kasallikni remissiyaga o'tkazish uchun viruslarga qarshi dorilarni qo'llashdir. Viruslarga qarshi dori vositalarini qo'llash bilan birga ribavirin 1000-1200 mg dan buyuriladi. Nojo'ya tasiri gemolitik anemiya chaqirishi mumkin. Pegilirlangan interferon gepatit S ni davolashda ko'proq samara beradi. 180 mkg dan Peg interferon α_{2a} (Peg-IFN α_{2a} , Peg-IFN α_{2b} -1,5 mg dan haftaga 1 marta har kg tana vazniga) teri ostiga haftaga bir marta qo'llaniladi. Peg-IFN α_{2a} /ribavirin (pegasis/ribavirin) kombinatsiyada berish mumkin.

α -interferon bilan davolashga qarshi ko'rsatma

Absolyut qarshi ko'rsatma;-Yurakning og'ir kasalliklari; Nazorat qilib bo'lmaydigan medikamentoz epilepsiya; Neytropeniya (neytrofillar soni $1,5 \times 10^9/l$

kam); Trombotsitopeniya (trombotsitlar soni $90,0 \times 10^9/l$ kam); Organlar transplantatsiyasi (jigardan tashqari); Dekompensatsiyalangan jigar tsirrozi;

Nisbiy qarshi ko'rsatma - Nazorat qilib bo'lmaydigan medikamentoz qandli diabet; Autoimmun kasalliklar;

Adefovir dipivoksil (10-30 mg/sut)-adenozin monofosfat analogi hisoblanadi, ichga qabul qilinadi, va lamivudin (100-150 mg 12 oy ichga qabul qilinadi) bilan davolash samarasiz bo'lganda qo'llaniladi. Viruslarga qarshi, jigar transplantatsiyasidan keyin, jigarda dekompenatsiya jarayoni bo'lsa va OIV koinfeksiyasiga qarshi qo'llaniladi. Nojo'ya tasiri- nefrotoksik tasir ko'rsatadi.

Entekavir (1 mg/sut)-guanozin analogidir. HBV polimeraza funksiyasini pasaytiradi, DNK zanjirini hosil bo'lishiga to'sqinlik qiladi. Timozin α_1 -bu atsetilirlangan polipeptid 28 aminokislotadan tashkil topgan, zadaksinTM (1,6 mg/sut. t/o 2 mahal 6 oy) dori preparatidir. T-limfotsitlarni rivojlanishiga va differentsiatsiyasiga ishtirok etib organizmni himoyalaydi. Garchi pattsientlar α -interferonga rezistent bo'lsa quyidagi sxema ishlatiladi. Timozin $\alpha_1 + \alpha$ -interferon; Timozin $\alpha_1 +$ lamivudin $+ \alpha$ -interferon; Timozin $\alpha_1 +$ adefovir $+ \alpha$ -interferon; α -interferonga qarshi ko'rsatma bo'lsa Timozin $\alpha_1 +$ lamivudin; Timozin $\alpha_1 +$ adefovir qo'llash maqsadga muvofiqdir. Profilaktikasi virusga qarshi vaksinatsiya va yuqish yo'llari oldini olish iborat.

Davolash kursi 6 oy va undan ham ko'p.

Asoroti ikki guruhga bo'linadi; Spetsifik- bunda jigar shikastlanib jigar entsefalopatiyasi, jigar yetishmovchiligi va keyinchalik tsirrozga o'tish va onkologik kasallikni rivojlanishi bilan hamda koma rivojlanishi bilan kechadi.

Nospetsifik- bunda o't qopi va protoki zararlanib xoletsistit va xolangit rivojlanishi bilan kechadi.

O'tkir virusli gepatit surunkaliga o'tishi mumkin. Kasallikni surunkaliga o'tishi 1 yoshdan 5 yoshgacha ko'proq (25 – 50 %) kuzatiladi, virus tug'ilishda yuqqan bo'lsa, bu ko'rsatkich 90% ni tashkil qiladi. Shuning uchun bolalarni yoshligida emlash zarur.

Profilaktikasi. Spetsifik – virusli gepatit B ga qarshi bolalar va xavf omili mavjud kishilarni vaktinatsiya (0-1-6 oyda) qilish. **Nospetsifik** – yuqish yo'llarini bartaraf etish.

Amaliy mashg'ulot 8

Jigar tsirrozi, surunkali xoletsistit klinikasi, diagnostikasi.

1. Amaliy mashg'ulot o'qitish moduli.

Mashg'ulot vaqti – 4 soat	Studentlar soni: 10 dan 12 gacha
Mashg'ulot formasi	Amaliy mashg'ulot
Amaliy mashg'ulot rejasi	Jigar va o't yo'llari kasalliklari bilan og'riqan bemorlarni laborator va instrumental tekshirish usullari (xoletsistografiya, jigarni skanirlash, ultratovush bilan jigar va o't qopini tekshirish). Komp'yuter tomografiyasi. Surunkali xoletsistit va gepatitlarni

	simptomatologiyasi.
Amaliy mashg'ulot maqsadi:	Jigar va o't yo'llari kasalliklari bilan og'rigan bemorlarni laborator va instrumental tekshirish usullari bilan tanishish. Surunkali xoletsistit va gepatitlarni simptomatologiyasi.
O'qitish uslubi	So'rov. Bemorlarni dmonstratsiya qilish, interaktiv o'qitish uslubi, amaliy ko'nikma.
O'qitish formasi	Kichik podgruppalarida.
O'qitish jihozlari	O'quv qo'llanma, amaliy mashg'ulotlar mundarijasi, proektor, kompyuter.
O'qitish holati	Metodik jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash	Og'zaki kontrol: savol-javob, testlar, muammoli masala.

1.2. Amaliy mashg'ulot texnologik kartasi

Ish bosqichlari va vaqti.	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi	19. Auditoriya tozaligini nazorat qiladi 20. Talabalarni mashg'ulotga tayyorgarligini tekshiradi 21. Davomatni nazorat qiladi	
1.O'quv mashg'ulotiga kirish bosqichi (10 daqiqa)	1.Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash. 2.Kirish ma'ruzasi uchun taqdimot silaydalarini tayyorlash 3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish	
2 – asosiy bosqich (160 daqiqa)	1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni beradi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalanadi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalanadi 4. Davolash ishlarini olib boradi 5. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi	Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar Qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar
2-yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi

3. Talabalarning nazariy bilimlarini baholash:

A) Frontal usuli:

41. 1. Normal bilubin almashinuvini aytib bering
42. Bilirubinni aniqlashni aytib bering
43. Galaktoza va adrenalin sinamasini ayting
44. Normal protenogrammani izohlab bering
45. Oqsil cho'kma sinamalarini aytib bering
46. Timol va Formal sinamasi nima
47. Jigar mis va temir almashinuvida qanday ishtirok etadi
48. O't yo'llari va o't pufagi obzor rengenografiya va rengenoskopiya qilish
49. Splenoportografiya usulini aytib bering
50. Holegrafi nima
51. Holetsistografiya nima
52. Radiostop tekshirish usulini aytib bering
53. Exografiya nima
54. Jigar biopsiyasini aytib bering
55. Loparaskopiya nima
56. Skanerlash nima
57. Jigar va o't yo'li kasalliklarini aniqlashda kompYuter tomografiyasining roli
58. Surunkali xoletsestitlarning etiopatogenezi
59. Surunkali xoletsestitlarning klinikasi
60. Surunkali xoletsestitlarning klinik va diagnostikasi

“Miya shturmi” usuli

Asosiy qoidalari:

- G'oya paydo bo'lishiga halaqit beruvchi kamchiliklarni aytmaslik
- G'oyalar va fikrning yuksakligi, chunki g'oya qanchalik noodatiy bo'lsa, shunchalar u yaxshi
- Ko'p takliflarni qabul qilish
- G'oyalar kombinatsiyasi va ularning rivojlanishi
- Fikrni argumentatsiyasiz lo'nda qilib taqdim etish
- Gruppni ikkiga bo'lish: fikr generatorlari va fikrni analiz qiluvchilarga

Bu usul g'oya va fikrlarni argumentatsiyalashni, o'zining shaxsiy fikrini, har qanday holatlarda optimal yechim topishga sharoit yaratadi.

Jigar tsirrozi

Jigar tsirrozi-bu jigarining surunkali, kuchayib boruvchi va jigar parenximasida distrofik va nekrotik o'zgarishi, tugunchali regeneratsiyasi tufayli unda biriktiruvchi to'qimaning diffuz tarqalishi va organ arxitektonikasining chuqur qayta qurilishi bilan xarakterlanadi.

Tsirrozga uchragan qism katta kichikligiga qarab, uchta morfologik tipga ajratiladi: Mikronodulyar (kichik tugunchali), bunda tsirrozga uchragan tugunchalar hajmi 3 mmdan kichik bo'ladi. Makronodulyar (katta tugunchali), bunda tsirrozga uchragan tugunchalar hajmi 3 mmdan katta bo'ladi va bunda tugunchalar 2-3 smga etadi; Aralash bunda tsirrozga uchragan tugunchalar hajmi kichik va katta bo'ladi.

Tsirrozning etiologik turlariga qarab (biliar tsirroz, gemoxromatoz) da tugunchalar hosil bo'lishi sekin bo'ladi, bu gepatotsitlarda regeneratsiya jarayonlarini sekinlashuvi bilan bog'liq. Mikronodulyar tsirrozning hajmi kichikligi uchun, punktsion biopsiya usulida diagnostika oson. Ko'pchilik

tekshiriluvchilarda jigar kasalliklarida va tsirroz bo'lmaganda fibroz to'qima hajmi kattalashuvi tufayli jigar kapsulasi qalinlashgan bo'ladi. Teri orqali punktsion biopsiya makronodulyar tsirrozning morfologik diagnostikasi uchun qiyinchilik tug'diradi, chunki regenerat tuguncha to'liq punktsion ignaga tushmasligi ham mumkin.

Tsirrozda morfologik tekshirish, uning qanday morfologik turi (katta, kichik, aralash tugunchali), uning faollik darajasini va imkoni boricha uning etiologik omillarini aniqlashga imkon beradi. Bitta yarimta regenerat tugun topilsa tsirroz rivojlanayotganidan dalolat beradi, rivojlangan tsirrozda esa jigar bo'laklari tuzilishi gistoarxitektonikasi to'liq yo'qolgan bo'ladi. Bazanda morfologik tekshiruvlar hatijasida tsirrozning etiologiyasini aniqlash ham mumkin. Tsirroz rivojlanishiga olib keluvchi omillar turli xil, ularni aniqlash uchun ularni gistologik holatini bilish muhimdir. "Matoli-shishasimon" gepatotsitlar va "qumsimon yadrolar tsirrozni virusli, yog'li distrofiya neytrofillar infiltratsiyasi bilan namoyon bo'lsa va Mellorining gialinli tanachalari bo'lsa bu tsirrozning alkogolli etiologiyasidan dalolat beradi. O't protoklarining (yo'llari) miqdorining kamayishi va surunkali xolestaz birlamchi biliar tsirrozdan dalolat beradi. Qo'shimcha malumot olish uchun maxsus bo'yash usullaridan foydalaniladi.

Jigar tsirrozida o'sma oldi holatini aniqlasa bo'ladi. Adenomatoz giperplaziya-tugunchali hosila tsirrozda uchraydi va adenomatoz giperplaziya yoki displastik tuguncha deb ataluvchi oraliq shikastlanish hisobiga gepatotselyulyar kartsinoma hosil bo'lishi kuchayadi. Atipik adenomatoz giperplaziya tsirroz tugunchalarida uchraydi.

Etiologiyasi va patogenizi. Etiologik omillarni ekzo va endogen sabablarga bo'lish mumkin. **Ekzogen** sabablar birinchi o'rinda jigar tsirrozi rivojlanishida viruslar (gepatit B va C viruslari), alkogolli ichimliklar, gepatotrop ta'sir etuvchi dori vositalari, oziq-ovqatlar tarkibida oqsil va vitaminlar yetishmovchiligi yoki ularni ichak kasalliklari tufayli so'rilishini buzilishi, autoimmun mexanizmlar ahamiyatga ega. Kam hollarda Villson-Kanovalov kasalligi, α -antitripsin yetishmovchiligi, birlamchi sklerozlovchi xolangit, Baddi-Kiari sindromi, gemoxromatoz tufayli kelib chiqadi. Birlamchi billiar tsirroz alohida ajratiladi. Sanalgan shikastlovchi omillar tsirroz shakllanishini tezlashtiradi. Gepatotsit shikastlanishi tufayli ularda nekroz undan keyin esa jigar to'qimasida biriktiruvchi to'qima va tugunchali-regeneratsiya rivojlanadi. Toksik moddalar to'rtxlorli uglerod (CCl₄), geliotrin, tioatsetamid va b. toksik moddalar jigarni toksiko-allergik tsirroziga olib keladi.

Jigar tsirrozining **endogen** sabablariga xoleztazni kiritish mumkin. Jigar ichi va tashqi o't yollari xolestaziga olib keluvchi omillarga, shu yollarda o't toshlarini, parazitlarni tiqilib qolishi yoki bo'lmasa o'sma bilan bosilib qolishi, shu yollarni yallig'lanishini va shu tufayli xoleztaz kelib chiqishini kiritish mumkin. Shular bilan birga jigarni qon bilan ta'minlovch tomirlar trombozi, moddalar almashinuvi va endokrin omillar (tireotoksikoz, qandli diabet va b.q.) ni endogen sabablarga kiritish mumkin. Bular ta'sirida hosil bo'lgan biriktiruvchi to'qimalar va chandiqlar jigar strukturasi o'zgartiradi va qon tomirlarini siqib qo'yadi. Bu o'z

navbatida jigarda oziq moddalar va kislorodga bo'lgan ehtiyojni qoniqtirmaydi va bu yerda kechadigan oksidlanish-qaytarilish jarayonlar, oqsil hamda fermentlar sintezi funksiyalarni buzilishiga olib keladi. Jigarda distrofik jarayonlar kuchayib, kasallik kechishini og'irlashtiradi va patologik jarayon doirasimon aylanadi.

Tsirroz rivojlanishida sinusoidlarda kapilyarlarda morfologik o'zgarishlar kuzatiladi; Disse bo'shlig'i kengayadi, ularda kollagen topiladi, moddalarni qalinlashuvi, qattiqlashuvi kuzatiladi va bundan bazal membrana, endoteliy fenestrlari diametri va soni kamayadi, gepatotsitlar mikrovarsinkalari tekislanadi. Tsirroznining patogenezi "sinusoidlarli kapilyarizatsiya" si kabi va boshqa o'zgarishlar, jigar hujayralarini funksiyasini buzilishi bilan tushuntiriladi.

Klinik simptomlari. Jigar tsirroznining klinik namoyon bo'lishi ko'pchilik bemorlarda uzoq vaqt bo'lmasligi mumkin yoki kam hollarda –dispepsiya, rivojlanmagan sariqlik, gepatolienal sindrom, meteorizm va odatda o'tib ketuvchi astsit bilan namoyon bo'ladi. Astsit shuningdek, splenomegaliya, qizilo'ngach yoki to'g'ri ichak venalarining varikoz kengayishlari portal gipertenziya sindromi uchun tipik hisoblanadi.

Terminal davr jigar tsirroznining hamma shaklida me'da ichakdan qon ketishi va jigar komasiga olib keluvchi jigar funktsional yetishmovchiligining rivojlanib boruvchi belgilari bilan kechadi. Me'da ichakdan qon ketish qon tupurish yoki melena ko'rinishida bo'lib, ular ko'pincha qizilo'ngach pastki 1/3 qismidagi yoki kam hollarda me'da varikoz tugunlarining yorilishi natijasida bemorning o'limiga sabab bo'lishi yoki anemiyaga olib keladi.

Jigar tsirroznining har xil variantlarida garchi jigar kattalashganda Glisson kapsulasi cho'zilsa va nekroz to'qima shu kapsulaga yaqin joylashsa **og'riq sindromi** bezovta qilib, asosan jigar sohasida, o'ng qovurg'a ostida, epigastrida va butun qorin boyicha paydo bo'ladi. Bu og'riq simmilovchi (bo'g'iq), ingrovchi (noyushiy) xarakterga ega bo'lib ovqatdan (ko'p va yog'li ovqatdan so'ng), jismoniy zo'riqishdan so'ng kuchayadi. Bazan og'riq o't yo'llarini shikastlanishi bilan bog'liq.

Bemorlarni asosan **dispeptik sindromlar** (ishtahaning pasayishi butunlay bo'g'ilishigacha (anoreksiya) ko'pincha alkogolli tsirozda, ovqatdan so'ng epigastral sohada og'irlik hissi paydo bo'lishi, ko'ngil aynishi, meteorizm, yog'li ovqatdan so'ng najasning suyuq bo'lishi (buzilishi), qusish) kabi simptomlar bezovta qiladi.

Asteno-nevrotik sindromlar (ishlash qobiliyatini pasayishi, holsizlik, tez charchash, uyqusizlik, bosh og'rig'i va b.q.).

Gemorragik sindronlar (milklardan qon ketish, teri osti qon quyilishi, gemorragik toshmalar, ichaklardan, burundan, bachadondan va boshqa joylardan qon ketishi kabi belgilar).

Sariqlik sindromi (terining, skleraning va boshqa shilliq qavatlarning sarg'ayishi).

Isitma (noto'g'ri) postnekrotik va biliar tsirrozda kuzatiladi. Portal tsirroz bilan kasallangan bemorlarda ko'pincha oruqlash (kaxektsiya) kuzatiladi. Bu hazm

traktida hazm, soʻrilish jarayonlarini buzilishi va oqsil sintezining buzilishi bilan bogʻliq. Biliar tsirrozda koʻpincha terining qichishi kuzatiladi.

Bemorlarni koʻzdan kechirish. Bemorlar koʻpincha ozgʻin boʻladilar, terisi va shilliq qavatlar rangi sargʻaygan, lablari va tili toʻq qizil (malina) rangda, yonoq sohalari eritemasi (qizarishi), astsit hisobiga qorinni kattalashuvi (**112 a va b surat**), ingichka va shishgan oyoqlarni koʻrish mumkin (**shish sindromi**). Sariqlik til osti, tanglay sohasi, sklerasi va terisida kuzatiladi. Sariqlik, axlatni (najasni) rangsizlanishi va teri qichishi bilan kechadi. Bemorlarni koʻzdan kechirganda terisida qichishdan keyingi qashalgan izlarni koʻrishimiz mumkin. Kasallik uzoq choʻzilsa teri ostidagi bilirubin biliverdinga aylanib, teri yashil sariq rangda tovlanadi. Biliar tsirrozda melanin toʻplanishi hisobiga qoramtir (buriy) rang tovlanadi. Tsirrozning hepatitdan ajratib turuvchi asosiy klinik belgilari kattalashgan, qattiq jigar va taloq, katta jigar belgilari hisoblanadi. Bemorlarda **kichik jigar belgilarini** koʻrishimiz mumkin. Bularga: tomir yulduzchalar (teleangioektaziya), kaftlar eritemasi (jigar kafti), lab, ogʻiz shilliq qavati va tilning toʻq qizil (malina) randa boʻlishi, erkaklarda gnekomastiya va boshqa garmonal buzilishlar esterogenlar parchalanishini buzilishi hisobiga,



a 112surat b



qovoqlarda va tananing boshqa sohalorida ksantomatoz blyashkalarini (**113 surat**) (pilakchalar) paydo bolishi xolesterin almashinuvi buzilishi hisobiga, baraban tayoqchasimon barmoqlarni hosil boʻlishi kiradi. Koʻpchilik holatlarda tsirrozda quloq oldi soʻlak bezlarini kattalashuvini va Dyupyutren kontrakturasi hamda periferrik neyropatyalarni koʻrish mumkin.

Qorin terisi koʻzdan kechirilsa kengaygan venalarni (Caput Medusae) ni, gemorragik toshmalarni, tomir yulduzchalarni, qorin hajmi kattalashganligini va kindikni boʻrtib chiqqanligini koʻrish mumkin.

Palpatsiyada jigar qattiqlashgan, yuzasi **113 surat**

notekis-gʻadir budir, pastki chetini oʻtkirligini aniqlanadi. **Perkussiyada** jigar hajmini oʻlchamlari kattalashgan boʻladi.



Laborator ma'lumotlar. Kompensatsiyalangan tsirrozi bo'lgan kasallarda biokimyoviy ko'rsatkichlar o'zgarmagan bo'lishi mumkin. Biroq zardobda transaminaza aktivligi oshishi mumkin. Dekompensirlangan tsirrozni laborator tekshirganda anemiya, leykopeniya, trombositopeniya, bilirubin va gammaglobulin miqdori oshishi, shuningdek, albumin, protrombin, xolesterin miqdorining kamayishi aniqlanadi. Yallig'lanish rivojlangan bo'lsa α_2 globulin, sariqlik sindromida β globulinlar miqdori oshadi. Biliar tsirrozda qonda lipidlar va xolesterin miqdori oshadi. Qon zardobida xolinesteraza faolligi pasayadi. Tsirrozi xuruj qilganda transaminazalar ko'payadi va biliar tsirrozda ishqoriy fosfataza miqdori oshadi. Siydik bilan ko'p miqdorda urobilin, sariqlik sindromi kuchli rivojlangan bo'lsa bilirubin ham ajraladi. Najas bilan sterkobilin ajralishi kamayadi.

Instrumental tekshirish. Rentgenologik tekshiruvlar natijasida qizilo'ngach va gemoroidal venalarni kengayganligini aniqlashimiz mumkin. UTT (jigar va taloq o'lchamlarining o'zgarishi, bir xil bo'lmagan jigar parenximasi hamda portal gipertenziya belgilari), KT (informativ metod), shuningdek jigar punktsiyali biopsiyasi (jarayon variant va stadiyalarini aniqlash) qo'llaniladi.

Davolash. Birinchi navbatda etiologik omilni bartaraf etish, ish rejimini, oqsil va vitaminlarga boy parhez rejimini tashkil qilish. O'tkir, konservalangan, achchiq, yog'li, yog'da qovurilgan, shokolad maxsulotlari ovqat ratsionidan cheklanadi. Pastki daraja faoligidagi tsirrozni davolashda umumiy tavsiyalariga rioya qilinishi (kasbga aloqador va zararli omillarini inkor qilgan holda, gepatotoksik dori vositalari, alkogolni cheklash kasallik davolashda yordam beradi) zarur. Agar jigar tsirrozi faol davomiylikda ega bo'lsa, bunda davolash etiotrop bo'lishi kerak. Astsit va shish chegaralangan osh tuzi va suyuqlik kechki stadiyalarda siydik haydovchi vositalar, aldosteron antagonisti (spironolakton) va boshqa kaliy saqlovchi diuretiklar (triamteron yoki amilorid) qo'llaniladi. Garchi qizilo'ngachda, gemoroidal venalar kengaygan bo'lsa qon ketishini oldini olish maqsadida sklerozlovchi davo chorasi va β blokatorlar va boshqa davo usullari ko'llaniladi. Biliar tsirrozda qichishni oldini olish uchun ursodezoksixolevoy kislotasi, ursosan kapsulada, legalon (kartsil) 1-2 drajadan 3 mahal, xafitol (tsinariks) per os 2 t x 3 m ovqatgacha, tikveol 1-2 t x 3 m 1-3 oy davomida beriladi. Geptral (L-adenozil-L-metionin) 800 mg og'iz orqali yoki vena ichiga 2-4 hafta, gepamerts (L-arnitin-L-aspartat) 10,0 100,0 glyukozaga vena ichiga, α -lipoevaya kislota mushak orasiga yuboriladi. A interferon 3 mln dan haftaga 3 marta (pegasis 180 mg 1 m-haftaga), Ribavirin (kapegus), Rabetol 800-1200 mg/sutkaga buyuriladi. Tsirrozning og'ir darajalarida jigar transplantatsiyasi qo'llaniladi. O't yo'llari tosh bilan tiqilgan va osmalar bilan zararlangan bo'lsa operativ davo chorasi samaralidir.

O't yo'llari diskineziyasi

O't qopini motorikasini va tonusini funktsional buzilishi bu o't yo'llari diskineziyasidir. 70 % o't qopi va yo'llari kasalliklari o't yo'llari diskineziyasiga to'g'ri keladi. O't yo'llari diiskineziyasining 2 xil shakli mavjud; 1. Gipertonik - giperkinetik turi- o't qopini yani gipertonik holati, Oddi va Lyutkens sfinkterining

gipertonusi bilan xarakterlanadi va ko'proq yoshlarda uchraydi. 2. gipotonik-gipokinetik turi-o't qopini va Oddi sfinkterini gipotonusi bilan xarakterlanadi-asteniklarda, katta yoshdagilarda ko'proq uchraydi.

Etiologiyasi-o't qopini neyrohumoral boshqarilishi buzilishi olib keladi. Nevrozdan keyin, dientsefal sindrom, endokrin-gumoral buzilishlar (gipotireoz, gipertireoz, klimaks, moyaklar, tuxumdonlar, buyrak usti bezi va boshqa endokrin bezlar funksiyasi yetishmovchiligi) ham kasallik kelib chiqishiga sabab bo'lishi mumkin. Gipertonik-giperkinetik turi reflektor tasirotlar natijasida (yara kasalligi, kolit, enterit, appenditsit, adneksit) yuzaga keladi. Astenik holat, og'ir yuqumli kasalliklar, virusli gepatit, avitaminozlar, organizm konstitutsiyasini, otkir, achchiq meda ichak traktini qitqlovchi maxsulotlarni ham kasallik kelib chiqishiga ahamiyati katta. Ovqatlanish rejimi orasi katta bo'lganda gipotonik-gipokinetik turi rivojlanishiga olib keladi.

Kasallik klinikasi. Gipertonik-giperkinetik tipida o't (jigarli) kolikasida o't pufagi va o't yo'llari silliq muskullarining spastik qisqarishi. Oxirgisi toshning o't yo'llari bo'ylab siljiganda yuz beradi. Bu og'riqlar kutilmaganda yuzaga kelib, chidab bo'lmaydigan darajada bo'ladi, ko'pincha yuqoriga o'ng kurrak sohasiga, o'ng elkaga, ba'zan yurak sohasiga ham irradatsiyalanadi. Bemorga yengillik bermaydigan ko'ngil aynishi va qusish bilan kuzatiladi. O't qopi sohasi paypaslanganda og'riq sezilishi mumkin. Diskineziyaning gipotonik-gipokinetik turida og'riqlar biroz sekinroqdir va kam simptomlidir. Palpator o'zgarishlar unchalik xarakterli emas.

Diagnoz; diagnozni laborator va instrumental tekshiruvlar tasdiqlaydi. stimulyator yuborgandan keyin rentgenografiya qilinganda, peroral xoletsistografiya va vena ichi xolegrafiyada (xoletsistokinin, pankreozimin) gipertonik-giperkinetik tipida o't qopini tez va kuchli qisqarishini va aksincha gipotonik-gipokinetik tipida sekin qisqarishi, kattalashganligi hamda osilib pastga tushganligini ko'rish mumkin.

Bo'yoqlar (rang) yuborib ko'p momentli duodenal zondlashda diskineziyaning gipertonik-giperkinetik tipida II fazasi (Oddi sfinteri yopiqligida) uzaygan yoki meyorda bo'ladi, IV faza (o't qopini qisqarishi) qisqargan va kechikadi.

Gipotonik-gipokinetik tipida esa II faza bo'lmasligi ham mumkin (Oddi sfinkteri doimo bo'sh turadi), IV faza uzaygan va kechikadi.

Davolash; ish va parhez rejimiga rioya qilish, markaziy nerv tizimi faoliyatini yaxshilash (trankvilizatorlar va uyqu keltiruvchi dorilar bilan).

Gipertonik-giperkinetik tipi xurujida parhez 4, 5a va magniyli . No-spa, papaverin, xolinolitik preparatlardan atropin sulfat berish maqsadga muvofiqdir.

Gipotonik-gipokinetik tipida parhez 5 va 15 (Pevzner) bo'yicha tavsiya qilinadi. O't qopini qisqarish faoliyatini yaxshilovchi preparatlar-Strixnin nitrat, kofein, fenamin kabi preparatlar beriladi. Ikala holatda ham sanatoriyalarda va kurortlarda davolash samarali.

Xoletsistit

Xoletsistit – o't pufagining yallig'lanishi hisoblanadi. O't-tosh kasalligi fonida rivojlanadigan o'tkir va surunkali xoletsistit farqlanadi. Surunkali xoletsistit o'tkir xoletsistitdan keyin paydo bo'lishi mumkin, lekin ko'pincha mustaqil ravishda asta-sekin rivojlanadi.

Keltirib chiqaradigan omillari; Xoletsistit paydo bo'lishida o't yo'llaridagi diskineziya, o't toshlari (turli psixoemotsional holatlar ta'sirida, endokrin va vegetativ nerv sistemasi funksiyasining buzilishlari, oshqozon-ichak traktining patologik o'zgargan organ tomonidan yuborilgan qator nerv reflekslari) tufayli o't pufagida o'tning dimlanishi moyillik chaqiradi. O't pufagi va o't yo'llarining anatomik tuzilishining o'ziga xosligi, ichki organlarning pastga tushishi, homiladorlik, kamharakat hayot shakli, ba'zi bir ovqat mahsulotlari ham xoletsistitni chaqirishi mumkin.

Xoletsistit keltirib chiqaruvchi omillar-infeksiya, viruslar, gijjalari (askoridalar, liyambliar), o't qopi shilliq qavatida meda osti bezi shirasidan autolitik shikastlanishi ham mumkin. O't qopi toksik moddalar va allergik tasir natijasida ham shikastlanishi mumkin.

O't qopiga infeksiya asosan enterogen (ichakdan), gematogen hamda limfogen yo'llar orqali tushadi.

Otkir xoletsistit

Xoletsistit – o't pufagining yallig'lanishi hisoblanadi. O't-tosh kasalligi fonida rivojlanadigan o'tkir va surunkali xoletsistit farqlanadi.

O'tkir xoletsistit kelib chiqishida turli infeksiya, o't pufagi shilliq qavatini unga me'da osti bezidan shira otilishi tufayli zararlanishi, gijja invaziyasi muhim rol o'ynaydi. Oxirgi vaqtda xoletsistitning virusli etiologiyasi isbotlangan. Bundan tashqari toksik va allergik tabiatli xoletsistit kuzatiladi.

Klinikasi; o'ng qovurg'a yoyi ostida kuchli, doimiy xarakterdagi og'riq to'satdan, ko'pincha unga ta'sir qiluvchi omillardan keyin (asosan yog'li, achchiq, o'tkir ta'mli ovqat, alkogoldan, emotsional qayg'urishdan) paydo bo'lib, yengillik bermaydigan ko'ngil aynish va qusish bilan kechadi.

O't pufagining o'tkir va surunkali yallig'lanishida bemorlar o't pufagi nuqtasi va bo'yin sohasini to'sh-o'mrov-so'rg'ichsimon muskul oyoqchalari orasi-diafragmal nerv deb ataluvchi nuqtadan o'ngda palpatsiya qilinganda kuchayadigan o'ng qovurg'a yoyi ostida noluvchi va bo'g'iq og'riqdan shikoyat qiladilar (Frenikus simptomi).

Isitma paydo bo'ladi, ba'zan kam miqdordagi sariqlik ko'rish mumkin. Qorin palpatsiyasi og'riqli, asosan o'ng qovurg'a yoyi ostida muskullar tarangligi va o't pufagi yallig'lanishiga xos spetsifik simptomlar aniqlanadi. Davo choralari qo'llanishiga qaramay rivojlanib boruvchi isitma, og'riq, intoksikatsiya simptomlari xolangit, o't pufagi empiemasi, uning perforatsiyasi, peritonitdan darak beradi.

Laborator tekshiruv. Qon analizi – leykotsitoz, leykotsitar formulaning chapga siljishi kuzatiladi. Qonning bioximik tahlili: zardobda ishqoriy fozfataza, bilirubin, AST, amilaza miqdori oshishi mumkin,

Rentgenografiya kam ma'lumot beradi. Ko'pgina o't toshlari xolesterindan tashkil topgan bo'lib, ular rentgenonegativ, 10-15% toshlargina rentgenda ko'rinadigan darajada o'zida kaltsiy saqlaydi.

O't pufagi UZIsi: toshlar borligini ko'rsatadi, organ o'lchamlari, uning devori qalinligini, o't pufagi oldi infiltratsiyasini, o't pufagi tarkibini konsentratsiyasini ko'rsatishi mumkin.

O'tkir xoletsistitda albatta gospitalizatsiya qilinishi kerak. Yiringli va gangrenoz o'tkir xoletsistitda o't pufagi operatsiya yo'li orqali davolanadi. Kataral xoletsistitli bemorlarga qat'iy yotoq rejimi, dastlabki xurujdan keyin 2 kun ovqatlanishdan saqlanish, keyinchalik kuniga 5-6 mahal kichik portsiyali diyetani tashkillashtirish, keng ta'sir doiradagi antibiotiklar va spazmolitik vositalar buyuriladi.

Surunkali xoletsistit

Surunkali xoletsistit o't pufagini yallig'lanishi bo'lib, ko'pchilik holatlarda o'tkir xoletsistit to'liq davolanmasligi natijasida va mustaqil ham rivojlanishi mumkin. Surunkali xoletsistitda 90-95% hollarda o't toshlari aniqlanadi. Toshsiz surunkali xoletsistit 5% hollardagina uchraydi, u o'g'ir stress holatlarida ham uchraydi.

Klinikasi. Kam holatlarda og'riq simptomi bezovta qiladi, ko'pchilik holatlarda dispeptik sindromlar bezovta qiladi. Yallig'lanish jarayonining qayta o'tkirlashishi pufak devorini qalinlashishiga, sklerozlanishiga, chandiqlar hosil bo'lishiga, uning shakli o'zgarishiga olib keladi va diagnostikasida UZI yoki xoletsistografiyada samarali hisoblanadi. Bemorlar ko'zdan kechirilganda qorinning yuqori qismida dam kuzatilishi mumkin. Palpatsiyada o't qopi proektsiyasida og'riq sezadi. Bazan Myusse-Georgiev, Ortner, Vasilenko, Obratsov-Merfi simptomlari musbat bo'ladi.

Laborator tekshirishda xuruj davrida biroz leykotsitoz va EChT oshadi. Duodenal zondlashda (25 % magniy sulfat, 20 ml zaytun moyi, 10 % pepton, 10 % natriy xlorid, 40 % ksilit, 40 % glyukoza eritmalari o't siyuqligini ajralishini kuchaytirish uchun per os beriladi) uch portsiya suyuqlik olinib tekshiriladi. Aynan o't qopi portsiyasi yani **B** portsiyadagi o'zgarishlar xoletsistit borligidan dalolar beradi va suyuqlik tarkibida shilliq, leykotsitlar va epiteliylar ko'rish mumkin.

Davo metodi toshsiz xoletsistitda konservativ va toshli xoletsistitda xirurgik yo'l orqali davolanadi. Surunkali xoletsistitning o'tkirlashishida davo statsionar sharoitida o'tkazilishi kerak (xuddi o'tkir xoletsistit kabi). O'tkirlashmagan davrda esa yiliga 1-2 marta retsidiyga qarshi davo kurslari olib boriladi.

Davriy duodenal zondlash yoki mineral suv bilan "zondsiz zondlash", Tyubaj qilinadi.

O't haydovchi dori vositalari 3-4 hafta buyuriladi.

Meda-ichak profilidagi sanatoriyalar va kurortlarda davolash tavsiya etiladi.

Amaliy mashg'ulot 9

Buyrak va siydik ajratish tizimi. Tekshirish usullari: surab-surishtirish, fizik tekshirish usullari (ko'zdan kechirish, pal`patsiya, perkussiya, laborator-asbobiy – tekshirish usullari).

1. Amaliy mashg'ulot o'qitish moduli.

Mashg'ulot vaqti – 4 soat	Studentlar soni: 10 dan 12 gacha
Mashg'ulot formasi	Amaliy mashg'ulot
Amaliy mashg'ulot rejasi	Nefritlar simptomatologiyasi (o'tkir va surunkali). Qon kasalligi bilan kasallangan bemorlarni so'rab-surishtirish va tekshirish usullari (shikoyarini, anamnez yig'ish, nasliy faktorlar). Ko'zdan kechirish, limfatik tugunlar palpatsiyasi. Taloqni palpatsiya va perkussiyasi
Amaliy mashg'ulot maqsadi:	Nefritlar simptomatologiyasi (o'tkir va surunkali). Qon kasalligi bilan kasallangan bemorlarni so'rab-surishtirish va tekshirish usullari haqida tushuncha hosil qilish. Taloqni palpatsiya va perkussiyasi.
O'qitish uslubi	So'rov. Bemorlarni dmonstratsiya qilish, interaktiv o'qitish uslubi, amaliy ko'nikma.
O'qitish formasi	Kichik podgruppalarida.
O'qitish jihozlari	O'quv qo'llanma, amaliy mashg'ulotlar mundarijasi, proektor, kompyuter.
O'qitish holati	Metodik jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash	Og'zaki kontrol: savol-javob, testlar, muammoli masala.

1.2. Amaliy mashg'ulot texnologik kartasi

Ish bosqichlari va vaqti.	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi	22. Auditoriya tozaligini nazorat qiladi 23. Talabalarni mashg'ulotga tayyorgarligini tekshiradi 24. Davomatni nazorat qiladi	
1.O'quv mashg'ulotiga kirish bosqichi (10 daqiqa)	1.Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash. 2.Kirish ma'ruzasi uchun taqdimot silaydalarini tayyorlash 3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish	
2 –asosiy bosqich (160 daqiqa)	1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni beradi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalanadi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalanadi 4. Davolash ishlarini olib boradi	Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar Qatnashadilar

	5. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi	Tinglaydilar va savollarga javob beradilar
3-yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi

3. Talabalarning nazariy bilimlarini baholash:

A) Frontal usuli:

1. 1. Nefritlar to'g'risida tushuncha
2. O'tkir glomerulonefritning etiopatogenezi
3. O'tkir glomerulonefritning klassifikatsiyasi
4. O'tkir glomerulonefritning klinik ko'rinishi
5. O'tkir glomerulonefritda siydik o'zgarishlar
6. O'tkir glomerulonefritning diagnostik kriteriyalari
7. O'tkir glomerulonefritning zamonaviy davolash usullari va profilaktikasi
8. Surunkali glomerulonefritning etiopatogenezi
9. Surunkali glomerulonefrit klassifikatsiyasi
10. Surunkali glomerulonefritning diagnostik kriteriyalari
11. Surunkali glomerulonefritni davolash va profilaktikasi
12. Surunkali glomerulonefrit bilan og'riqan bemorlarni umumiy ko'zdan kechirish
13. Surunkali glomerulonefrit klinik kechish turlari
14. Surunkali glomerulonefritda siydikdagi o'zgarishlar
15. O'tkir va surunkali glomerulonefrit qiyosiy tashxislash
16. Qon kasalliklari bilan og'riqan bemorlarning shikoyatlari
17. Qon kasalliklari bilan og'riqan bemorlarni ko'zdan kechirishda nimalarga e'tibor beriladi
18. Limfa tugunlarini palpatsiya qilishning diagnostik ahamiyati
19. Taloqni palpatsiya va perkussiya qilish texnikasi
20. Taloqni palpatsiya va perkussiya qilishning diagnostik ahamiyati

“Stol o'rtasida ruchka” usuli

Butun gruppaga savol beriladi (masalan, qandli diabet simptomlari, beta-blokator gruppasiga mansub dori darmonlar, YuIK moyillik omillari). Har bir talaba o'z javobini varaqqa yozib oladi va hamsoyasiga yuboradi, ruchkani esa stol o'rtasiga qo'yadi.

O'qituvchi gruppaga ishini kontrol qiladi va umumiy variantni daftariga yozib oladi.

Siydik ajratish tizimi kasalliklari

Buyrak juft parenximatov organ bo'lib, umurtqa pog'onasining ikki tomonida XI ko'krak va III bel umurtqalari sohasida joylashgan. Buyrak kasalliklarini keltirib chiqaruvchi omillar ekzogen hamda endogen omillarga bo'linadi. Ekzogen infeksiya retrograd yo'l orqali siydik yo'llaridan buyrakka tushadi, bundan tashqari virusli gepatit B va S, dori darmon yoki vaktsinatsiyadan so'ngi allergik reaksiyalar, homiladorlik gestozidan keyingi shikastlanishi, bazi bir dorilarning (gentamitsin, baszi bir analgetiklar, oltin preparatlari, penitsilamin,

aminoglikozidlar, epilepsiyaga qarshi dorilar) nefrotoksik tasiri, toksik moddalar tasiri (jumladan ilon, qoraqurt, bezgak qo'zg'atuvchisi va boshqa zaharli hasharotlar chaqishi) kiradi. Infektsiya gematogen yo'l orqali boshqa infektsiya o'choqlaridan ham buyrakka tushib alteratsiya jarayonlarini rivojlanishiga olib kelishi mumkin. Endogen sabablarga buyrak toshlari, gipertoniya, qandli diabet, tizimli kasalliklar, buyrak tomirlari trombozi, VICH infektsiya, sifilis, tuberkulyoz kabi patologik jarayonlar hamda qon aylanishini buzilishi muhim rol o'ynaydi.

Siydik ajratish tizimi kasalliklari bilan kasallangan bemorlarni tekshirish sxemasi:

I. Sub'ektiv tekshirish usullari

1. Bemorni so'rab surishtirish (asosiy va qo'shimcha shikoyatlari).
2. Kasallik tarixi
3. Hayot anamnezi

II. Ob'ektiv tekshirish usullari

1. Bemor holatini baholash.
2. Ko'zdan kechirish.
3. Palpatsiya.
4. Perkussiya.
5. Auskultatsiya.

III. Instrumental tekshirish usullari.

1. Rentgenologik tekshirish usullari
2. Kompyuterli tomografiya
3. Magnit-rezonansli tomografiya
4. Endoskopik tekshiruv usuli
5. Ultratovush tekshiruvi
6. Radioizotop tekshirish usullari

IV. Laborator tekshirish usullari

1. Qon tahlili;
 - 1.1 Qonda mochevina miqdori;
 - 1.2 Qonda kreatinin miqdori;
2. Umumiy siydik tahlili;
 - 2.1 Siydikdagi oqsil miqdori;
 - 2.2 Siydikdagi qand miqdori;
 - 2.3 Siydikda mochevina miqdori;
 - 2.4 Siydikda kreatinin miqdori;
 - 2.5 Siydikni mikrofloraga ekish;
3. Punktsion biopsiya tekshiruvi

V. Funktsional tekshirish usullari.

1. Buyrakni kontsentrlash va suyultirish funktsiyasini aniqlash
2. Nisbiy zichligi aniqlash
3. Koptokchalarda filtrlash tezligini aniqlash
4. Nechiporenko usulida siydik tahlili
5. Addis-Kakovskiy usulida siydik tahlili
6. Zimnitskiy usulida siydik tahlili

7 Ambyurje usulida siydik tahlili

8. Roberg sinamasi

Bemorlarni so'rab-surishtirish (interrogatio)

Bemorni so'rab surishtirishda quyidagilarga ahamiyat berish lozim.

1. Asosiy shikoyatlari aniqlanadi.
2. Qo'shimcha shikoyatlari aniqlanadi.
3. Kasallik tarixi (anamneziz morbi) yig'ish.
4. Hayot anamnezi (anamneziz vitae) yig'ish.

Siydik ajratish tizimi kasalliklari bilan kasallangan bemorlarda asosan, buyrak va buyrakdan tashqi simptomlar bezovta qilib turadi. Buyrak simptomlariga bel sohasidagi og'riq va siydikdagi o'zgarishlar (siydik rangini, miqdorini, tarkibini o'zgarishi), siyish bilan bog'liq og'riqlar, shish kirsas, buyrakdan tashqi yani, umumiy simptomlarga bosh og'rig'i, bosh aylanishi, qulog'ida shovqin, yurak sohasidagi og'riqlar, ko'rish qobilyatini pasayishi kiradi. Bu simptomlar gipertoniya bilan kechadigan buyrak kasalliklarida uchraydi. Buyrak kasalliklari bilan kasallangan bemorlarda buyrakdan tashqi simptomlarga holsizlik, ish qobilyatini pasayishi, xotirasini qobilyatini susayishi, uyquning buzilishi, teri qichishi, og'izdan bad bo'y hid kelishi bezovta qiladi, bular organizmni mochevina bilan bosh miyani zaharlanishi bilan bo'g'liq. Ko'pchilik bemorlarda kasallik og'ir kechsa dispeptik holatlar ishtahaning bo'g'ilishi, og'iz qurishi, og'izda noxush tam, ko'ngil aynishi qusish va ich ketishi ham bezovta qiladi. Bu simptomlarning sababi asosan mochevina bilan ovqat hazm qilish traktini zaharlanishi bilan bo'g'liq.

Siydik ajratish tizimi kasalliklari bilan kasallangan bemorlar buyraklar **sohasida og'riq**, tez-tez siyish, siyganda kuchli achishish yoki og'riqli siyish, siydik rangining o'zgarishi, tanada shishlarning paydo bo'lishidan noliydilar. Qo'shimcha shikoyatlari umumiy holsizlik, tez charchash, ishlash qobilyatining pasayishi va shunga o'xshash boshqa simptomlar aniqlanadi. Ushbu simptomlar ko'p hollarda shifokorni chalg'itib qo'yadi. Buyrak xastaliklarida buyrak kapsulasining kengayishi (o'tkir glomerulonefritda) – buyrak kosachasi (o'tkir va surunkali piyelonefrit) – siydik yo'lining yopilishi buyrakning joylashuvida har xil egilib qolish anamaliyalarida, buyrak to'qimalari ishemiyasi (buyrak infarkti) kasalliklari kuzatiladi.

Og'riq lokalizatsiyasiga ko'proq e'tibor beriladi. Ko'p hollarda og'riq bel sohasida bo'lib, bazan bir tomonlama ko'pincha pielonefrit uchun hamda buyrak toshi, paranefrit uchun xarakterli va ikki tomonlama (glomerulonefritda) og'riqlar kuzatiladi. Bunda aytib o'tish lozimki nefrologik amaliyotda bemorda surunkali glomerulonefritda qattiq og'riqlar kuzatilmaydi yoki og'riqsiz kechadi. Buyrakning og'rishi asosan buyrak kapsulasi cho'zilishi natijasida yuzaga keladi.

Buyrakning kuchli siqilishlari oqibatida kelib chiqqan og'riq ko'pincha bel va qorin sohasida tarqaladi. Shamollash natijasida og'riq siydik chiqarish kanaligacha tarqaladi. Asosiy og'riq belgilari kasallik xarakterini belgilaydi. Ba'zan piyelonefritda og'riq ingrash bilan kechadi, siydik yo'lining yopilishi natijasida og'riq kuchayishi mumkn. Bemor ko'pincha o'zini notinch sarosimada tutadi, shu bilan birga bemorda umumiy holsizlik, tez-tez u holatdan bu holatga o'zgarib turishi

kuzatiladi. Og'riq o'tkir tus olganda bemorlar tez-tez qusishlari ham mumkin. Bunday bemorlarda siydik ajralishini buzilishi kuzatiladi. Ba'zi hollarda shuni ta'kidlash lozimki, kasalliklarning kelib chiqishi ayrim omillar bilan uzviy bog'liqdir. Masalan: buyrak siqilishi, qo'zg'alishi, siydik chiqarganda siydik pufagi va siydik chiqarish yo'lida og'riq hosil bo'ladi. Buyraklarda toshlar paydo bo'lganda va siydik nayida toshlar tiqilsa juda kuchli sanchiq bezovta qiladi va bunda og'riqsizlantirilishi shart. Bunday hollarda xolinolitiklar, spazmolitiklar va issiq vanna qabul qilish orqali bemor ahvolini yaxshilash mumkin. O'tkir paranefritda bemor majburiy holatni egallab sonini bo'g'imiga bukib og'riqni sekinlashtiradi.

Siydik bilan qon ajralishi (gematuriya) deyiladi. Gematuriya makro (ko'z bilan siydikda qon ko'rsa (go'sht yuvindisi suvidek siydik rangi)) va mikrogematuriya (siydikda mikroskop bilan eritrotsitlar topilganda) bo'lishi mumkin.

Gematuriya kelib chiqishi bo'yicha;

1. Prerenal gematuriya - gemostazni buzilishi bilan bog'liq bo'lib, trombotsitopeniya, trombotsitopatiya, gemofiliya, DVS sindrom va antikoagulyantlar peredozirovkazida bo'ladi.

2. Renal gematuriya – **glomerulyar**-buyrak kasalliklari simptomi hisoblanib, glomerulonefritda, buyrak tosh kasalligi, buyrakni tizimli kasalliklarida, buyrakning vaskulitlarida va neglomerulyar buyrak to'qimasi destruktiviyasida buyrak abtsessi, infarkti, travmasi, nekrozi, nefropatiyasi, gidronefroza, onkologik kasalliklari va buyrak tuberkulyozi parchalanish bosqichida, yuzaga keladi.

3. Posrenal gematuriya – siydik chiqarish yo'llari kasalliklarida yuzaga kelib, siydik naylari va qopi toshlari, o'smalari va jarohatlarida yuzaga chiqadi.

Siydik ajratish tizimi kasalliklarining asosiy klinik belgisi siydik ajralishini (diurez), uning rangi, miqdorini, siydik tarkibi va chastotasini buzilishidir. **Diurez** malum vaqt oralig'ida siydikning ajralishi (sutkada meyorda 1000-1800-2000 ml) dir. Tropik mamlakatlarda (issiq) shu jumladan O'zbekistonda ham bu nisbat fasllarga qarab o'zgaradi. Yoz fasllarida tei orqali va nafas yo'llari orqali issiqlik tufayli ko'p suyuqlik ajralishi munosabati bilan siydik ajralishi miqdori kamayadi. Diurez musbat va manfiy bo'ladi. Ichgan suyuqligiga nisbatan siydik ajralishi kam bo'lsa manfiy (qusganda, ich suyuq ko'p o'tganda, ko'p terlash, yurak, buyrak kasalliklarida shish rivojlanish vaqtida, atmosfera havosi haddan tashqari issiq bo'lsa ko'p terlaydi va h.k.). Ichgan suyuqligiga nisbatan siydik ajralishi ko'p bo'lsa musbat diurez hisoblanadi (siydik haydovchi vositalar ichganda shish kamayishida, qandli va qandsiz diabetda). Fiziologik holatga qarab va bazi bir kasalliklarga diurez ko'payishi va kamayishi mumkin.

Bir xil vaqt oralig'ida bir xil miqdorda siydikning ajralishi **izuriya** deyiladi. Bu surunkali buyrak yetishmovchiliklarida, qabul qilingan suyuqlik miqdori va jismoniy ish, atrof muhit harorati va boshqa suv balansiga tasir qiluvchi omillar hisobiga buyrakning siydik ajralish miqdori va kontsentirlash funksiyasi buzilishida yuzaga keladi.

Dizuriya – bu siydik ajralishining buzilishi, og'irlashuvidir. Dizuriyada siydik ajralish miqdorini buzilishi, siydik ajralishi chastotasini buzilishi va siydikning tarkibini buzilishi kuzatiladi.

Enurez – bu siydik ajralishining to'xtamasligi yoki tuta olmaslik. Ko'pincha bolalarda uchraydi. O'tkir enurez prostata bezining kasallanishi orqali ham kelib chiqishi mumkin.

Poliuriya- bu kunlik siydikning 1,8-2,0 (bazan 10-20) l dan oshishidir. Poliuriya (buyrak) nafaqat buyrak kasalligi balki tashqi muhit haroratining pasayishi, biror narsadan ta'sirlanishidan, ko'p suv iste'mol qilish, qandli va qandsiz diabet bilan og'riganda yuzaga kelishi mumkin. Bazan tanadagi boshqa shishlarni bartaraf qilish maqsadida siydik haydovchi vasitalar berilganda ham poliuriya kuzatiladi. Poliuriya buyrakdagi reabsorbtsiya jarayonini, suv so'rilishining pasayishi va buzilishiga olib keladi. **Oligouriya** – bu kunlik siydik miqdorining 500 ml dan kamayishi bo'lib, nisbiy va mutloq bo'ladi. Nisbiy - ko'p terlash, suyuqlikni kam istemol qilish, tashqi muhit haroratining yuqori bo'lishida bo'ladi. Absolyut- takror takror ko'p qayd qilish va ich ketishi olib keladi. Oligouriya buyraklar funksiyasining buzilishi yoki buyrakning surunkali kasalliklarida kelib chiqadi. Bundan tashqari yurak yetishmovchiligida, o'tkir glomerulonefritda, buyrakni nefrotoksik moddalar bilan zaharlanishida shish rivojlanishi vaqtida oligouriya yuzaga keladi.

Anuriya - siydikning siydik qopiga 50 ml dank am yoki umuman to'planmasligini anglatadi. Bu simptom – buyrakda qonning aylanishi to'liq izdan chiqishida hamda buyrak parenximasining boshqa kimyoviy moddalar bilan zaharlanishi orqali va buyrakda toshlar paydo bo'lishi orqali, surunkali glomerulonefrit dekompensatsiya bosqichida yuzaga chiqadi. Anuriya prerenal, renal, posrenal va juda kam holatlarda arenal (buyraklar bo'lmaganda) bo'lishi mumkin. Prerenal buyrakda qon kelmasa (buyrak qon tomirlari trombozi) va yurak yetishmovchiligi III darajada, renal buyrak parenximasi og'ir shikastlanishi, buyrak yetishmovchiligida, posrenal yuqori siydik yo'llarini toshlar hamda o'smalar bilan obturatsiyasi yoki tashqaridan siqilishi natijasida yuzaga keladi va siydik qopiga siydik tushmaydi. Anuriya sekretor-buyrakda ikkilamchi siydik hosil bo'lmaydi va ekskretor siydik qopiga siydik yo'llari orqali siydik tushmaydi (siydik yo'llarini toshlar hamda o'smalar bilan obturatsiyasi yoki tashqaridan siqilishi, orqa miya shikastlanishi, koma holati). Markaziy va periferik nerv sistemasining ish faoliyati buzilganda siydik ajralishining to'xtamasligiga olib keladi. Bu holat ko'pincha o'tkir tsistit yoki siydik pufagining bo'yini o'smasi bilan bog'liq. Shok, og'ir travma, og'ir metal tuzlari bilan zaharlanganda, buyrakdan va siydik nayidan tosh, o'sma bilan siqilishi tufayli siydikni siydik qopiga tushmasligi tufayli yuzaga keladi. Anuriya juda ham o'tkir xastalik hisoblanib, agar u o'z vaqtida davolanmasa o'limga olib kelishi mumkin.

Pollakiuriya – sutkada olti va undan ko'p marotaba siydikning ajralishi. Siydik qopi muskulaturasiga reflektor tasir natijasida yoki tashqi siydik yo'llarini yopilishi, qisilishi natijasida yuzaga keladi. Bu simptom siydik ajratish tizimi kasalliklariga bog'liq (tsistit, uretrit, siydik tosh kasalligi, ushbu tizim

zaxarlanishida) va bog'liq bo'lmagan (prostatit, ayollarda homiladorlik, bachadonni miomasi va undagi boshqa patologik jarayonlar) holatlarda kelib chiqadi. Ayrim hollarda pollakiuriya nevroz kasalligining kelib chiqishida ham katta rol o'ynaydi. Pollakiuriya fiziologik holatda (stress va hayajonlanganda) yoki bazi bir kasalliklarda siydik haydovchi dori vasitalari qo'llanishi hisobiga ham bo'lishi mumkin.

Ishuriya-bu siydik chiqishining tutilishi bo'lib, siydik qopida to'planib qolishi, bemorlar siydik qopini bo'shata olmaydilar. Ishuriya organik va funktsional bo'ladi. Birinchi holat orqa miyani shikastlanishi tufayli, siydik qopi atoniyasi (siydik qopi innervatsiyasi buziladi va uning qisqarish faoliyati izdan chiqadi) o'smalari, prostata bezi adenomasi tufayli siydik yo'lini yopilishi hatijasida yuzaga kelsa, ikkinchi holatda qattiq qo'rqishni misol qilish mumkin.

Stranguriya bu: qiyin, og'riqli siydik ajralishi

Gipoizostenuriya siydik nisbiy zichligining 1,009 dan 1,011 gacha pasayishi (buyrak yetishmovchiligida ko'pincha vujudga keladi).

Shish. Buyrak xastaliklarida asosan bemorning yuqori va pastki qovog'ida va yuzida shish kuzatiladi (113a va b surat) va asosan ertalablari yaqqol namoyon bo'ladi. Bemorlarning yuz terisi oqimtir rangda, yuzlari, yuqori, pastki qovoqlari shishgan hamda ko'z tirqishlari toraygan (facies nephritica **113 a va b surat**).



a 113 surat b

Kasallikning kechki bosqichlarida shish butun tana bo'ylab tarqaladi (anasarka).

Bunday hollarda siydikda qonning shakliy elementlari uchrashi natijasida siydik rangi o'zgaradi (mikro-makrogematuriya) kuzatiladi.

Yashirin shishlarni aniqlash usullari

1. Mak-Klyura-Oldrich sinamasi – buning uchun tirsakni yuqori uchligiga teri ichiga 0,2 ml fiziologik natriy xlor eritmasi yuboriladi va bo'rtma hosil qilinadi. Bu bo'rtma sog'lom kishilarda bir soat atrofida so'riladi, shishga moyillik bo'lsa tez so'riladi va sinama musbat hisoblanadi.

2. Bemor vaznini har kuni o'lchab turish.

3. Sutkalik diurezni o'lchab turish (ichgan suyuqligi va ajralgan suyuqlikni solishtirish).

Bemorlar ko'zdan kechirilganda birinchi navbatda es hushiga etibor beriladi va kasallik boshlanish davrida faol (o'zida) bo'ladi, uremik koma holatida passiv holat, paranefritda, biyrak sanchiqlarida majburiy holatni egallagan bo'ladilar. Bemorlar

teri rangiga, yuz holatiga va shishlarga etibor berish kerak. Bemorlar peshobiga (siyishiga), uning rangiga, miqdoriga, chastotasiga etibor beriladi. Buyrak kasalliklariga siydikdagi o'zgarishlar diagnostik ahamiyatga ega.

Anamnez morbi. Buyrak xastaliklari birinchi navbatda shamollagandan keyin yuzaga chiqib, ko'pincha angina, tepki, skarlatina, otit, sinusit, qandli diabet, sistemali kasalliklar, gipertoniya va boshqa kasalliklardan so'ng glomerulonefrit rivojlanadi. Bemordan o'tkir glomerulonefrit, pielonefrit, tsistit o'tkazganligi yoki shish sindromi, siydik ajralishida buzilishlar, qon bosimi ko'tarilgan yoki ko'tarilmagan, bel sohasida yoki qorinning pastki qismida og'riq bo'lgan yoki bo'lmaganligi so'raladi. Bemorda ish joyida yoki uy sharoitida simob, vismut, kumush, sulema, fosfor preparatlari bilan zaharlanishlar bo'lganligi, dori moddalarning katta peredozirofkasi sulfanilamid preparatlari, gentamitsin, hayot faoliyati davomida qon va uning preparatlari quyilgan yoki quyilmaganligi ham buyrak kasalliklarini diagnostikasida ahamiyatlidir. Bazi bir antibiotiklar (gentamitsin nefrotoksik tasir qiladi), fenatsetin, barbituratlar va kamfora kabi dori moddalar buyrakda allergiya chaqiradi. Kasallik kechish xarakterini so'rash ham ahamiyat kasb etadi (buyraklar aterosklerozi, glomerulonefrit, buyrak amiloidozi. Bunday omillarni so'rab surishtirish buyrak kasalliklar diagnostikasida ahamiyati katta.

Anamnez vitae yig'ishda buyrak kasalliklarini chaqiruvchi omillarga ko'proq ahamiyat beriladi. Hayot davomida dizurik holatlar kuzatilganligi (siydik ajralishining buzilishi, siydik ajralish chastotasining va miqdorini, tarkibini buzilishi, uning rangini o'zgarganligini diagnostikada ahamiyati katta). Ish jarayonida yoki hayot davomida toksik moddalar bilan muloqotda bo'lganligi buyrakni toksik alteratsiyasiga olib keladi. Siydik ajratish tizimi kasalliklariga olib keluvchi omillarga tez-tez shamollash, nam yoki sovuq jayda yashash, organizmning sovuq qotishi, sovuq kiruvchi (skvoznyak) jayda turish yoki ishlash kabi omillar pielonefrit, glomerulonefrit kelib chiqishiga turtki bo'ladi. Hayot davomida o'tkazilgan kasalliklar jinsiy azolar yallig'lanishlari, tuberkulyoz, kollagenozlar, qandli diabet, qon kasalliklari kabi kasalliklar buyrak kasalliklariga olib keladi. Osteomielit, bronxoektaz kasalliklari buyrak amiloidoziga olib keladi. Homiladorlik nefropatiyaga olib keladi. Buyrak va siydik yo'llariga operatsiya bo'lgan yoki bo'lmaganligi to'g'risida so'rab surishtirish kerak. Irsiy kasalliklar va buyrak kasalliklari avlodida qayd etilganligi so'raladi. Keyin allergologik va epidemiologik anamnez yig'iladi.

Ob'ektiv tekshirish usullari

I-Bemorning holatini baholaganda quyidagilarga e'tibor beriladi;

1. Bemorning es-hushi (o'zida, xiralashgan, o'zida emas, stupor, sopor, koma holatida va h. k. Qondagi mochevina miqdorini meyorga nisbatan bir necha baravar oshishi uning xotirasini xiralashiga yoki uremik komaga olib kelishi mumkin.

2. Bemorning holati (faol, passiv, majburiy holat). Kasallikning boshlang'ich davrlarida bemorlar o'z-o'ziga xizmat qila oladilar, faol holatda bo'ladilar, bazanda koma oldi, koma holatlarida passiv holatda bo'ladilar, oz'-o'ziga xizmat qila olmaydilar, kimdir ularga yordam berishi kerak. Buyrak va siydik tosh kasalligi yoki

paranefritda bemorlar majburiy holat egallab turadilar va o'zlarida yengillik sezadilar.

Ko'zdan kechirish-quyidagilarga e'tibor berilishi lozim.

1. Teri rangi: rangpar-oqimtir, dog'lar bor-yo'g'ligiga etibor beriladi;
2. Shishlar lokalizatsiyasiga: mahalliy, umumiy, tarqoq, anasarka; qovoq sohasidan boshlanishi; shish konsistentsiyasiga-yumshoqligiga etibor qaratiladi.
3. Nafas tipiga (uremik komada Kussmaul).
4. Teri hidiga (komada mochevina hidi keladi).
5. Tana haroratiga (gipotermiya, gipertermiya).
6. Teri rangi va holatiga (oqimtir, komada qashalgan tirnoq izlarini ko'rish mumkin).

Buyrak sohasini tekshirish. Bemorning bel va qorin sohasini tekshirgan vaqtda buyrak kasalligini aniqlash qiyin, ammo, buyrak hajmi keskin kattalashganda biror bir malumotga ega bo'lish mumkin. Buyrakning surunkali va o'tkir xastaliklarida bel va qorinning pastki sohasida shish hosil bo'lishi, siydik pufagining tez-tez to'lishi natijasida qorinning pastki (qov usti) sohasini shishganligini ko'rsa bo'ladi. Bu holat ko'pchilik holatlarda siydik tutilishi (funktional va organik) natijasida siydik qopini siydik bilan ko'p miqdorda to'lishi hisobiga yuzaga chiqadi.

Buyrakni paypaslash (palpatio)

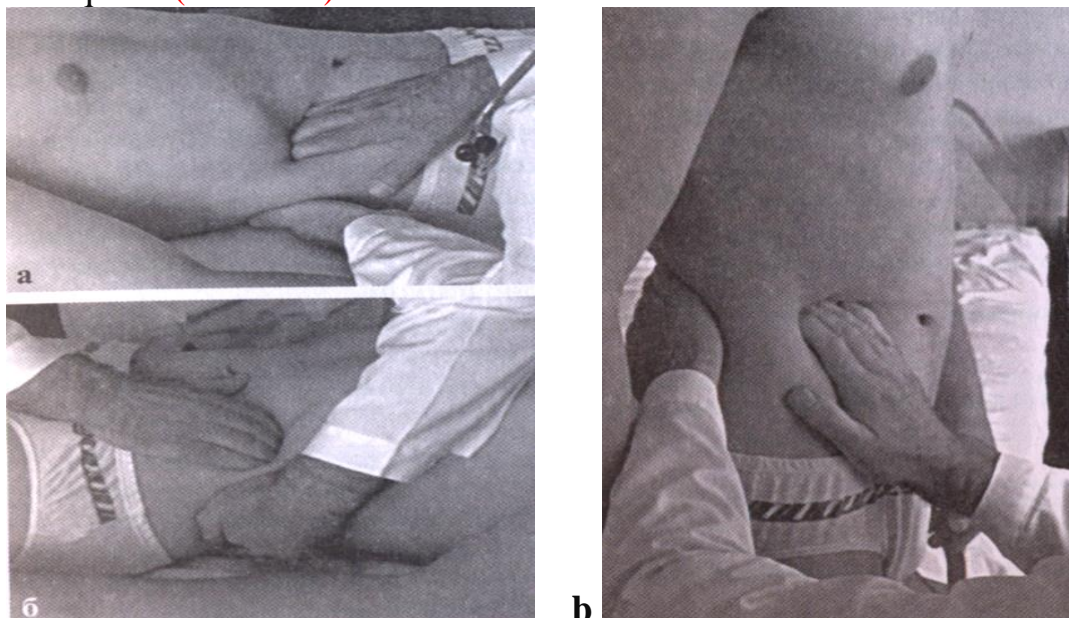
Siydik ajratish tizimi kasalliklarini paypaslaganda quyidagilarga etibor berilishi kerak. Buyrakni obyektiv tekshirishda palpatsiya usulidan foydalaniladi.

1. Buyrakning yuzasimeyorda silliq, tekis va yumshoqbo'ladi, patologik holatlarda yuzasi notekis, konsistentsiyasi qattiq va kattalashgan bo'lishi mumkin.
2. Buyrak sohasida og'riqlar aniqlanadi.

Bemorlarda, ozg'in kishilarda ular buyragini palpatsiya qilishda nafas olish aktida buyrakni paypaslasa bo'ladi. Buyrak pastga siljishida (nefroptozda) uni paypaslash oson, ayniqsa nafas olganda pastga siljiydi. Buyrak palpatsiyasida bimanual palpatsiya usulidan foydalaniladi. Qo'l ichkariga kiritilgandan keyin bemorga nafas olish tavsiya etiladi, bu vaqtda diafragma pastga tushib buyrak ham pastga tushadi va bu vaqtda buyrakni paypaslash mumkin. Palpatsiya orqali chap buyrakning o'ng buyrakka nisbatan I umurtqa pastroqda joylashganini bilib olish mumkin bo'ladi. Buyraklarni palpatsiyalashda bemor gorizental holatida yotib oyog'ini tizzasiga bukkan holatda, qo'llari ko'krak qafasiga qo'yganidan keyin qorin mushaklari susayadi. Buyrakni paypaslashda shifokor o'ng tomonda turib chap qo'lini bemorning bel sohasiga qo'ygan holda barmoqlarning uchi umurtqa pog'onasining yonida bo'lishi, ko'rsatgich barmoq esa 12-qovurg'aga tegib turishi kerak. Qorin mushaklari bo'shashganda barmoqlar yordamida qorin paypaslanadi, shu bilan bir vaqtda chap qo'l kafti bilan bel sohasi bosiladi. Buyraklarni paypaslab tekshirganda ularni shaklini, chegarasini aniqlash mumkin. Demak, meyorda buyrakning uzunligi 12 sm, kengligi 6 sm, yuzasi silliqdir. Buyrak palpatsiyasida bemor ta'sirlanmaydi, ammo keyinchalik o'zini noxush sezib qayt qilishi ham mumkin. Buyrak tuzilishining me'yorda bo'lmasligi o'sma, shish yoki boshqa

patologiyalarning hosil bo'lishidan darak beradi. Ma'lumki, buyraklar boshqa organlardan o'z elastik tuzilishi bilan ajralib turadi, lekin buyrakning turli xastaliklari (piyelonefrit, paranefrit, buyrak o'smalari) da buyrak elastikligini yo'qotib, aksincha dag'allashadi.

Buyrakni paypaslab tekshirib ko'rishimizdan maqsad: Buyrakning katta - kichikligini (hajmini) va qattiq yoki yumshoqligi, yuzasi tekis, notekisligini aniqlashdir. Shakli o'lchamlari yuqoriga pastga va yon tomonga siljishini, og'riq darajasini aniqlash. (114 surat)



114 **a** va **b** surat. Suratda buyrakni paypaslash texnikasi izohlangan.

Balatirlovchi turtib – turib paypaslash yoki (Gyuvon usuli).

A) Qo'llar xuddi bimanual palpatsiyadagidek quyiladi; B) Bel tomondan chap qo'l bilan bir necha marta qisqa –qisqa siltovchi (turtuvchi) harakat qilinadi; G) Buyrak turtki ta'sirida tebranadi;

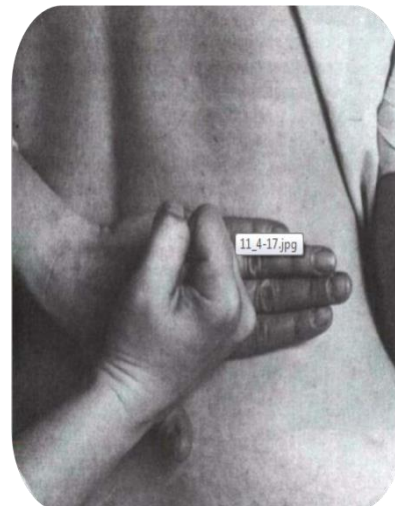
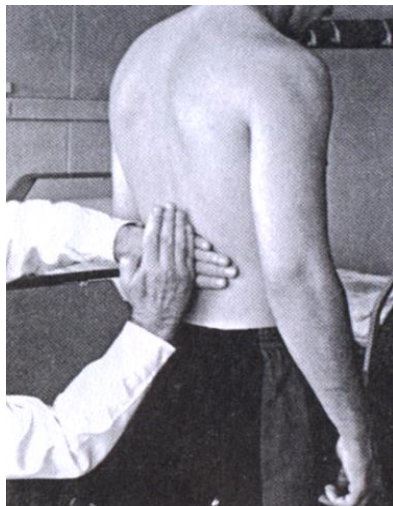
Buyrak paypaslansa 1 darajali: hammasi qo'lga ushlansa 2 - darajali (ren mabilis); o'z joyidan har tomonga siljiy olsa 3- darajali (ren migrans) nefroptoz bo'ladi.

Diagnostik ahamiyati. Palpatsiya orqali og'riq sohalari, shakli, siljishi, qattiq – yumshoqligini aniqlash dastlabki diagnozni qo'yishga ahamiyati kattadir.

Buyrak perkussiyasi (percussion (115 a va b surat)). Siydik ajratish tizimi kasalliklarini perkussiyasida Pasternadskiy simptomi musbat, manfiyligiga e'tibor berilishi kerak.

Pasternatskiy usuli bo'yicha buyraklarni to'qillatib tekshirish usulidan keng foydalaniladi. Ushbu tekshirish usulini qo'llashda, shifokor bemorning o'ng tomonidan turib, chap qo'lini bemorning 12-qovurg'ani umurtqaga birikish sohasiga qo'yib o'ng q'oli bilan urib ko'radi. To'qillatib tekshirish usuli, siydik pufagining yuqori qismini aniqlashda ham diagnostik ahamiyatga ega. Buning uchun shifokor o'ng qo'li bilan bemorning kindik tugunchasidan boshlab pastga va yuqoriga yo'naltirib yurgizadi. Agar siydik pufagi bo'sh bo'lsa, timpanik tovush chov sohasigacha saqlanadi. Siydik pufagining to'lish vaqtida esa timpanik tovush pasayadi.

Buyrakni perkussiya usuli yordamida tekshirish asosan og'riqni aniqlash maqsadida o'tkaziladi.



115 a va b surat

Suratda Pasternadskiy simptomini aniqlash texnikasi izohlangan

Auskultatsiya. Siydik ajratish tizimi kasalliklari auskultatsiyasida yurak tonlari va shovqinlarga baho beriladi.

Buyrak arteriyasi stenozini aniqlashda auskultatsiya usuli qo'l keladi. Buning uchun bemor yuqoriga qarab yotgan holatda bo'lishi kerak. Fonendoskopni qorin devoriga kindikdan 2-3 sm yuqori va 2-3 sm undan tashqariga qo'yiladi va buyrak arteriyasida stenoz bo'lsa, ushbu nuqtada sistolik shovqin eshitiladi. Orqa tomondan bemorning o'tirgan holatiga auskultatsiya qilish mumkin. Buning uchun fonendoskopni qovurg'a-umurtqa burchagiga qo'yiladi va eshitiladi.

Siydik ajratish tizimini tekshiruv asoslari. Urologik amaliyotda buyrak xastaliklarida tez tibbiy yordam ko'rsatish buyrak sanchig'ida amalga oshiriladi. Buyrak sanchig'i ko'pincha siydik tosh kasalligida, siydik nayining bukilib qolishi natijasida yuzaga keladi. Siydik chiqaruv yo'llarida siydik dimlanib qolishi natijasida buyrak jomida qon bosimi ko'tarilib, buyrak o'lchami kengayadi va kuchli og'riq paydo bo'lishiga sabab bo'ladi.

III. Instrumental tekshirish usullari.

Siydik ajratish tizimi kasalliklarida quyidagi instrumental tekshirish usullari o'tkaziladi.

1. Rentgenologik tekshirish usullari.
 - a) ekskretor urografiya;
 - b) retrograd pielografiya;
 - v) infuzion urografiya
2. Kompyuterli tomografiya.
3. Magnit-rezonansli tomografiya
4. Buyrak arteriyasi angiografiyasi
5. Endoskopik tekshirish usullari.
 - a) tsistoskopiya;
 - b) xromotsistoskopiya;
 - v) siydik pufagi, siydik naylari va buyrak oxankasi tsistoskop orqali kateterizatsiyasi;

6. Ultratovush tekshiruvi.
7. Radioizotop renografiya tekshirish usuli.
8. Buyrakni skanirlash

Rentgenologik tekshirish. Rentgenologik tekshirish usulida bemorlarni tekshiruvdan oldin ruhan va jismonan tayyorlanadi. Ruhani tayyorlashda bemorga tekshiruv usulini diagnostik ahamiyati, muolaja og'riqsizligi va sog'ligiga tasir qilmasligi to'g'risida tushuncha beriladi. Bemorlarni tekshiruvga jismonan tayyorlashda ularga tekshiruvdan bir kun oldin uglevodsiz parhez buyuriladi va huqna qilib ichaklari tozalanadi. Bu tekshiruv usulida buyrakni shakli, hajmi, buyrak soni, uning joylashuvi va ularda toshlar borligini aniqlasa bo'ladi. Chap buyrak meyorda o'ng buyrakka nisbatan 1,5-2 sm yuqori joylashgan. Oddiy rentgenologik suratlarda buyrak, siydik yo'llari va qovuq kasalliklarini aniqlash biroz qiyin, lekin ozg'in odamlarda umurtqa pog'onasining ikki tomonida XI ko'krak va III bel umurtqalari sohasida oval shaklidagi soyani aniqlash mumkin. Oksalatli va fosfatli siydik-toshlari buyrakda joylashgan o'rni va siydik chiqaruv yo'lida toshning shakli aniq ko'rinadi. Buyrakning shakli va joylashishi haqida aniqroq ma'lumot olish uchun qorin parda orqasida havo yuborish-retropnevmoreum yoki pnevmoreum usulidan foydalaniladi. Bu usulda buyrakning soyasi yorug' fonda aniq ko'rinadi.

Siydik yo'llarini kontrast moddalar yuborib tekshirishning bir qancha usullari mavjud.

1. Retrograd pielografiya . Ushbu tekshiruv usuli nefrologiyada o'smalar, tuberkulyoz, buyraklarni anomal rivojlanishi, siydik naychalari holati va siydik tosh kasalliklarini aniqlash va tashxislashda qo'llaniladi. Ushbu usul kam qollaniladi.

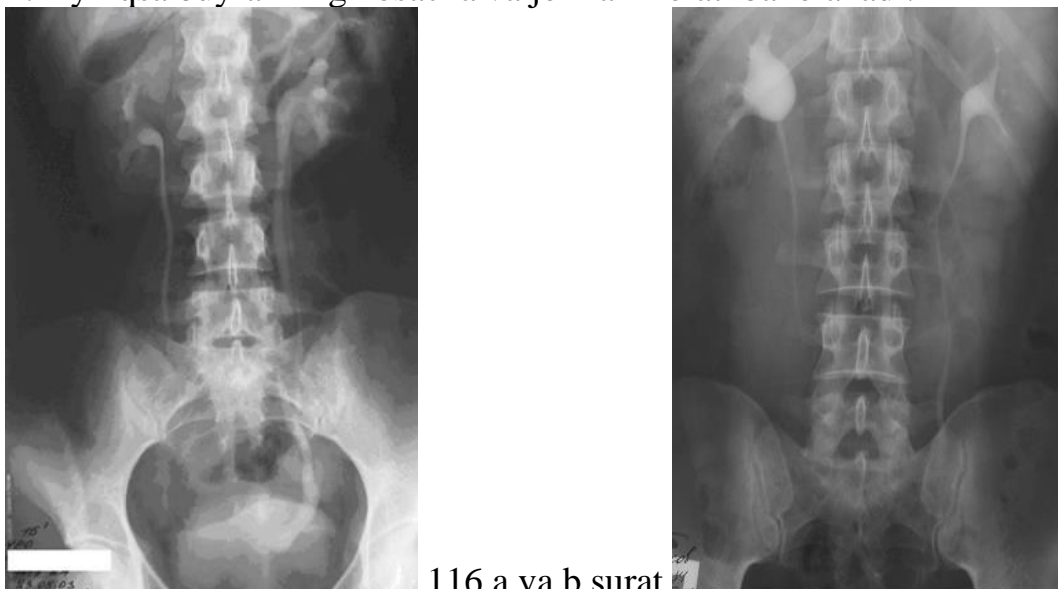
Retrograd pielografiya qilishdan oldin bemorga tekshiruv maqsadi va uni tashxislashda va davolashda ahamiyati tushuntiriladi va tekshiruv o'tkazishdan oldin siydik qopi kateter orqali siydikdan bo'shatiladi va keyin tekshiruv olib borish maqul.

Retrograd pielografiya yoki urografiya kontrast moddalar (sergozin, kardiostat, yodamid, triombrast, urografin, verografin va b.q.) maxsus naycha kateterlar yordamida siydik chiqarish yo'llariga tsistoskop orqali yuboriladi. Tekshirish faqat bir tomonlama olib boriladi, chunki bir vaqtda ikki tomonlama pielografiya qilish mumkin emas. Kontrast modda pastdan yuqoriga ko'tarilib, buyrak jomlarini to'ldiradi. Rentgen suratida siydik yo'li, buyrak kosachalari, jomlarning shakli, buyraklarning joylashishi aniq ko'rinadi. Bu usul ancha qiyin va ko'pgina asorotlar bilan bog'liq bo'lganligi uchun kamroq ishlatiladi.

Antegrad pielografiya. Bu usulda kontrast modda buyrak jomiga teri orqali punktsiya qilinib yuboriladi. Bu usul funksiyasini to'liq yo'qotgan buyrakda qo'llaniladi.

2. Vena ichi ekskretor urografiya (116 a va b surat). Bu tekshiruv usulida buyrak orqali ekskretsiya qilinadigan kontrast modda bemorning tomiriga yuborilib rentgenda buyrak, siydik naychalari va siydik qopi soyalarini ko'rish mumkin. Faqatgina anatomik holatini baholamay balkim funksional holatini ham baholanadi, shuningdek kontrast moddani qanchalik tez va yaxshi ajralishini ko'rish mumkin.

Kontrast yuborilgan bemorga har 1-10-15-20-30-60 daqiqada rentgen tasvir tushiriladi. Ushbu tekshiruv usuli surunkali pielonefritni tashxislashga samarali usuldir. Ayniqsa buyrakning kosacha va jomlari holati baholanadi.



- a) Rentgen tasvirida buyrak va siydik yo'llarini ikkilanishi tasvirlangan.
b) o'ng buyrakni pielouretral stenoz va stenoz ustida jomlarni kengayishi.

Suratlar yordamida buyraklar joylashgan joy, siydik yo'llarining o'tkazuvchanligi haqida aniq ma'lumot olinadi. Buyrak konturlari ham ko'zga tashlanadi. Ular XII qovurg'alar sohasida joylashadi. Siydik yo'llari buyrak jomlaridan o'tmas burchak ostida cho'kib, umurtka pog'onasi yonida bukiladi va pastga qarab yo'naladi. Kichik chanoqqa kirish joyida ular yana bukiladi va qovuqqa birikadi. Rentgen suratlarida buyrak va siydik yo'llaridagi toshlar ham juda aniq ko'rinadi. Agar siydik yo'llarida o'tkazuvchanlik buzilgan bo'lsa (tosh, o'smalar yoki tashqi ta'sirlar natijasida), shu yerdan kontrast moddaning o'tishi uzilib qoladi yoki toraygan bo'ladi. Buyrak arteriyalarini stenoz, aterosklerozi tufayli qon aylanishini buyrakda buzilishini **buyrak angiografiyasi** tufayli aniqlash mumkin. Nefroangiografiya bu rentgenologik tekshirish usuli bo'lib, maxsus kateterlar yordamida son arteriyasidan diotrast yoki kardiostast kabi kontrast moddalar buyrak arteriyalari sathidagi aortaga yuboriladi.

Infuzion urografiya. Ushbu tekshuruv usulu vena ichiga tomchi usulda rentgenoktrast (1 ml/kg massaga yani oddiy ekskretor urografiya dozasiga ko'p) modda vena ichiga 10-15 daqiqa ichida yuborib, buyrak, va siydik yo'llarini rentgenologik tekshirish usulidir. Ushbu tekshirish usuli oddiy ekskretor urografiya tekshruvidan sifatlidir. Agarda nojo'ya tasiri sezilsa darhol kontrast yuborish to'xtatiladi. Infuzion urografiya tekshiruv usuli o'tkazish uchun 60 ml 65% urotrast yoki boshqa kontrast modda 120 ml fiziologik eritma yoki 5% glyukoza eritmasiga qo'shib vena ichiga tomchi usulda yuborilib rentgenda tekshiriladi va 5 daqiqadan so'ng birinchi tasvir olinadi va keyingi tasvir olinishi tibbiy xodim tomonidan belgilanib tasvir olinib xulosa beriladi.

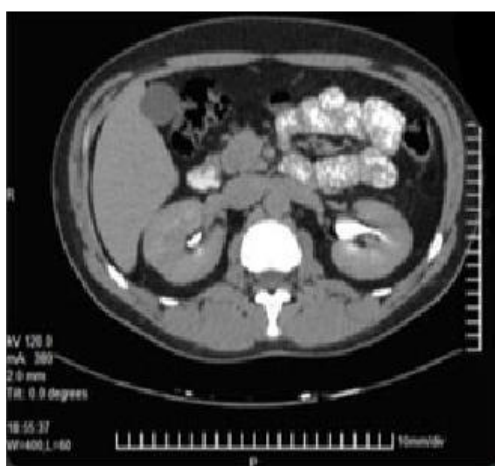
Ekskretor urografiya qarshi ko'rsatma-shok, kollaps, dekompensatsiyaga uchragan buyrak etishmavchiligi, haddan ziyod kuchli giperazotemiya, jigarni og'ir kasalliklari va uning funksiyasini yetishmovchiligi, gipertireoidizm, yod elementiga

sezuvchanlikni yuqoriligi, gipertoniya kasalliklari yurak yetishmovchiligi dekompensatsiya bosqichi bilan tekshiruv o'tkazish mumkin emas.

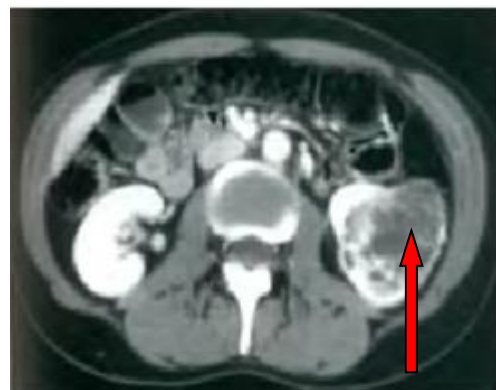
Kompyuterli tomografiya tekshirish usuli. Ushbu usul buyrak to'qimalaridagi patologik o'zgarishlarni aniqlash uchun samarali usul bo'lib, patologik o'zgarishlarni qaysi sohasidaligini qavatma-qavat aniqlab berish imkoniyati bor. Kompyuterli tomografiyada buyrak shikastlanishi xarakteriga baho berish mumkin. Bunda buyrak o'smalarini topishga va ularni buyrakdan tashqariga tarqalganligini aniqlash oson. Shuning uchun murakkab diagnostik jarayonlarda samaradorligi yuqori **117 a, b, c suratga qarang.**

Magnit-rezonansli tomografiya. Magnit-rezonansli tomografiyada tekshiruv obektini uchta yuzaga **ko'ndalang, frontal** va **sagital** yuzada tasvirlab berish imkoniyatiga ega. Bu tekshiruv usulida boshqa usullar bilan tashxislash imkoni bo'lmagan holatlarni tashxislash mumkin. Buyrak tomirlari va tomirlar atrofi (anevrizm, arterio-venoz svish (oqma), tromboz va osmalar) o'zgarishlarini aniqlash mumkin. Buyrak kistalari va kista suyuqligi xarakterini baholasa bo'ladi va qon ketish, qon quyilishini infeksiyadan farqlay olsa bo'ladi.

117 a, b, c surat

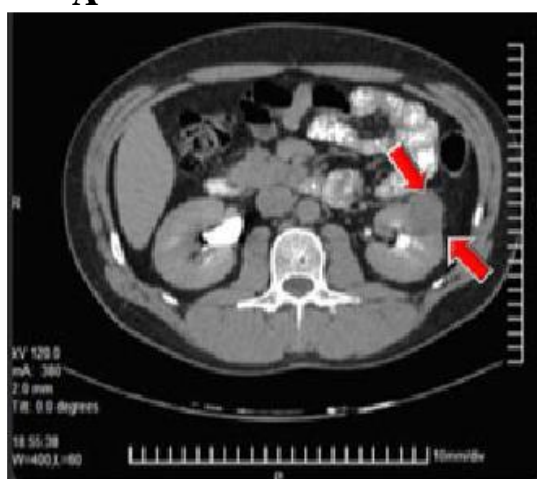


A



Kompyuter tomografda vena ichi kontrastlash yo'li orqali topilgan gigant buyrak o'smasi

B



C 117 a, b, c surat

Buyrak MRT si. Chap buyrakda strelka bilan buyrak o'smasi ko'rsatilgan

Buyrak va siydik yo'llarini ultratovush yordamida tekshirish. Bu tekshirish usuli keyingi paytlarda keng qo'llanmoqda va u tashxis qo'yishda katta ahamiyat kasb etadi. Exografiya yordamida buyrakning katta-kichikligi, bujmayganligi,

shakli, buyrak qobig'ining, jomlarining holati, siydik yo'llaridagi konkrementlar, o'smalar, kistalar va umuman olganda strukturasi aniqlanadi.

Radioizotop renografiya – buyrak funksiyasini o'rganishga yordam beradi. Tekshirish uchun bemor venasiga diotrast yoki gippuran, ^{131}J izotopi yuboriladi va ko'p kanalli radiograf moslama orqali har bir buyrak funksiyasini alohida egri chiziqlar yordamida qayd etib boradi. ^{131}J izotopi dan qonni tozalash tezligi, buyrakni sekretor funksiyasini ko'psatadi. Izotopni siydik qopida to'planishi, yuqori siydik yo'llari tizimi urodinamik yig'indisi hisoblanadi. Radioizotop renografiya tekshiruvi surunkali glomerulonefrit, sil bilan shikastlanishi, pielonefrit, amiloidoz, buyraklardan birida siydik chiqishini buzilishini, buyraklar giperplaziyasini (aniqlash) diagnostikasida samarali usul hisoblanadi.

Buyrak angiografiyasi. Angiografiya tekshiruv usuli buyrak va buyrak usti bezida o'sma jarayoni rivojlanganda, gidronefroзда, vazorenal gipertenziya diagnostikasida samarali usul hisoblanadi. Klinik amaliyotda buyrak angiografiyasida olingan tasvirlarni kompyuterda ishlov beriladi va baholanadi. Ushbu tekshiruv usulida oddiy vena ichi urografiyaga nisbatan yuboriladigan kontrast miqdori 2-3 baravar kam va vena ichiga yuboriladi. Kompyuter bilan buyrak tasvirlarini olish uchun tovush signallarida ishlov berilib malumot olinadi.

Tekshiruvga qarshi ko'rsatma. Buyrak yetishmovchiligida, organizmni yodga bo'lgan sezgirligi oshganda, jigarni og'ir shikastlanishlari ushbu tekshiruvga qarshi ko'rsatma hisoblanadi. Bu tekshiruv usullarini o'tkazish jarayonida allergic reaksiyalar to anafilaktik shokkacha, hushdan ketish, o'tkir buyrak yetishmovchiligi, o'tkir jigar yetishmovchiligi kabilar kelib chiqishi mumkin, shuning uchun tekshiruv olib borilganda bu asorotlarga yordam berishga tayyor bo'lish kerak.

IV. Siydik ajratish tizimini laborator tekshirish usullari

1. Qon tahlili.

- a). Umumiy qon tahlili (anemiya kuzatiladi);
- b). Qonda mochevina miqdori oshadi;
- v). Qonda kreatinin miqdori oshadi;
- g). Gipoproteinemiya

2. Siydik tahlili.

- a). umumiy siydik tahlili (eritrotsituriya, leykotsituriya, proteinuriya, bakteriuriya, glyukozuriya kuzatiladi);
- b). siydikda mochevina miqdori
- v). siydikda kreatinin miqdori

3. Biopsiya materiallari morfologik tekshiriladi.

Buyrakdan biopsiya olish. Bemordan biopsiya olish uchun yozma ravishda roziligi haqida tilxat olinadi. Maxsus nefrologiya bo'limlarida buyrak kasalliklarini aniqlashda undan bioptat (kichkina buyrak to'qimasi) olinadi. Buning uchun aspiratsiya qiluvchi shpritsga uzun biopsion igna o'rnatilib, buyraklar joylashgan yerdan kichkina buyrak to'qimasi olinadi va uni morfologik, mikroskopik tekshiriladi. Agar buyrak kasalligini chaqiruvchisini aniqlash lozim bo'lsa, shu buyrak to'qimasidan bir qismi oziqli muhitga ekiladi hamda keyinchalik o'sgan

floraning qaysi antibakterial dori moddalariga sezgirligi ham aniqlanadi. Bu usul juda aniq tekshirish usuli bo'lishiga qaramay uncha keng tarqalmagan, chunki o'ziga yarasha asoratlar beradi. **Biopsiyaga mutloq qarshi ko'rsatma bo'lib;** 1. Yagona buyrak; 2. Qon ivish tizimini buzilishi (gipokoagulyatsiya, trombotsitopeniya, gemorragik diatez); 3. Buyrak venalari trombozi; 4. Gidronefroz, pionefroz, polikistoz hisoblanadi. **Nisbiy qarshi ko'rsatma;** 1. Og'ir arterial gipertoniya diastolik bosim 110 mm. sim. ust.dan yuqori bo'lsa; 2. Surunkali buyrak yetishmovchiligida kreatinin miqdori 0,44 mmol/l dan yuqori bo'lsa; 3. Buyrakni patologik siljishi; 4. Tomirlarini rivojlangan aterosklerozi hisoblanadi. **Asoroti.** Buyrak jomlariga, kapsula ostiga, kletchatkaga qon quyilishi, gematomalar hosil bo'lishi, biopsiya qilingan joyni yiringlashi, qo'shni azolarni shikastlanishi hisoblanadi.

Siydik ajratish tizimini laborator tekshirish usullari

Siydik ajratish tizimi kasalliklarida siydikning tarkibi va miqdori o'zgaradi. Siydikning miqdori kamayishi, ko'payishi mumkin. Uning tarkibida qonning shakliy elementlari, oqsil, qand, mikroorganizmlar, kreatinin, siydik kislotalarini patologik holatlarda aniqlash mumkin.

Oqsil. Oqsilning siydik bilan ajralishi proteinuriya deb yuritiladi. **Proteinuriya fiziologik va patologik** bo'lishi mumkin.

Oqsilning siydik bilan ajralishi siydik ajratish tizimi kasalliklarini asosiy belgilaridan hisoblanadi. Meyorda siydik bilan bir sutka davomida 50-200 mg oqsil ajralishi mumkin. Garchi siydik tarkibidagi oqsil miqdori 0,033 gr/l dan ko'p bo'ladigan bo'lsa, bu patologik jarayondan dalolat beradi. Adabiyotlarda ko'rsatilishicha sutka davomida oqsil siydik bilan bir xil ajralmas ekan. Oqsilning ajralishi ko'proq tananing gorizontol holatiga va kunduziga to'g'ri kelar ekan. Shuning uchun sutkalik proteinuriyani aniqlash maqsadga muvofiqdir.

Siydik tarkibidagi oqsil miqdoriga qarab; **rivojlangan** proteinuriya 3 gr/sut ko'p; **rivojlanmagan** proteinuriya 1-3 gr/sut dan kam va **qisman** proteinuriya 1 gr/sut va undan ham oz bo'ladi. Siydik tarkibidagi oqsillar kichik molekullari oqsillar, globulinlar hamda albuminlar bo'ladi. Proteinuriya sababiga qarab quyidagi shakllarga bo'linadi. **Buyrakka bog'liq proteinuriya**-glomerulyar, tubulyar va aralash bo'ladi. Buyrakka bog'liq bo'lmagan proteinuriya-gemodinamik yani siydik ajratish tizimi yo'llari va kanalchalarida qonning dimlanishi hisobiga yuzaga chiqadi. Bunday xarakterga ega bo'lgan proteinuriya yurak yetishmovchiligida, siydik yo'llari venalari trombozida, oqsil ko'pligi hisobiga qon plazmasining onkotik bosimi oshishi (mielom kasalligi) da kuzatiladi.

Oqsilning siydik bilan ajralish mexanizmi. Genli chigalining chiquvchi qismida alohida oqsil uroproteinning sekretsiyasi yuzaga keladi. Oqsilni filtrlash uchun buyrak filtri 3 qavatdan iborat. Birinchi qavat epiteliy qavati, ikkinchi qavat bazal membrana (ikki qavat geldan iborat) qavati. Uchinchi qavat epiteliyal hujayralar podotsitlar qavatidan tashkil topgan. Uchinchi qavatni tanasi va oyoqchalari bor va bazal membranada o'rnashgan. Podotsitlar orasida teshiklar bor va shu teshiklar orgali qisman albuminlar va kichik molekullari oqsillar o'tadi. Albuminlarning asosiy massasi buyrak filtridan o'tmaydi, chunki buyrak filtri va

albuminlar bir xil musbat zaryadlangan, bir-birini itarishi tufayli ular buyrak filtridan o'tmaydi. Buyrak shikastlanishida (immun komplekslar, yallig'lanishda, degenerativ va sklerotik o'zgarishlarda) bazal membrana, endoteliy va padotsitlar zaryadi o'zgaradi va albuminlar buyrak filtridan erkin o'tadi va proteinuriya yuzaga keladi. Ko'pincha glomerulonefrit, amiloidoz, diabetik glomeruloskleroz va gipertoniya kasalligida buyrak filtri shikastlanadi.

Fiziologik holatlarda ham proteinuriya bo'lishi mumkin. 1. Ortostatik proteinuriya-Astenik va lordozi bor kishilarda 30 yoshgacha kuztilishi mumkin. 2. Tana harorati ko'tarilishidagi proteinuriya-ko'pincha bolalar va keksalarda kuzatiladi. 3. Zo'riqish proteinuriyasi- og'ir jismoniy ishlar bajarganda, zo'riqishlarda, stress holatlarda va organizmni haddan ziyod sovuq qotishida yuzaga keladi. Funktsional proteinuriyada qisman oqsil (1 gr/s) ajralib, keyinchalik o'tib ketadi va eritrotsituriya, leykotsituriya hamda bakteriyauriya bilan kechmaydi.

Proteinuriya yolg'on musbat bo'lishi ham mumkin. Mioglobinuriya, eritrotsituriya va leykotsituriya va ularning parchalanishi hisobiga, bazan yodli kontrast modda yuborilganda hamda siydikda penitsillin, tsefalosporinlar hamda sulfanilamid preparatlari siydikda bo'lganda yuzaga keladi.

Proksimal kanalchalarning reabsorbtsion xususiyati pasayishi hisobiga kanalchali proteinuriya yuzaga keladi. Kanalchali proteinuriyada 2β -mikroglobulinlar - albuminlardan ustunlik qiladi. Meyorda ko'ptokchalardan filtrlangan 2β -mikroglobulinlar, kanalchalarda to'liq qayta so'riladi. Pielonefritda, kanalchalarning o'tkir nekrozida, buyrak transplantantini ko'chishida va tug'ma tubulopatiyalarda kanalchali proteinuriya kuzatiladi.

Qand. Siydik bilan qand ajralishi glyukozuriya deb yuritiladi. Meyorda siydik tarkibida qand uchramaydi ammo, haddan tashqari uglevodlarni ko'p istemol qilinsa glyukozuriya kuzatiladi, bazanda kunduzgi portsiyada ham uchraydi. Shuning uchun ham siydik tarkibidagi qandni aniqlash uchun, ertalab nahorda tahlil olinadi. Bazanda qonda qand miqdori meyorda bo'lishi mumkin va siydikda glyukozuriya kuzatiladi. Bu kanalchalar disfunktsiyasidan dalolat beradi. Bu halat ko'pincha nefrotik sindrom va glomerulosklerozda ko'proq uchraydi. Bazanda qand miqdorini tekshirish uchun bemor siydigini bir kecha-kunduz davomida yig'ishi lozim. Erta bilan soat 8 da bemor siydik qopini bo'shatishi lozim. Bir kecha-kunduz mobaynida yig'ilgan siydik bitta idishga yig'iladi. Barcha idishlardagi siydik yaxshilab aralashtirilib, undan 100-200 ml kichikroq idishga solinib tahlil uchun yuboriladi.

Siydikni tekshirish. Siydikni tekshirish faqatgina buyraklarning funktsional holatini aniqlab qolmay, balki (siydikning klinik va boshqa tahlillari), boshqa a'zolar, masalan, siydik qopi, o't pufagi, jigar kasalliklarini, shuningdek moddalar almashinuvining o'zgarishlarini aniqlab olishga ham imkon beradi. Tekshirish uchun ancha kontsentrlangan holda bo'ladigan ertalabki siydikdan foydalaniladi, uni bemor kasalxonaga kelib yotganidan keyingi birinchi kuni ertalab olinadi. Keyinchalik kasalxonada 7-10 kunda kamida 1 marta siydik tahlil qilib turiladi.

Davolash jarayonida, operatsiyalar qilingandan keyin, kasalga qon quyishdan avval yoki keyin boshqa a'zo hamda tizimlardagi patologik o'zgarishlarni aniqlashda siydikni ancha tez-tez klinik analiz qilib turish zarur bo'ladi. Ayol kishining siydigini olishdan avval tashqi jinsiy organlarini yuvish lozim, bordiyu, u hayz ko'rgan bo'lsa, kateter yordamida siydik olish kerak. Umumiy analiz uchun 150-200 ml siydik kifoya. Siydikni yaxshilab yuvilgan idish yoki tagiga tutiladigan tuvakka olinadi. Tuvakdan siydikni laboratoriyaga jo'natish uchun toza shisha idishga quyib olish lozim. Bakteriya va zamburug'larni aniqlash (ekib ko'rish) va biologik tekshirish uchun siydik olishdan avval tashqi jinsiy a'zolari dezinfektsiyalovchi eritma (masalan, furatsilin yoki kaliy permanganat eritmasi) bilan yuvish va steril kateter bilan maxsus idishga 15-20 ml siydik olib, uning og'zini darrov berkitish zarur. Olingan siydikka antiseptik moddalar qo'shilmaydi. Har xil sharoitlar ta'siri bilan jismoniy ish natijasida, badan qizib ketganida, ichilgan suyuqlik miqdori, iste'mol qilingan ovqatning xususiyatlariga qarab, hattoki odam ortiqcha his-hayajonlarga berilganida siydik o'z xossalarini o'zgartirib qo'yadi.

Laboratoriya tekshiruvi uchun siydik yig'ish. Kerakli ashyolar: toza shisha idish, yo'llanma, plastmas probirka. **Muolaja algoritmi:** Siydik yig'ishdan oldin bemorning jinsiy a'zolari yaxshilab yuviladi. Hayz ko'rish davrida siydik tahlili olish 2-3 kun tugaguncha va 5-7 kun tsistoskopdan so'ng tavsiya qilinmaydi, bordiyu bunga zarurat bo'lsa, siydikni kateter yordamida olinadi. **Umumiy tahlil uchun siydik yig'ish.** Buning uchun bir necha ml siydik kerak bo'ladi. Umumiy tahlil uchun yig'ilgan siydik 1,5-2 soatdan ortiq **saqlanmasligi** kerak va 2-8°C dan yuqori bo'lmagan harorat bo'lishi kerak. Bemor 100—200 ml ertalabki siydigini toza quruq shisha idishga yig'ishi lozim. Idishga bemorni ismi sharifi, tahlil olingan kuni va tekshirish kuni hamda maqsadi yozilgan qog'oz kleylanadi va laboratoriyaga jo'natiladi. **Siydikni bakteriologik tekshirish.** Siydik olish uchun 12 ml li yashil rangdagi **118 surat. SARSTEDT** probirkasi to'ldiruvchi qismi bilan ishlatiladi va bakteriyalar ko'paymasligi uchun Borat kislotasi o'zida saqlaydi. Xona haroratida borat kislotasi bakteriyalarni 48 soat davomida ko'payishiga yo'l qo'ymaydi. **Nechiporenko usulida siydik yig'ish.** Bemorga siydik yig'ishning bu usuli tushuntiriladi. Buning uchun bemorning tashqi jinsiy a'zolari yuviladi va siydikning «o'rta qismi» toza idishga yig'iladi. Analiz uchun ertalab uyqudan so'ng olinadi va siydikning o'rta qismi idishga olinadi. Yoki sutkaning istalgan vaqtida olish mumkin. Birinchi va oxirgi portsiya unitazga yuboriladi. Siydik olish uchun 12 ml li sariq rangdagi **SARSTEDT (urine)** probirka shpritsdan foydalaniladi. Buning uchun toza idishda siydik olinadi va idishdan siydik shprits orqali olinadi. Shprits sariq kalpachok bilan burilib yopiladi va bu kalpachokda porshen mavjud. Shprits siydikka tushirilgandan so'ng porshen tortiladi va shprits siydikka

to'ldiriladi to belgilangan nuqtagacha yani 12 ml gacha. Siydik olingandan so'ng kalpachok yaxshilab yopilib keyin sindiriladi (119 surat). Tahlil uchun -2-3 ml



118 surat



(119 surat)

siydik yetadi. Yo'llanma yozilib, siydik iliqqligida laboratoriyaga jo'natiladi. Tekshirishda 1 ml siydik tekshiriladi va normada eritrotsitlar 1000, leykotsitlar 4000, tsilindrlar 220 tagacha bo'ladi, buyrak kasalliklarida bular miqdori oshadi.

Zimnitskiy usulida siydik yig'ish. Bemorga bir kun oldin siydik yig'ish qoidalari tushuntiriladi. Bemor ertalab soat 6 da qovug'ini bo'shatadi va siydikning bu qismi to'kib tashlanadi, so'ngra u kun mobaynida 3 soatlik tanaffus bilan har gal alohida idishga siydigini yig'adi, hamshira bir kun avval kechqurun 8 ta toza shisha idishni tayyorlab ularning har biriga bemorning ismi sharifi, idishning tartib raqami yozilgan qog'oz yopishtirib qo'yadi. Bemor ertalab soat 9 dan boshlab ertasiga soat 6 gacha 8 marotaba qovug'ini bo'shatishi lozim. Siydikning barcha qismi laboratoriyaga jo'natiladi. Kunlik siydik miqdorini o'lchab tungi va kunduzgi diurez aniqlanadi. Kunduzgi diurez (ertalab soat 9-18 gacha) tungidan ko'p bo'lishi kerak. Meyorda u umumiy diurezning taxminan 2/3 qismini tashkil etadi. Soat 22.00 -6.00 gacha bo'lgan siydik miqdori tungi diurez hisoblanadi. Sog'lom kishilarda bu umumiy diurezning 1/3 qismini tashkil qiladi. Umumiy kunlik siydik miqdori odatda bir kunda ichilgan suyuqlikning 65—75% dan iborat bo'ladi. Kunduzgi diurez tungidan ko'p bo'lsa va siydikning nisbiy zichligi 1,008 dan 1025 gacha o'zgarib tursa buyraklarning funktsional qobiliyati yaxshi hisoblanadi. Siydik nisbiy zichligining pasayishi buyraklar faoliyatining yetishmovchiligidan darak beradi. Siydikning nisbiy zichligining oshish qandli diabetda uchraydi.

Addis-Kakovskiy usulida siydik yig'ish. Bemorga bir kun oldin siydikni qanday yig'ish tushuntiriladi. Bemor siydikni yig'ishdan oldin kechqurun soat 10 larda siydik qopini bo'shatishi va imkon daraja tunda hojatga bormasligi lozim. Erta bilan soat 8 da siydik toza shisha idishga yig'iladi va laboratoriyaga jo'natiladi. Addis-Kakovskiy usulida bemorlardan 10 soatlik siydigi yig'iladi, 12 minutlik miqdori 1/50 qismi olinib tsentrifuga qilinadi va mikroskop ostiga Goryaev kamerasida ko'radi va sutkalik miqdoriga hisoblaydi. Normada eritrotsitlar 1 mln, leykotsitlar 2 mln, tsilindrlar 20 ming, kasallarda shakliy elementlarlar miqdori oshadi. Siydikni tekshirish uchun asosan ertalab olinadi. Leykotsit, eritrotsit va tsilindrlar (soni), qon elementlarini aniqlash uchun yig'ilgan siydik tahlilxonaga 1 soat ichida olib boriladi. Yo'llanmada umumiy tushuntirish ma'lumotidan tashqari siydikning umumiy miqdori yoziladi. Sinamani o'tkazishga monelik qiladigan hollar

yo'q. Agar siydik miqdorining biror qismi shishaga sig'may qolsa, qolgan qismi ikkinchi shishaga quyiladi va qog'ozga belgilab yuboriladi.

Ambyurje usulida siydik yig'ish uchun 3 soatlik siydik miqdori yig'iladi, qonning shakliy elementlari faqat 1 minutlik siydik miqdoriga hisoblanadi.

V-Buyrakni funksional tekshirish usullari

Buyrakning funksiyasi. Buyrak organizmda gomeostaz funktsiyani bajarib, hujayra tashqi suyuqligini va qon hajmini, organizmda kislota - ishqor muvozanatini, qon bosimini, eritropoezni boshqaradi va azot almashinuvi natijasida hosil bo'ladigan oxirgi maxsulotlarni ekskretsiya qiladi.

Buyrak funksiyasini aniqlash uchun siydikda uning; 1. nisbiy zichligi aniqlanadi, Zimnitskiy sinamasida ham aniqlasa bo'ladi; 2. Qonda va siydikda kreatinin miqdori aniqlanadi; 3. Koptokchalarda filtratsiya tezligini aniqlanadi; 4. Buyrakda siydikning suyultirish va kontsentirlash funktsiyasi aniqlanadi. Siydikning nisbiy zichligi buyrakning suyultirish va kontsentirlash funktsiyasidan dalolat beradi. Bu hujayradan tashqi suyuqligini boshqarishidir. Siydikning nisbiy zichligi 1005-1025 atrofda bo'ladi. Siydikning nisbiy zichligi organizmga kirgan va ajralib chiqqan suyuqlik miqdoriga bog'liq. Qancha ko'p suyuqlik ichsa siydik miqdori ko'p bo'lib, nisbiy zichligi past bo'ladi va aksincha kam suyuqlik istemol qilsa, ko'p terlasa, ichi suyuq o'tsa, ko'p qusish bo'lsa ko'p suyuqlik yo'qotilsa, siydik miqdori kam bo'lib, uning nisbiy zichligi yuqori bo'ladi. Siydikni nisbiy zichligini yuqori bo'lishi nefrotik sindromda siydikda oqsil bo'lganligi tufayli va qandli diabetda siydikda qand bo'lganligi tufayli yuzaga keladi.

Siydikning ertalabki portsiyasida uning nisbiy zichligi 1020-1018 bo'lsa buyrakning kontsentirlash funktsiyasi meyorda deb qarash mumkin. Qayta nisbiy zichligini tekshirganda u past bo'lsa unda buyrakni kontsentirlash funktsiyasi pasaygan bo'ladi. Siydikda nisbiy zichlikni past bo'lishi surunkali buyrak yetishmovchiligida, surunkali interstitsial nefritda, pielonefritda, kanalchchalat disfunktsiyasida, buyrak qandli diabetida, polikistoz va gidronefroзда kuzatiladi. Buyrakni kontsentirlash funktsiyasini aniqlash uchun maxsus Zimnitskiy sinamasidan faoydalanamiz va bir sutka davomida 8 portsiya har 3 soatda alohida idishlarda siydik yug'iladi. Sog'lom insonlarda sutkalik siydik miqdori ichilgan suyuqlikni 70-75% ni tashkil qiladi. Meyorda sutkalik siydik miqdorini 65-80% kunduzgi siydikka to'g'ri kelishi kerak. Sutkalik siydik miqdorida, Zimnitskiy sinamasida siydikni nisbiy zichligini o'zgarishi 12-16 dan kam (misol;1008-1020; 1006-1022) bo'lmasligi kerak. Buyrakning suyultirish funktsiyasi buzilganda (ortishida) siydikning biror bir portsiyasida uning nisbiy zichligi 1011-1013 dan past bo'lmaydi va aksincha kontsentratsion funktsiyasini pasayishida biror bir portsiyada uning nisbiy zichligi 1020 dan yuqori bo'lmaydi. Siydikning naicbiy zichligi 1011-1013 dan past bo'lsa gipostenuriyadan dalolat beradi va bu buyrak kasalliklarida yuzaga keladi. Buyrakni kontsentirlash va suyultirish qobilyatini aniqlash uchun Folgard sinamasi bo'yicha 36 soat davomida quyuc ovqat istemol qilinadi, suyuq ovqat istemol qilinmaydi. Siydik xuddi Zimnitskiy sinamasiga o'xshab yig'iladi. Buyrakning kontsentratsion funktsiyasi yaxshi bo'lganda siydik miqdori 500-600 ml gacha kamayadi. Bunda siydikning nisbiy zichligi 1028-1034

gacha oshadi. Buyrakning konsentratsion xususiyati pasaygan bo'lsa, siydik miqdorida o'zgarish kam bo'lib (siydik miqdori deyarli kamaymaydi), siydikning nisbiy zichligi 1028 dan oshmaydi. Bazanda quruq ovqat istemol qilib, modifikatsiyalangan metod ham o'tkazish mumkin. Bunda bemor kunduzi soat 2.00 dan 8 ertalabgacha suyuqlik ichmaydi. Ertalab soat 8 da bemor siyadi va bu siydikdan analiz olinmaydi va 1-1,5 soat davomida siydik yig'iladi, unda nisbiy zichlik aniqlanadi, o'rtacha 1024 bo'lishi kerak. Bundan past bo'lsa, buyrak funksiyasini pasayishidan dalolat beradi.

Buyrakni suyultirish funksiyasini aniqlash sinamasi. Bu usulda suniy gipergidratatsiya qilinganda, buyrakni maksimal siydikni suyultirish qobiliyatini aniqlanadi. Tekshiriluvchiga bir marta yoki sutka davomida ko'p miqdorda suv ichiriladi. Bir martalik sinamada tekshiriluvchi 30-90 daqiqa davomida suyuqlik ichadi. Suyuqlik miqdori 20 ml/kg tana massasiga to'g'ri kelishi kerak. Sog'lom kishilarda siydikning nisbiy zichligi 1003 gacha pasayadi. Bunda birinchi 2 soat davomida ichilgan suyuqlikni 50% dan va 4 soatda 80% dan ortig'i ajralib chiqishi kerak. Buyrak funksiyasi buzilganda siydikning nisbiy zichligi 1004 dan pasaymaydi.

Kreatinin miqdorini aniqlash. Kreatinin mushak hujayralar tomonidan ishlab chiqariladi va koptokchalarda filtirlanadi, lekin, qayta so'rilmaydi va siydik bilan ekskretsiya qilinadi. Shuning uchun qondagi kreatinin bilan, uning siydikdagi ajralgan miqdoriga qarab, buyrakni ekskretor funksiyasini aniqlash mumkin. Kreatinin miqdori mochevina va qoldiq azotdek jismoniy va fizik zo'riqishga va dietaga bog'liq emas. Qonda kreatinin miqdori 0,06-0,123 mmol/l ga teng. Buyrakning ekskretor funksiyasi pasaysa kreatinin miqdori qonda ortadi.

Koptokchalarda filtrlash tezligini aniqlash. Bunda tashilib filtrlanadigan, qayta so'rilmaydigan moddalar klirens (tozalash) metodi qo'llaniladi. Buning ushuni kreatinin qo'llagan maqul va insulin hamda mochevinani ham qo'llasa bo'ladi. Bu usulda kreatininning siydikdagi va qondagi miqdori aniqlanadi va minutlik diurezga qarab formula bo'yicha aniqlanadi. Meyorda 80-120 ml/daq bo'ladi. Koptokchalarda filtratsiya tezligi (KFT) ni bilib, filtratsiyani % larda hisoblanadi. KFT – minutlik diurez KFT %

Insonlarda fiziologik holatda 40 yoshlardan so'ng KFT pasayadi, taxminan yiliga 1 % ga pasayadi. 80 yoshdan oshgandan so'ng KFT 40 dan 80 ml/daq gacha tashkil qiladi. Buyrak kasalliklarida filtratsion jarayonlar susayib ketadi. SBE KFT 2-5 ml/daq pasayishi mumkin. Buning sababi funksiyasini bajaruvchi nefronlar sonini kamayishi, koptokchalarni filtrlash qobiliyatini pasayishi, buyrakda plazma oqib kelishini susayishi, buyrak kanalchalari obstruksiyasi shikastlangan buyrak epiteliylari ko'p filtratsiya bo'lish jarayoni bilan bog'liq. Bu surunkali glomerulonefrit, surunkali pielonefrit, surunkali interstitsial nefrit, amiloidoz, nefroskleroz, arterial gipertenziyada yuzaga keladi. Bundan tashqari KFT ni pasayishi gipotoniya, shok, gipovolemiya, rivojlangan yurak yetishmovchiligida ham kuzatiladi

Kam holatlarda bazi patologiyalarda giperfiltratsiya ham bo'lishi mumkin. Bunda KFT 120 ml/daq dan ortishi mumkin. Bu holat qandli diabetning

boshlang'ich davrlarida, gipertoniya kasalligida, surunkali glomerulonefritning boshlang'ich davrlarida kuzatiladi.

Siydikni diastazaga olish. Bu tekshiruv uchun 50 ml konservantsiz yangi siydik olinib, laboratoriyaga jo'natiladi.

Reberg sinamasi. Bir minutda buyrak tugunchalari orqali qancha plazma filtratsiya qilinishi va qancha qayta so'rilishini aniqlash uchun kreatininni qonda va siydikda aniqlash usulidan foydalaniladi. Kreatininni faqat tugunchalarda filtratsiyalanib, buyrak naychalarida qayta so'rilmaydi.

Reberg sinovini bemorga kreatinin ichirib va ichirmasdan o'tkazish mumkin.

Birinchi usulda bemorga nahorga 3 g kreatinin va 500-1000 ml suv ichiriladi va qovuq bo'shalgandan keyin vaqt belgilanadi. Keyin siydik har soatda alohida idishlarga yig'iladi va har soat oralig'ida venadan qon olinadi. Qonda va siydikda kreatinin miqdori aniqlanadi.

Agar bir minutdagi plazma filtratsiyasini Φ , diurezni Δ deb belgilasak, $\Phi = C_{kr} \Delta$ Π kr formula kelib chiqadi. C_{kr} –siydikdagi kreatinin, Π kr- plazmadagi kreatinin. Suvning kanalchalardagi reabsorbtsiyasi quyidagi formula orqali aniqlanadi: $(\Phi - \Delta) \times 100$ va sog'lom odamda u 98,5-99% ni tashkil qiladi.

Ikkinchi usul bo'yicha bemor ertalab qovug'ini bo'shatgandan keyin 1 soatdan so'ng venadan qon olinadi, 2 soatdan keyin yana siydik yig'iladi, shundan so'ng qonda va siydikda kreatinin miqdori aniqlanadi.

Sog'lom odamda Reberg sinamasi bo'yicha tuguncha filtratsiyasi 100-150 ml/min. bo'ladi. Buyrak yetishmovchiligida filtratsiya 30-10 ml/min.gacha, uremiyada esa 1-2 ml/min.gacha kamayib ketadi.

Amaliy mashg'ulot 10

Buyrak va siydik ajratish tizimi kasalliklari. Asosiy klinik sindromlar.

Nefrotik sindrom

Nefrotik sindrom badanning ko'p joylariga shish kelishi, proteinuriya, gipoproteinemiya, giperxolesterinemiya bo'lishi bilan xarakterlanadi. Bu sindrom

surunkali glomerulonefrit, homiladorlarda nefropatiya bilan o'tayotgan qandli diabet, amiloidoz, kollagenozlar, sil, sepsis, bezgak va boshqa kasalliklar mahalida paydo bo'ladi. Bu sindrom surunkali glomerulonefritda hammadan ko'ra ko'proq kuzatiladi. Nefrotik sindromning avj olib borishi asosan yog'lar va oqsillar almashinuvining izdan chiqishiga bog'liq. Bunday kasallarning siydigida ko'p miqdorda bo'ladigan oqsil zarralari va lipidlar buyrak tanachalari devoriga shimilib epitelial hujayralarda distrofik o'zgarishlarni keltirib chiqaradi.

Klinikasi: ko'zga yaqqol tashlanib turadigan sindromi shishlardir. Ular asta-sekin avj olib borib yuzga, gavdaga, oyoq-qo'llarga tarqaladi. Qorin bo'shlig'i, plevra va perikard bo'shlig'ida va hatto yirik bo'g'imlarning bo'shliqlarida shish suyuqligi to'planib qoladi. Diurez 300-500 ml gacha kamayib oligouriya kuzatiladi. Siydikda bir talay 8-20 g/l miqdorida oqsil bo'ladi. Albumin- globulin koeffitsienti keskin pasayadi. Shishlar paydo bo'lishining sababi gipoproteinemiyaadir. Qondagi

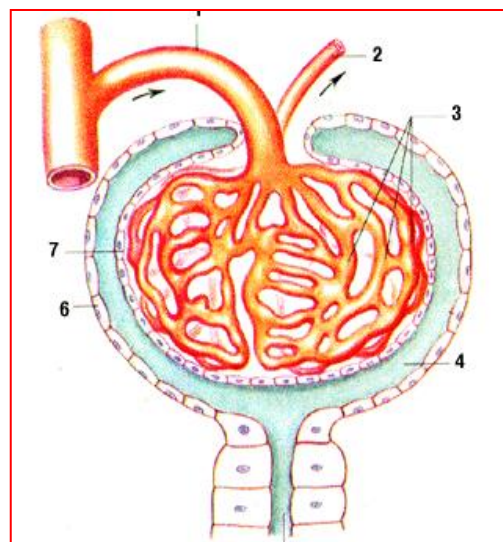
xolesterin miqdori 20,67 mmol/l gacha ko'payadi. Nefrotik sindrom ko'pincha har xil infeksiyon asoratlar bilan birga davom etadi.

Amaliy mashg'ulot 11

O'tkir va surunkali glomerulonefrit klinikasi, diagnostikasi.

O'tkir glomerulonefrit

Glomerulonefrit - buyraklar ko'ptokcha apparati tomirlarining yallig'lanishi bilan kechuvchi immunoallergik kasallik. Kasallikni qo'zg'atuvchi A gruhgagi betta gemolitik streptokokklar bo'lib, gematogen yo'l orqali surunkali infeksiya o'choqlaridan buyrakka tushadi (otit, sinusit, skarlatina, tonsilit, tishlar kariesi, pnevmoniya, anginadan, yuqori nafas yo'llari, ba'zan difteriya, o'pka yallig'lanishi, toshmalı terlama, ich terlama va asosan streptokokklar, virusli kasalliklardan va b. q.) kasallik rivojlanadi. Kasallik rivojlanishiga sovuq ob-havo, namgarchilik ta'siri zamin yaratib beradi. Tizimli kasalliklar, nurlanishlar ham glomerulonefrit rivojlanishiga asosiy o'rin egallaydi (120 surat). Glomerulonefritning rivojlanishida immunoallergik mexanizmlar o'rin egallaydi.



Klinikasi. Bemorlarning asosiy shikoyatlari yuzlarida, qovoqlarida, tanasida, oyoqlarida shish, bosh og'rig'i, ish qobiliyatining, ko'rish qobiliyatining pasayishi, peshobi miqdori kamayishi, rangini o'zgarishiga, hansirashga, bo'g'ilishga shikoyat qiladilar.

Tanadagi, qovoqdagi shishlar asosan ertalab namoyon bo'ladi. Bu shishlar keyinchalik tananing boshqa sohalariga tarqaladi, **120 surat** qon bosimining oshishi, siydikdagi o'zgarishlar yani gematuriya, proteinuriya bo'ladi. O'tkir nefrit keskin boshlanishi ham mumkin, lekin aksariyat hollarda latent kechishi ham mumkin. Kasallikning boshlanishida bilinar-bilinmas belgilar bilan bir qatorda, bemorning yuzi, ko'zlari shishadi, tana harorati ko'tariladi, bosh og'rig'i, holsizlik, siydik miqdori kamayib oligouriya kuzatiladi. Kasallik 80-90% bemorlarda qovoqlar, yuzda shish va rangparlik paydo bo'lishi bilan boshlanadi. Bemor ertalab yuzidagi shish tufayli, ko'zlari qisilib, yuzi yapaloqlashadi. Teri ostida, o'pka, yurak pardalari orasida, qorinda to'plangan suyuqlik (15-20 kg gacha) tana vaznini oshiradi va 2-3 hafta davomida, asta-sekin davolanish natijasida o'z holatiga qaytadi. Shish sindromiga quyidagilar sabab bo'ladi: 1) ko'ptokchalar shikastlanishi, ularning filtrlash faoliyatining pasayishi, natriy ekskretsiyasi kamayib, reabsorbtsiyaning (qayta so'rilishi) oshishi olib keladi; 2) tanada suyuqlik to'planib qolishi, aylanib yuradigan qon miqdori ko'payishi yani gipervolemiya; 3) ikkilamchi giperaldosteronizm va antidiuretik (ADG) garmon ko'payishi; 4) to'qimalarning aldosteronga bo'lgan sezuvchanligi oshishi, ADG ga nefron distal qismlari sezuvchanligining oshishi va suyuqlikning tanada ko'proq to'planishi; 5) gialuronidaza tizmasida o'zgarish paydo bo'ladi. Kapillyarlar devori

o'tkazuvchanligi o'zgaradi; 6) qonning suyuq qismi qon tomirlaridan chiqib bo'shliqlarda va hujayralar oralig'ida to'planadi. Nefrotik sindromda plazmaning onkotik bosimi pasayadi. Gipoalbuminemiya va shishlar ko'p va tez paydo bo'ladi.

O'tkir glomerulonefritning asosiy belgilaridan biri — qon bosimining oshishidir. Qon bosimi 70-90% bemorlarda o'rtacha oshadi va bu buyrakda qon aylanishining buzilishi natijasida kelib chiqadi. Natriy tuzi bilan suvning badanda to'planishi gipervolemiyaga olib keladi. Qon bosimi oshishi yana ko'ptokchalar zararlanishi natijasida renin-angiotenzin-aldosteron zanjirining ta'sir doirasi kuchayib, buyrakning depressor (tomir tarangligini kamaytirish) faoliyati pasayishi oqibatida yuzaga chiqadi. Arterial qon tomirlarida bosimning keskin ortib ketishi yurak faoliyatini qiyinlashtiradi, bu o'tkir yurak yetishmovchiligi sifatida ko'rinadi (ko'p hollarda chap qorincha yetishmovchiligi). Bu o'tkir yurak yetishmovchiligi inspirator hansirash, yo'tal va yurak astmasi kabi ko'rinishlarda aks etadi.

Bemorlarni ko'zdan kechirganda bemorlar ko'rinishiga e'tibor beramiz, teri rangi oqimtir, yuzlari, qovoqlari, badanlarida, oyoqlarida shish borligini ko'rish mumkin. Gipertonik shaklidagi bemorlarning ko'zi to'r pardasidagi kapilyarlar torayadi va kapilyarda bosim ortib yoriladi va qon quyiladi, shular hisobiga ko'rish qobiliyati pasayadi. Bemorlarni **palpatsiya** qilganda shishlar tarqalganligi va xarakterini hamda puls tekshiriladi va sekinlashganligi aniqlanadi. **Perkussiyada** plevra bo'shlig'ida, perikarda va boshqa bo'shliqlarda transudat to'planganligini aniqlash mumkin. O'pkada bo'g'iq-timpanik tovush eshitiladi. Chap qorincha kengayishi yuz beradi. Yurakning nisbiy to'mtoqlik chegarasi chapga kengayganligi aniqlanadi. O'pkani auskultatsiya qilganimizda o'pkada qattiq nafas bo'lib, nam xrillashlar eshitilishi mumkin, yurakda bradikardiya, I ton yurak uchida susayadi, zo'riqish hisobiga galop ritmi shu yerda sistolik shovqin, aortada va o'pka arteriyasida II ton aktsenti eshitiladi,. Ko'p hollarda yurak cho'qqisida funktsional xarakterdagi sistolik shovqin eshitiladi. EKG da I, II va III standart ulanishlarda R amplitudasi baland bo'ladi va T tishlari o'zgarishi kuzatiladi, ba'zi hollarda chuqur Q tishi va QRS kompleksining voltaji kamayishi kuzatiladi. Bemorlarni rengenologik tekshiruv o'tkazish uchun vena ichiga buyrak orqali chiqadigan kontrast modda sergozin, kardiostast yuboriladi va buyrak orqali chiqishini rentgenda ko'ramiz. Retrograd pielografiya o'tkazishda sistoskop bilan siydik naychalari orqali naycha kateterlari yordamida sergozin, diostast, kardiostast moddalari buyrak laxankalariga yuborib tekshiriladi.

Bemorlar peshobi miqdori kamayadi, rangi qizaradi, eritrotsitlar va oqsil paydo bo'ladi, mikroskopda ko'rganimizda tsilindrlar va buyrak epiteliylari ko'rish mumkin. O'tkir nefritning dastlabki belgilaridan biri sutkalik siydikning kamayishidir (400-700 ml), ba'zi hollarda anuriya kuzatiladi. Siydikning kamayishi yallig'lanish sababli ko'ptokchalarda bo'ladigan o'zgarishlar tufayli. Chunki yallig'lanish ko'ptokchalarda filtratsiyaning susayishiga olib keladi. Siydikning solishtirma og'irligi va uning nisbiy zichligi o'zgaradi. O'tkir nefritda siydik sindromi-proteinuriya, tsilindruriya, makro va mikrogematuriya bilan xarakterlanadi. Jarohatlangan ko'ptokchalar kapilyarlari devorlari orqali faqat mayda dispers albuminlarga emas, globulinlar va fibrinogen ham ajralib chiqadi.

Siydikda meyorada oqsillar deyarli bo'lmaydi, bo'lsa ham 0,0033 dan ko'p bo'lmaydi. Lekin siydikda oqsillarning ko'payib ketishi faqat dastlabki 7-10 kunlar mobaynida saqlanadi, shuning uchun kech tekshirishlarda siydikda albuminlar miqdori uncha baland bo'lmaydi. Uncha katta bo'lmagan proteinuriya ayrim hollarda kasallikning boshlanishidanoq yuzaga chiqadi, boshqa hollarda esa umuman bo'lmasligi ham mumkin. Siydikda oqsillarning kam miqdordaligi o'tkir nefritda ko'p vaqt saqlanishi mumkin va bu 3-4-6, ba'zida 9-12-oylarda umuman yo'qoladi. Gematuriya - o'tkir glomerulonefritning doimiy belgisidir. 13-15% hollarda makrogematuriya ko'zga tashlanadi, boshqa hollarda mikrogematuriya aniqlanadi, bunda siydik cho'kmasida eritrotsitlar miqdori ko'rish maydonida 10-15 tadan ko'p bo'lmaydi. O'tkir glomerulonefritda 75% bemorda gialin, donali, ba'zan epiteliyal tsilindrlar topiladi, 25% ida tsilindruriya kuzatilmasligi mumkin. Leykotsitlarning eritrotsitdan kamligini siydik cho'kmasini Addis-Kakovskiy, Nechiporenko usullarida tekshirib bilish mumkin.

Buyrak faoliyati pasaygani tufayli ba'zan qonda azot qoldig'i, mochevina miqdori bir oz ko'payishi mumkin. Azotemiya uzoq davom etmaydi. O'tkir nefritda qon tarkibida gemoglobin va eritrotsitlar kamayishi kuzatiladi. Eritrotsitlarning cho'kish tezligi oshadi.

Surunkali glomerulonefrit

Surunkali glomerulonefrit - ikala buyrak ko'ptokchalarining uzoq davom etadigan immunoallergik yallig'lanishidir. Bu kasallik buyrak ko'ptokchalarining asta-sekin shikastlanishi hisobiga buyrak faoliyati susayishi, arterial qon bosimining oshishi va buyrak yetishmovchiligining rivojlanishi bilan ifodalanadi.

Klinikasi. Surunkali glomerulonefritning klinik manzarasi uning turlariga bog'liq bo'lib, 1. Siydikdagi o'zgarishlar: proteinuriya, gematuriya, tsilindruriyadan iborat. 2. Qon bosimi ko'tarilishi natijasida paydo bo'lgan o'zgarishlar. 3. Badanda shish paydo bo'lishi kabi o'zgarishlar bilan kechadi.

Surunkali glomerulonefritning quyidagi klinik turlari farq qilinadi:

1. Yashirin kechuvchi (latent) glomerulonefrit- ko'p uchraydigan turi bo'lib, siydikda bir oz o'zgarishlar borligi bilan ifodalanadi. Bu turda qon bosimi oshmaydi, shish ham sezilarli darajada bilinmaydi. Yashirin davr 30-40 yil kechib, keyin yuzaga chiqishi mumkin. Bemorlar uzoq yillar davomida ish qobiliyatlarini yo'qotmaydilar, xastaliklarini sezmaydilar. Ko'pincha surunkali glomerulonefritning yashirin turi dispanserizatsiya vaqtida siydikdagi o'zgarishlar (solishtirma og'irligi pasayganligi, qizil qon tanachalari ko'proq ajralayotgani, tunda siydikning ko'proq ajralishi), qon bosimining bir oz oshganligi, EChTning tezlashgani, qonda oqsil moddasi kamaygani, xolesterin ko'payganligi asosida aniqlanadi. Ko'pchilik holatlarda buyrak yetishmovchiligi rivojlanganda aniqlanadi. Buyrak yetishmovchiligi esa qonda qoldiq azot, mochevinaning miqdori oshishi bilan yuzaga chiqadi.

2. Surunkali glomerulonefritning nefrotik ko'rinishi. Siydik orqali katta miqdorda oqsil ajralishi kunda 3-5 g dan ko'proq, qonda oqsil miqdori (gipoproteinemiya) kamayadi, ayniqsa, albumin, globulin koeffitsientining kamayishi (disproteinemiya), xolesterin miqdorining ko'payishi

(giperxolesterinemiya-600-800 mg %) bilan ifodalanadi. Bemorlarning badanida gipoproteinemik shishlar paydo bo'ladi. Bunday shishlarning yurak va boshqa shishlardan farqi, ertalablari yuz-ko'z qovoqlaridan boshlanib va asta-sekin butun tanaga tarqaladi. Ular doimiy xususiyatga ega bo'ladi, hatto ichki a'zolarga, yurak,



o'pka va qorin bo'shliqlarga tarqaladi. Teri, shilliq pardalar quriydi, mushaklar atrofiyalanadi, natijada teri bujmayadi. Siydik orqali oqsil chiqishi bilan birga, qon tarkibida triglitserin va erkin xolesterin ko'payadi. Surunkali glomerulonefritning nefrotik ko'rinishi nefrotik sindrom va buyrak yallig'lanishi belgilari (siydikda qon bo'lishi, buyrak filtrlash xususiyatining pasayishi) bilan birga namoyon bo'ladi. Qon bosimi xastalikning so'ngi davrida ko'tariladi.

3. Surunkali glomerulonefritning gipertonik shakli ko'pincha yashirin kechuvchi glomerulonefritga xosdir. Qon bosimi buyrakda yukstaglomerulyar apparatda ishemiya bo'lib, renin sintezi ko'payadi, bu o'z navbatida qon bosimi ko'tarilishiga olib keladi. Buyrak faoliyati pasaygach, sistolik va diastolik bosim muntazam oshib boradi, asta-sekin yurak faoliyati ham buziladi, yurak cho'qqi turtkisi kuchayadi, cho'qqi sohasida I ton susayib, aorta proektsiyasida sistolik shovqin paydo bo'ladi va II ton aktsenti eshitiladi, uch ritimli ton yani ot dupuri tovushlari eshitiladi, so'ngra yurak faoliyati yetishmovchiligi qo'shiladi, yurak astmasi xuruji va o'pka shishi paydo bo'lishi mumkin. Surunkali glomerulonefritda qon bosimini oshishi, yurakning ishemik kasalligi, stenokardiya rivojlanadi. Bemorda miokard infarkti, bosh miyaga qon quyilishi hollari ro'y berishi mumkin. **Bemorlarni ko'zdan kechirganda** bemorlar teri rangi oqimtir, yuzi, qovoqlari, badanlarida, oyoqlarida shish, badanlarida qashalgan izlar borligini ko'rish mumkin (121surat) ga qarang. Bemorlarning ko'zi to'r pardasidagi arteriolalar kapilyarlar torayadi va kapilyarda bosim ortib venulalar kengayib yoriladi va qon quyiladi, to'r pardada eksudatsiya va shish bo'ladi, kasallikning oxirida ko'rish nervi so'rg'ichlari o'zgaradi, shular hisobiga ko'rish qobiliyati pasayadi. Ko'z tubida neyroretinit kabi o'zgarishlar sodir bo'ladi, ko'rish nervi so'rg'ichlarida o'zgarish bo'ladi. Kasallikning oxirgi davridagina ko'z to'r pardasida davolab bo'lmaydigan jiddiy o'zgarishlar paydo bo'lishi mumkin. Bemorlarni palpatsiya qilganda shishlar tarqalganligi va xarakterini hamda puls sekinlashganligi aniqlanadi. Perkussiyada plevra bo'shlig'ida, perikarda va boshqa bo'shliqlarda transudat to'planganligini aniqlash mumkin.

O'pkada bo'g'iq-timpanik tovush eshitiladi, yurak nisbiy to'mtoqlik chegarasi chapga siljiydi.

4. Surunkali glomerulonefritning aralash ko'rinishi. Bu ko'rinish uchun qon bosimi oshishi va nefrotik sindrom belgilari namoyon bo'lishi xosdir. Siydikdagi o'zgarishlar sindromi (proteinuriya, gematuriya, tsilindnuriya), kabi o'zgarishlar

bo'lib, kasallikning boshlanishida bemorning ahvoli qoniqarli bo'lib, so'ngra 2-5 yil o'tgach buyrak yetishmovchiligi rivojlanadi. Surunkali glomerulonefritning kechishi 2 bosqichdan iborat: kompensatsiyalangan va

121 surat dekompensatsiyalangan. Kompensatsiya bosqichida buyrakning azot ajratish funksiyasi saqlangan. Bu bosqich uzoq davom etadi, yashirin o'tadi va faqat siydikda paydo bo'ladigan o'zgarishlar orqali namoyon bo'ladi. Dekompensatsiyalangan bosqichda buyrakning azot ajratish funksiyasi buzilgan bo'ladi. Bu bosqichda siydik simptomlari ahamiyatsiz lekin, shish bilan gipertenziya ahamiyatlidir. Bu bosqich xastalik boshlangandan so'ng 1 yildan uzoq (30-40 yilgacha) davr ichida boshlanishi mumkin. Bu bosqichda buyrak faoliyati pasayadi. Azot ajratish, siydikni quyushtirish faoliyati susayadi. Siydikdagi o'zgarishlar kamayadi, solishtirma og'irligi kamayib 1007-1008 atrofida bo'ladi. Siydik bilan oqsil doimo ajralib turadi. Qon bosimi baland bo'ladi. Badanda shish paydo bo'ladi, qon zardobida mochevina, kreatinin, indikan ko'payadi, oqsil kamayadi.

Leykotsitlar sonining ko'pligi, faol leykotsitlar bo'lishi, buyrakni rentgenologik tekshirganda buyrak jomlari strukturasi o'zgarganligi surunkali pielonefrit borligidan dalolat beradi. Surunkali nefritning nefrotik xilini buyrak amiloidozi, diabetik glomeruloskleroz, jigar tsirrozi bilan taqqoslash lozim bo'ladi. Surunkali nefritning nefrotik xilida buyrakning yallig'lanish belgilari (gematuriya, gipertoniya), buyrak ko'ptokchalari filtratsiyasining kamayishi va buyrakni konsentratsiya qilish faoliyatining pasayishi tashxis qo'yishda asosiy rol o'ynaydi. Buyrakni biopsiya qilib tekshirish tashxisni tasdiqlaydi. Amiloidozdan farqlash uchun og'iz shilliq pardasi gistologik usulda tekshiriladi. Rentgen nuri yordamida buyrak va siydik ajralish yo'llarini ko'zdan kechirish, izotop va kontrast modda yordamida buyrakni rentgen suratini olish, UTT yordamida tekshirish, buyrak tomirlarini tekshirish (angiografiya) kerak. Buyrak to'qimasini tekshirish-punktsion biopsiya usulini qo'llash xastalikni aniqlashda yordam beradi.

Amaliy mashg'ulot 12

O'tkir va surunkali pielonefritlarni simpto-matologiyasi. O'tkir va surunkali buyrak yetishmovchiligi. klinikasi, diagnostikasi.

O'tkir pielonefrit

O'tkir pielonefrit to'g'ridan-to'g'ri buyrak jomlari va buyrak to'qimasiga mikroblar o'tib qolishi munosabati bilan kelib chiqadigan infeksiyon kasallikdir.

Klinikasi: Bu kasallik ko'pincha klinik uchlik simptom bilan kechadi: varaja qilishiga, keyin harorat ko'tarilishi, belda og'riq bo'lishi va ko'pincha bir tomonlama og'riq, dizurik hodisalar bilan xarakterlanadi. Bosh og'riqlari, siydik rangining o'zgarishi, ya'ni loyqalanishi bezovta qilib turadi. Beldagi og'riqlar odatda simmilab og'riq beradi, odam o'zining holatini o'zgartirganida kuchayadi. Homiladorlar pielonefriti alohida kasallik formasi bo'lib hisoblanadi. U subfebril temperatura va kam simptomli klinik manzara bilan ajralib turadi. Bel sohasida og'riq va dizuriya odatda bo'lmaydi bu diagnostikani qiyinlashtirib qo'yadi. Homiladorlar siydigini takror-takror analiz qilib ko'rish to'g'ri diagnoz qo'yishga

yordam beradi. Buyrak hajmi kattalashgan bo'lsa palpatsiya qilib ko'rilganda paypaslanadi va og'rigli bo'ladi. Perkussiya qilib ko'rilganda Pasternatskiy simptomi musbat bo'ladi. Bemorlar qoni tekshirilganda leykotsitoz (30000-40000), aneozinofiliya, neytrofillar soni ko'payib, mielotsitlargacha siljish kuzatiladi. Siydikda ko'p miqdorda (piuriya, bakteriuriya) leykotsituriya, proteinuriya 0,5-1,0 g/l, epitelial, leykotsitlar va donador tsilindlar, arziyas miqdorda gematuriya topiladi. O'tkir pielonefrit paytida siydikda ichak tayoqchasi, stafilakokk, vulgar protey, enterokokk topiladi. Bemorlarni rentgenologik, UZI, kompyuter tomografiya, radioizotop renografiya (skanirlash) tekshiruvlaridan o'tkazilishi ma'qul. Buyrak parenximasida yallig'lanishlarni va buyrak kattalashganligini aniqlash mumkin.

Surunkali pielonefrit

Surunkali piyelonefrit buyrakning oraliq (interstitsial) to'qimasining bakteriyalar ta'siri tufayli o'ziga xos surunkali yallig'lanishi bo'lib, buyrak jomlari va parenximasi shikastlanadi.

Bemorlarni so'rab surishtirish. Kasallikning belgilari uning turiga va bosqichiga, qanday kechayotganligiga, dardning bir yoki ikkala buyrakka tarqalganligiga, siydik yo'llari o'tkazuvchanligining qanchalik buzilganligiga bog'liqdir. Surunkali pielonefritning quyidagi turlari: 1) yashirin kechadigan; 2) xuruj bilan kechadigan; 3) qon bosimi oshishi bilan kechadigan; 4) azotemik turlari tafovut qilinadi. Yashirin turi klinik belgilarining juda ham kam bo'lishi bilan ifodalanadi. Kasallar umumiy darmonsizlik, tez charchab qolish, ba'zan subfebril harorat ko'tarilishidan shikoyat qiladilar. Ba'zan kasallarda siydik tez-tez (pollakiuriya), kam, achishib ajraladi. Pasternatskiy simptomi musbat bo'lib chiqadi, buyrak sohasidagi og'riq kasallik qo'ziganda kuchayadi. Asta-sekin siydikning nisbiy zichligi pasayib boradi (1006-1008). **Labarator tekshirish.** Bemorlarning qonida mochevina va siydik kislota ko'payadi va natijada uremiya rivojlanadi, siydigida asosan piuriya (ko'p miqdorda leykotsitlar) hamda bakteriuriya bo'ladi. Siydikni laboratoriyada tekshirganda arziyas darajada oqsil ajralishi, ko'p oq qon tanachalari (leykotsituriya) va bakteriya ajralishi topiladi, Addis-Kakovskiy, Nechiporenko usulida tekshirish leykotsituriyani tasdiqlaydi. Piyelonefritning qaytalanadigan turi hammasidan ko'ra ko'proq uchraydi. U remissiya (kasallikning qaytib qolgan) davri va qo'zib turadigan davrlarining navbatlashib turishi bilan xarakterlanadi, har xil sabablarga ko'ra piyelonefrit qaytalanishi mumkin. Ko'pincha gripdan keyin, sovuq qotganda, siydik yo'llari, siydik qopchasi qayta yallig'langanda, bemor holsizlanganda piyelonefrit xuruj qiladi. Kasallar bel sohasida g'alati sezgi borligi, dizurik siydik chiqishining o'zgarganligi tana haroratining 37-38°C ga ko'tarilayotganidan shikoyat qiladilar. Kasallik zo'rayib borgan sayin qon bosimi ko'tarilib boradi (180/100 dan 250/140 mm. sim. ust. gacha). Ayniqsa, diastolik bosim baland bo'lib turadi. Gipertoniya kelib chiqishida renin-angiotenzin-aldosteron tizimi asosiy o'rin egallaydi. Siydikda oqsil, leykotsitlar, tsilindlar ko'payadi, bakteriyalar, eritrotsitlar topiladi. Kasallik xuruj qilgan davrda o'rtacha kamqonlik rivojlanadi, EChT tezlashib, 20-30 mm/s bo'lishi mumkin. Qoni tekshirganda neytrofil leykotsitoz topiladi. Qon bosimining oshish

turi xafaqon kasalligiga xos belgilar bilan namoyon bo'ladi. Bosh og'rig'i, bosh aylanishi, hansirash, yurak sohasida og'riq, yurak urishi, ba'zan siydikdagi o'zgarishlar vaqti-vaqti bilan namoyon bo'lib turadi. Ana shu davrda qon bosimining baland bo'lishi surunkali piyelonefritning yagona belgisi hisoblanadi. Asta-sekin buyrak yetishmovchiligi, azotemiya boshlanadi, qonda qoldiq azot, mochevina, kreatinin me'yordan oshib keiadi, siydik kislota ko'payadi va natijada uremiya rivojlanadi, siydigida asosan piuriya (ko'p miqdorda leykotsitlar) hamda bakteriuriya bo'ladi, surunkali buyrak yetishmovchiligi avj oladi. Ko'ngil aynishi, qusish, holsizlik, ozib ketish va laboratoriya tekshirishlarida olinadigan ma'lumotlar buyrak yetishmovchiligi uchun xos bo'ladi. Shular jumlasiga poliuriya, gipoizostenuriya, nikturiya, pollakiuriya kiradi. Proteinuriya, gematuriya, leykotsituriya, tsilindruriya bilinar-bilinmas bo'ladi. Azotemiya esa turg'un bo'lib, ko'payib ketadi. Bemorlarni rentgenologik, UZI, kompyuter tomografiya, radioizotop renografiya (skanirlash) tekshiruvlaridan o'tkazilishi ma'qul. Buyrak parenximasida yallig'lanishlarni va buyrak hajmi kichrayganligini aniqlash mumkin, bazan buyrak hajmi kattalashishi ham mumkin.

Amaliy mashg'ulot 13

Suyak-mushak va biriktiruvchi tuqima tizimi. Tekshirish usullari: so'rab-surishtirish, fizik tekshirish usullari, laborator-asbobiy tekshirish usullari. Asosiy klinik sindromlar. TQB, sklerodermiya klinikasi, diagnostikasi.

. Amaliy mashg'ulot o'qitish moduli.

Mashg'ulot vaqti – 4 soat	Studentlar soni: 10 dan 12 gacha
Mashg'ulot formasi	Amaliy mashg'ulot
Amaliy mashg'ulot rejasi	Bo'g'im kasalligi bilan og'rigan bemorlarni tekshirish. So'rab-surishtirish. Bog'implarni ko'zdan kechirish va palpatsiya qilish. Revmatoidli artrit simptomatologiyasi. Artrozlar haqida tushuncha. Biriktiruvchi to'qima kasalligi bilan kasallangan bemorlarni tekshirish. Kollagenozlar haqida tushuncha.
Amaliy mashg'ulot maqsadi:	Bo'g'im kasalligi bilan og'rigan bemorlarni tekshirish. Revmatoidli artrit simptomatologiyasi. Artrozlar haqida tushuncha. Biriktiruvchi to'qima kasalligi bilan kasallangan bemorlarni tekshirish.
O'qitish uslubi	So'rov. Bemorlarni dmonstratsiya qilish, interaktiv o'qitish uslubi, amaliy ko'nikma.
O'qitish formasi	Kichik podgruppalarida.
O'qitish jihozlari	O'quv qo'llanma, amaliy mashg'ulotlar mundarijasi, proektor, kompyuter.
O'qitish holati	Metodik jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash	Og'zaki kontrol: savol-javob, testlar, muammoli masala.

1.2. Amaliy mashg'ulot texnologik kartasi

Ish bosqichlari va vaqti.	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi	1 Auditoriya tozaligini nazorat qiladi 2 Talabalarni mashg'ulotga tayyorgarligini tekshiradi 3 Davomatni nazorat qiladi	
1. O'quv mashg'ulotiga kirish bosqichi (10 daqiqa)	1. Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash. 2. Kirish ma'ruzasi uchun taqdimot silaydalarini tayyorlash 3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish	
2 –asosiy bosqich (160 daqiqa)	1. Talabalarni kichik guruhlarga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni beradi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalanadi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalanadi 4. Davolash ishlarini olib boradi 5. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi	Kichik guruhlarga bo'linadilar Tomosha qiladilar Qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar
4-yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi

3. Talabalarining nazariy bilimlarini baholash:

A) Frontal usuli:

1. Bo'g'im kasalliklari bilan og'rigan bemorlarning shikoyatlari
2. Bo'g'im kasalliklarida bemorlarni ko'zdan rish, palpatsiya
3. Laborator va diagnostik tekshirish
4. Bo'g'im kasalliklarining umumiy belgilari va lokalizatsiyasi
5. Revmatoidli artrit. Artritlarga tavsif bering
6. Revmatoidli artritning klinik ko'rinishi
7. Revmatoidli artritning aktivlik darajalari
8. Revmatoidli artritning kechishi, oqibati va davolash
9. Deformatsiyalovchi osteoartrozlarga tavsif bering
10. Osteoartroz etiopatogenezi
11. Osteoartroz diagnostikasi, qo'shimcha tekshirish usullari

12. Osteoartrozlarning kechishi,davolash profilaktikasi
13. Sistemali qizil Yugurikning etiopatogenezi, klinikasi
14. SQYU ning diagnostik kriteriylari
15. Sistemali sklerodermiyaning etiopatogenezi klinik kechishi
16. Sistemali sklerodermiyaning diagnostik kriteriylari
17. Allergozlar haqida tushuncha
18. Eshakemi sabablari,klinikasi ,davolash
19. Kvinke shishi sabablari,klinikasi,1-yordam
20. Anafilaktik shok sabablari,klinikasi diagnostikasi,shishilinch yordam

“Akademik polemika” usuli

Gruppa ikki guruhga bo’linadi, har biriga vaziyatli masala topshiriladi, masalan, “konsultatsiya shifokor-bemor”. Har bir guruhda 1-2 talabalar konsultatsiya yaxshi tomonlarini yozib oladilar – “advokatlar”, boshqa 2 ta talaba konsultatsiyaning manfiy tomonlarini yozib oladi – “prokurorlar”.

Advokatlar va prokurorlar xulosalari butun guruh bilan tahlil qilinadi.

Mavzu bayoni

Biriktiruvchi to’qimaning sistemali kasalliklari

Biriktiruvchi to’qimaning sistemali kasalliklari bilan bemorlarni tekshirish sxemasi

I. Sub’ektiv tekshirish usullari

- a. Asosiy va qo’shimcha shikoyatlari
- b. Kasallik tarixi yig’ish
- v. Hayot anamnezini yig’ish

II. Ob’ektiv tekshirish usullari

- a. Ko’zdan kechirish;
- b. Palpatsiya;
- v. Perkussiya;
- g. Auskultatsiya

III. Laborator tekshirish usullari

- a. Umumiy qon tahlili.
- b. Qonning bioximiyaviy tahlili.
- v. Siydik taxlili
- g. Citomorfologik tekshirish
- g. Morfologik tekshirish usullari.

IV. Instrumental tekshirish usullari

- a. Rentgenologik tekshirish.
- b. Ultratovush tekshiruvi.

v.Kompyuterli tomografiya
g.Angiografiya

Sistemali qizil bo'richa

Sistemali qizil volchanka (SKV) biriktiruvchi to'qimaning surunkali sistemali autoimmun yallig'lanish kasalligi bo'lib, barcha ichki a'zolari (teri, bo'g'im, o'pka, yurak, buyrak, hazm tizimi, jigar, asab tizimi va h. k.) zararlanishi hamda tomirlarning zararlanishi va ularning devorlarida fibrinoid to'planib borishi hamda qonda aylanib yuradigan va keng doirada ta'sir ko'rsatadigan autoantitelolar, xususan antiyadro antitelolari hosil bo'lishi bilan ta'riflanadi. Asosan 80% bemorlar 30 yoshgacha kasallanib, 80-90% ayollar kasallanadilar. 1875 yilda M. Kaposhi yuz sohasida burun ustidagi toshma kapalak sindromi (**140 suratga qarang**) bilan birga ichki a'zolari terrini **141surat** shikastlanishini yozadi. **140 surat**



1895 yilda B. Osler teri zararlanishi bilan artritlarni yozadi. 1948 yilda LE hujayralari topiladi. Shuning uchun ham sistemali kasallik deb yuritiladi.



141 surat

Quyida **142 suratda** og'iz bo'shlig'i (a) va yuz terisi (b) zararlanishi keltirilgan.



a 142 surat b



Mezangial lyupus-nefrit o'rtacha darajada ifodalangan klinik simptomlar bilan ta'riflanadi. 10% hollarda uchraydi va mezangial hujayralar proliferasiyasiga aloqador bo'ladi. Mezangialda doimo O immunoglobulin va komplementning uchinchi xili (SZ) depozitlari topiladi. Depozitlarning to'planib turishi mezangial

lyupus-nefrit (volchanka nefriti) ning ilk bosqichi uchun xarakterlidir, chunki filtrlanadigan immunokomplekslar tez orada mezangialga o'tirib qoladi.

O'choqli glomerulonefrit buyrak koptokchalarining qisman (50 % gacha) zararlanishi bilan kechadi, bunda buyrak koptokchalari bo'rtib, endotelial va mezangial hujayralar proliferatsiyaga uchraydi, kapillyarlarda o'choqli nekrozlar, neytrofil infiltratsiyalari ko'zga tashlanadi. Ba'zi joylarda fibrinoid depozitlar va intrakapillyar tromblar topiladi. O'choqli glomerulonefrit klinik jihatdan olganda mikrogematuriya va proteinuriya ko'rinishida namoyan bo'ladi.

Diffuz proliferativ glomerulonefrit volchanka nefritining hammadan ko'ra ko'proq kuzatiladigan turi bo'lib, 40-50% qayd etiladi. Morfologik o'zgarishlar endotelial mezangial hujayralarning proliferatsiyaga uchrab, bazal membrana qalin tortishidan iborat bo'ladi. Ba'zan Shumlyanskiy - Bouman kapsulasi epitelial hujayralari proliferatsiyaga uchrab, xarakterli yarim oy hosil bo'lganini va keyinchalik koptokchalarda skleroz boshlanganini kuzatsa bo'ladi. Buyraklarning simmetrik ravishda zararlanib, barcha koptokchalarning patologik jarayonga qo'shilib ketishi xarakterlidir.

Membranoz glomerulonefrit kapilyarlar bazal membranasi qalin tortib, shu xil tomirlar endoteliysining ko'chib tushishi bilan ta'riflanadi. Yalang'ochlanib qolgan bazal membranalariga plazma oqsillari o'tib singiydi, bu narsa "sim qovuzloqlari" fenomeni degan hodisa boshlanishiga olib keladi. Bazal membranalarda immun komplekslar depozitlari to'planib boradi. Membranoz glomerulonefritda o'choqli nekrozlar, neytrofil infiltratsiyasi, mezangial hujayralar proliferatsiyasi singari o'zgarishlar bo'lmaydi. Bu xildagi nefrit 10% hollarda uchraydi va o'zining klinikasi va morfologiyasi jihatidan olganda idiopatik membranoz glomerulopatiyaga juda o'xshash. Lyupus-nefritning tasvirlab o'tilgan shakllari patogenezida tomirlar koptokchalarida DNK-anti-DNK kompleksi (ya'ni antigen - antitelo kompleksi) ning to'planib borishi ahamiyatga egadir. Immun depozitlar endoteliy va epiteliy ostidagi mezangiyalarda topiladi. Diffuz proliferativ glomerulonefritda immun komplekslarning subendotelial ravishda joylashishi, o'tkir davriga kirgan sistemali qizil volchanka uchun xarakterlidir. Endotelial hujayralar proliferatsiyalanib, bazal membranalar alteratsiyaga uchrashi natijasida kapillyarlarning yo'li torayib, ba'zan butunlay bitib ham ketadi (obliterasiya). Bu o'zgarishlar buyrak kanalchalarining ishemiya tufayli zararlanishiga va interstitsial fibroz boshlanishiga olib keladi. Patologik jarayonga qo'shilib ketgan buyrakning katta-kichikligi odatdagicha bo'lishi mumkin. Keyinchalik u kattalashib, rangi oqara boshlaydi va po'stloq qatlamida bir talay mayda-mayda qon talashlar paydo bo'ladi. Bora-bora buyrakda uning ikkilamchi bujmayishiga olib keladigan sklerotik jarayonlar boshlanadi. Sistemali qizil volchankada kanalchalar va interstitsiya ham zararlanadi. Kanalchalar orasida immun komplekslar paydo bo'lishi diffuz interstitsial fibroz boshlanishiga olib keladi.

Bo'g'imlar ham jarayonga qo'shilib, shish paydo bo'ladi va sinovial pardalarda nospetsifik mononuklear hujayra infiltratsiyasi boshlanadi. Subepitelial biriktiruvchi to'qimada fibrinoid nekroz o'choqlari paydo bo'ladi. Mikroskop bilan

tekshirib ko'rilganida sinovial pardalarning giperemiyaga uchrab, qalin tortib qolgani ko'zga tashlanadi. Biroq, sinovial pardalar va bo'g'im togaylarida destruksiya hodisasi kuzatilmaydi, bo'g'implar shaklining o'zgarmay turishi, ya'ni deformatsiya hodisasi bo'lmasligi shunga bog'liq.

Taloq odatdagi kattalikda yoki sal kattalashgan, kapsulasi qalinlashgan, follikulalari giperplaziyaga uchragan bo'lishi mumkin. Pulpasi tarkibida O va M immunoglobulinlar bo'ladigan ko'pgina plazmatik hujayralar topiladi. Taloq markaziy arteriyalarining atrofida kenglik ko'rinishida o'sib chiqqan halqasimon qat-qat fibroz to'qima ko'zga tashlanadi, «so'g'onchasimon» skleroz deb shunga aytiladi.

Limfa tugunlari follikularining germinativ markazida boshlangan nospetsifik o'zgarishlar hisobiga kattalashib ketadi. Perifollikulyar zonada plazmatik hujayralar ko'zga tashlanadi. Boshqa organ va to'qimalarda mayda tomirlarida boshlangan o'tkir vaskulitlar, mononuklear infiltratsiya o'choqlari va fibrinoid depozitlari topiladi. Bosh va orqa miyada boshlangan nekrozlovchi o'tkir vaskulit va mikroinfiltratlarga, yoki mikrogemorragiyalarga olib keladi.

Klinik ko'rinishlari. Sistemali qizil volchanka ko'pincha 20-30 yashar qizlar va ayollarda boshlanadi, aksari bu kasallikka o'smir yashdagi qizlar duchor bo'ladi. Isitma ko'tarilib, bo'g'implarning shakli o'zgarmagan holda og'rib turishi, ko'krak qafasida og'riq paydo bo'lishi (plevrit hisobiga), quyosh nuriga ortiqcha sezuvchan bo'lib qolish (fotosensibilizatsiya), yuz terisida eritematoz toshmalar paydo bo'lishi («kapalaksimon» naqsh), qo'l-oyoqlar va shilliq pardalarda ham



143 surat

shunday toshmalar uchrashi xarakterlidir (143 surat). Sistemali qizil volchankada 100% hollarda va boshqa autoimmun kasalliklarda birmuncha kamroq darajada antiyadro antitelolar topiladi. DNK - anti-DNK kompleksining titri sistemali qizil volchankaning diagnostik belgisi bo'lib hisoblanadi va buyraklarning zararlanish darajasiga mos keladi. Lyupus nefrit uchun eng xarakterli bo'lgan klinik belgilar: gematuriya, proteinuriya, ba'zi hollarda esa klassik nefrotik sindromdir. Membranoz va diffuz proliferativ glomerulonefritda azotemiya bilan birga davom etib boradigan buyrak yetishmovchiligi kuzatiladi. Nerv sistemasining zararlanishi meningoensefalit, meningoensefalomielitlar ko'rinishida ma'lum bo'ladi, bular poliradikulonevrit bilan birga o'tadi. Psixozlar bo'lishi ham tasvirlangan. Ba'zan me'da-ichak yo'lining zararlanishiga xos

alamatlar: qayt qilish, darmon qurishi, ishtaha yo'qolishi singari hodisalar kuzatiladi.

Diagnostik mezonlari. Kapalak simptomi, diskoid volchanka, Peyno sindromi, allopetsiya (soch to'kilishi), fotosensibilizatsiya (quyosh nuriga sezuvchanlikni oshishi), og'izda, tomoq-burundagi og'riqsiz yaralar, deformatsiyasiz artrit, LE-hujayralar (ko'p yadroli neytrofillar), Vasserman reaksiyasini soxta musbat bo'lishi, proteinuriya, tsilindruriya, perikardit klinikasi bo'lishi, psixoz va tutqanoq bo'lishi, gemolitik anemiya, leykotsitopeniya, trombositopeniyalar kiradi (4 tasi bo'lsa tashxis qo'yishga asos bo'ladi).

Shular bilan birga boshqa laborator o'zgarishlar, qonda fibrinogen miqdori, globulinlar miqdori (alfa va gamma) ortishi, EChT oshishi kuzatiladi

Sistemali sklerodermiya

Sistemali sklerodermiya (sistema doirasidagi skleroz) - badan terisi va ichki a'zolarida tobora zo'rayib boruvchi tarqoq fibroz paydo bo'lishi bilan ta'riflanadigan autoimmun kasallikdir. Badan terisining zararlanishi sistemali sklerodermiyaning garchi asosiy belgisi bo'lsada (95 foiz kuzatiladi), ichki a'zolar - me'da-ichak yo'li, o'pka, buyrak, yurak hamda ko'ndalang-targ'il muskullarning zararlanishi hayot uchun xavfli bo'lib hisoblanadi. Bu kasallik bilan asosan 30-50 yoshar ayollar kasallanadi, lekin odamning har qanday yoshda, jumladan perinatal davrda ham shu kasallik bilan og'rib qolish ehtimoldan xoli emas. Klinik ko'rinishlariga qarab sistemali sklerodermiyaning quyidagi shakllari tafovut qilinadi: 1) badan terisi bir tekis zararlanish bilan o'tadigan klassik shakldagi sklerodermiya, bunda jarayon tez zo'rayib boradi va kasallikning ilk davridayoq ichki organlar zararlanadi;

2) badan terisini cheklangan tarzda zararlanishi, asosan barmoq va yuz terisi zararlanishi bilan o'tadigan shakli (KREST-sindrom). Kaltsinoz, Reyno sindromi **144 suratga qarang**, qizilo'ngach zararlanishi, teleangiektaziya bilan o'tadigan sklerodaktiliya qo'shilishi xarakterlidir. Bunda ichki organlar jarayonga ancha kechki muddatlarda tortiladi. Bu kasallik yengil shaklda o'tadi.



Reyno sindromida barmoq kapilyarlarini o'zgarishi A, barmoqning ko'rinishi B, G, oyoqdagi o'zgarishlar V va qo'l kaftidagi o'zgarishlar

Etiologiyasi va patogenezini. Bu kasallikning etiologiyasi ma'lum emas, lekin sistemali sklerodermiyani autoimmun kasalliklar guruhiga kiradi deb hisoblanadi. Kasallikning patogenezida quyidagilar muhim o'rin egallaydi: kollagen sintezining buzilishi, mikrotsirkulyator o'zan tomirlari birinchi navbatda zararlanib, so'ngra o'ziga xos sklerodermik angiopatiya (obliteratsiyalovchi endarteriolit) boshlanishi xarakterli. Terida zo'rayib boradigan fibroz boshlanishi asosan fibroblastlar tomonidan zo'r berib odatdagi tuzilishda bo'ladigan kollagen sintezlanishiga bog'liq. Bunda kollagen degradatsiyasida ishtirok etuvchi kollagenazani fibroblastlar norma uchun xarakterli bo'lgan miqdorda ishlab chiqaraveradi, shunga ko'ra kollagen sintezi kuchaygandek, ortiqcha bo'lib qoladi.

Biriktiruvchi to'qimaning ortiqcha miqdorda va sistema doirasida o'sib borishida immunologik omillar muayyan o'rin tutadi deb taxmin qilinadi. Kasallik endi boshlanib kelayotgan ilk davrda yallig'lanish infiltrati hujayralari orasida kollagenga sensibilizatsiyalangan T-limfotsitlar topiladi. Kollagenga nisbatan sekinlik bilan yuzaga chiqib boradigan o'ta sezuvchanlik reaksiyasi limfokinlar ajralib chiqishini boshlab bersa ajab emas, ma'lumki, bu limfokinlar fibroblastlarni o'ziga tortib, kollagen sintezi kuchayishiga yo'l ochadi.

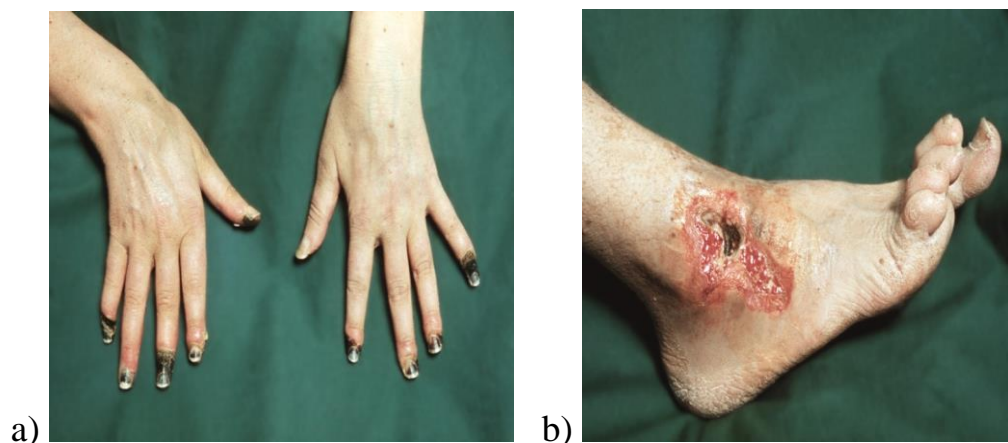
Sistemali sklerodermiya kasalligida gumoral immunitet ham izdan chiqadi. Qon zardobida ko'pincha gipergammaglobulinemiya, antinuklear antitelolar va revmatoid omil topiladi. Yaqinda antinuklear antitelolarning ikki turi aniqlandi. Ularning 5 (1-70 (skleroderma-70) deb ataladigan bir turi sistemali sklerodermiyasi tarqoq xilining 30-40% hollarida topiladi, holbuki, antisentromer antitanalar (markaziy xromatinga ta'sir o'tkazuvchi antitelolar) KREST-sindromida 50-70% hollarda aniqlanadi.

Sistemali sklerodermiya obliterasiyalovchi endarteriolitga o'xshab ketadigan va talaygina vazospastik o'zgarishlarga olib boradigan o'ziga xos tarqoq bir tomir patologiyasi deb ham hisoblanadi.

Mikrotsirkulyator o'zanning zararlanishi tomirlar endoteliysining bemorlar qon zardobida bo'ladigan tsitotoksik omili ta'sirida birlamchi tartibda zararlanishiga bog'liq deb hisoblanadi. Endoteliyning zararlanishi trombotsitlar adgeziyasi bilan agregatsiyasiga va periadventitsial fibrozga yo'l ochuvchi trombotsitar omillar ajralib chiqishiga olib keladi. Tomirlar yo'li torayib qoladi, shu narsa turli organlarning ishemiya tufayli zararlanishiga sabab bo'ladi.

Patologik anatomiyasi. Sistemali sklerodermiyada patologik jarayon turli organlarda avj oladi, lekin badan terisi, suyak-mushak sistemasi, me'da-ichak yo'li, o'pka, buyrak, yurak ko'proq zararlanadi. Teridagi o'zgarishlar barmoqlardan, qo'llarning distal bo'limlaridan boshlanadi. So'ngra jarayon qo'llarning yuqoriroq qismlariga, yelkalar, bo'yin va yuzga tarqalib boradi. Morfologik o'zgarishlarning uch bosqichi tafovut qilinadi: 1) qattiq shish bosqichi; 2) indurasiya bosqichi; 3) atrofiya bosqichi. Kasallikning **birinchi bosqichida** terida shish, bo'ladi, unda asosiy modda miqdori ko'payib, tomirlar va teri unumlari atrofida yallig'lanish infiltrasiyasi paydo bo'ladi. **Ikkinchi bosqichida** dermada skleroz boshlanib, tomirlar devorida skleroz va gialinoz paydo bo'ladi, kollagen dastalari yo'g'onlashadi, gialinoz boshlanib, teri osti kletchatkasi ham jarayonga qo'shilib ketadi. **Uchinchi bosqichi** - teri atrofiyasi, kasallik boshidan bir necha yil o'tganidan keyin boshlanadi. Mikroskop bilan tekshirib ko'rilganida teri va teri osti kletchatkasida gialinlashgan to'qima maydonchalari va diffuz epidermis atrofiyasi, mikrotsirkulyator o'zan tomirlarining ancha puchchayib qolgani, teri unumlarining atrofiyaga uchragani ma'lum bo'ladi. Ana shu o'zgarishlar nekrozlar hamda trofik yaralar bilan birga davom etib boradi. Bundan tashqari, terida oqarib qolgan (vitaligo bo'lgan) va dog' tushib, qoraygan joylar paydo bo'ladi. Kishining yuzi niqobga o'xshab qoladi. Teri osti kletchatkasida o'choqli va tarqoq ravishda ohak to'planib qolgan joylar topiladi, KREST-sindromida bular ayniqsa sezilarli bo'ladi.

Sistemali sklerodermiyada terida ro'y beradigan o'zgarishlar ko'pincha bo'gimlar, suyaklar va muskullarning zararlanishi bilan birga davom etib boradi. Nospetsifik ekssudativ sinovit boshlanib, sinovial pardalar fibrozlanishi, keyinchalik pastda yotgan suyak so'rilib ketishi (rezorbsiya) kuzatiladi. Barmoqlar ingichkalashib, uchi o'tkirlashadi va parranda panjalariga o'xshab qoladi. Teri fibrozi ularning xarakatini cheklab qo'yadi. Barmoq uchlarining sklerotik atrofiyasi barmoqlar uchi falangalarining yo'qolib ketishi bilan tugallanishi mumkin. Qaytalanib turadigan yaralar, tomirlar bituviga aloqador surunkali ishemiya **145 a surat** barmoqlarning o'z-o'zidan tushib ketishiga amputatsiyasiga olib kelishi mumkin.



145 a va b surat

a) Sklerodermik barmoq

b) Oyoq terisida paydo bo'lgan yara (yara suyakkacha borgan **145 b surat**)

Periartikulyar biriktiruvchi to'qima sklerozi bo'g'imlar harakatini cheklab qo'yadi. Biroq, bo'g'imlar destruksiyasi kamdan-kam kuzatiladi. Keyinchalik fibroz boshlanishiga olib boradigan o'choqli yallig'lanish infiltratlari skelet muskullarida ham paydo bo'lishi mumkin. Buning natijasida sistemali sklerodermiya bilan og'rigan kasallarda muskullar atrofiyasi boshlanadi.

O'pkada alveolalar to'siqlarida diffuz interstitsial fibroz boshlanadi, bu fibroz boshlanishi asosan fibroblastlar tomonidan zo'r berib odatdagi tuzilishda bo'ladigan kollagen sintezlanishiga bog'liq, bu kuchayib boruvchi hansirashga olib keladi. Mayda tomirlarning devorlari tobora qalinlashib boradi. O'pkada biriktiruvchi to'qima o'sib ketishi natijasida kistalar paydo bo'lishi mumkin.

Yurakda asosan tomirlar atrofida interstitsial fibroz, limfotsitlar bilan makrofaglardan tashkil topgan perivaskulyar infiltratlar topiladi. Mayda arteriyalar va arteriolalarning devorlari qalinlashib qoladi. O'pkadagi pnevmoskleroz yurak o'ng qismining gipertrofiyaga uchrashiga olib keladi.

Me'da-ichak yo'lida shilliq parda va silliq muskullar atrofiyasi, shilliq parda orasidagi asos va seroz parda sklerozi bilan gialinozi boshlanib, eroziyalar va yaralar paydo bo'ladi. Asosan qizilo'ngach, me'da, ingichka ichak zararlanadi, yo'g'on ichakning zararlanishi kamroq uchraydi. Jigarda periduktal, perivaskulyar skleroz kuzatiladi. Bo'lakchalar ichida fibroz boshlanishi kamroq kuzatiladi. Tomirlarning devori gialinlanib, hepatotsitlar yog'li distrofiyaga uchraydi.

Buyraklarda tromboz, mikroinfarktlar, po'stloq moddasining nekrozlari topiladi, sklerodermik buyrak deb aytiladi. Mayda arteriya intimalarida kontsentrik ravishda proliferatsiyaga uchraydi, glikozaminglikanlar depozitlari topiladi, ichki elastik membrana reduplikatsiyasi va gialinoz kuzatiladi. Lekin bu o'zgarishlar gipertenziya darajasiga to'g'ri kelavermaydi. Bundan tashqari, buyraklarda arteriolalarning fibrinoid nekrozi, ko'ptokchalarning o'choqli nekrozlari topiladi, bazal membrana qalin tortib, mezangiya kattalashadi, buyrak kanalchalari epiteliysi distrofiya va nekrozga uchraydi. Kasallarning yarmidan ko'ra ko'prog'i buyrak yetishmovchiligi tufayli o'lib ketadi.

Nerv sistemasida, jumladan periferik nerv sistemasida ro'y beradigan o'zgarishlar mikrotsirkulyator o'zan tomirlarining zararlanishiga bog'liq bo'ladi.

Klinik ko'rinishlari. Kasallikning sistema doirasida tobora zo'rayib boruvchi tabiatini aks ettiradi. Aksari hollarda bu kasallik Reyno kasalligiga xarakterli bo'lgan tomirlarga xos o'zgarishdan boshlanadi. Terida o'zgarishlar ro'y berishidan avval odatda tomirlarda o'zgarishlar boshlanadi. Terining tobora ko'proq kollagenlanishi qo'llarning atrofiyaga uchrab, tomirlar harakatchanligining cheklanib qolishiga, keyinchalik esa kontrakturalar paydo bo'lib, muskul harakatlari izdan chiqishiga olib keladi. Skelet muskullaridagi sklerotik jarayonlar va ularning atrofiyaga uchrashi bu o'zgarishlarni yanada kuchaytiradi. Sistemaga doir sklerodermiya bilan og'rigan barcha kasallarda tayanch-harakat apparati zararlanadi va bu - kasallarning majruh bo'lib qolishiga olib keladigan sabablardan biri bo'lib hisoblanadi. Kasallarning 80-90 % ida teri xarakterli tarzda zararlanadi, shu narsa ularning tashqi qiyofasini o'zgartirib qo'yadi. Kasallarning yuzi shaklan niqobga o'xshab qoladi, lablari atrofida burmalar paydo bo'ladi (Kiset simptomi, **146 suratiga qarang**), qo'l panjalarida sklerodaktiliya hodisasi kuzatiladi. Yuz va barmoqlar tomirlari kengaygan. Barmoqlar terisi taranglashgan va zichlashgan, asosan bunday bemorlarda Reyno sindromi kuzatiladi. Dard zo'rayib borgan sayin badan terisi tobora ko'proq zararlanaveradi.

146 surat

Terida sklerotik jarayonlar bilan birgalikda ba'zi joylarda rangi o'chib oqarib qolgan, rangi to'qlashib, dog' tushgan sohalar paydo bo'ladi. **Me'da-ichak yo'lining** zararlanishi qizilo'ngach peristaltikasi susayib, ovqat yaxshi o'tmay qolishi (disfagiya) ko'rinishida namoyon bo'ladi. Ingichka ichak shilliq pardasi tagidagi asos va muskul qavati atrofiyaga uchrab, fibrozlanishi tufayli oziq moddalarning so'rilishi izdan chiqadi.

O'pkada diffuz pnevmoskleroz boshlanib, ba'zan kistalar paydo bo'ladi. Plevra fibrozi ko'zga tashlanadi, shu narsa pirovardida bronxoektazlar, emfizema boshlanishiga olib keladi. Klinik jihatdan olganda, bu o'zgarishlar doimiy yo'tal, nafas yetishmovchiligiga xarakterli simptomlar ko'rinishida namoyon bo'ladi.



O'pkaning zararlanishi yurak o'ng qismida yetishmovchilik boshlanishiga olib boradi.

Buyraklar odatda sistemali sklerodermiyasi yarim o'tkir va surunkali tarzda o'tib boradigan mahalda jarayonga tortilib, keyin glomerulonefrit va nefrotik sindrom boshlanadi. Buyrak chinakkam sklerodermik holiga tushganida tez orada buyrak yetishmovchiligi: azotemiya, oligouriya, anuriya, arterial gipertenziya boshlanishi xarakterlidir, shu narsa bemorlarning o'limiga sabab bo'lishi mumkin. Nerv sistemasida neyrotsirkulyator distoniya, polinevrit manzarasi kuzatiladi.

KREST-sindromida bemorlarda beshta xarakterli belgi: kalsinoz, sklerodaktiliya, ezofagit, Reyno sindromi va teleangioektaziya kuzatiladi (147 a va b hamda 148 a va b suratlar).



Yumshoq to'qima kalsinozi a

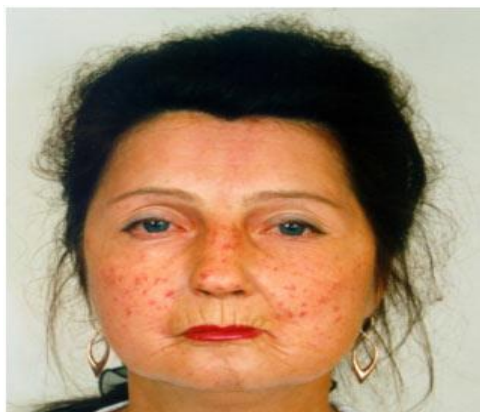


Yumshoq to'qima kalsinozini rentgenogrammasi b

147 a va b surat



Sklerodaktiliya a



Teleangioektaziya va kiset simptomi b

148 a va b surat

Shuning uchun ham bu sindromning nomi unda uchraydigan shu simptomlar lotincha nomlarining birinchi harflaridan olingan.

Kasallikning oqibati uning qay tariqa o'tishiga, o'z vaqtida aniqlab olinib, tegishli davolash qilingan-qilinmaganiga bog'liq. Kasallik surunkali tarzda o'tadigan mahallarda odatda bir qadar yaxshiroq bo'ladi, chunki jarayon sekinlik bilan avj olib boradi va badan terisi bilan sklerotik jarayonlar asta-sekin boshlanadi. Sistemali sklerodermiya o'tkir tarzda o'tadigan mahallarda, ayniqsa chin sklerodermik buyrak holati boshlanadigan hollarda kasallikning oqibati yomon, chunki buyrak yetishmovchiligi tez kuchayib borib, o'limga olib kelishi mumkin.

Amaliy mashg'ulot 14

Ichki sekretiya bezlari va modda almashinuvi tizimi. Tekshirish usullari. So'rab-surishtirish, fizikal-tekshirish usullari. Laborator-asbobiy tekshirish usullari.

1. Amaliy mashg'ulot o'qitish moduli.

Mashg'ulot vaqti – 4 soat

Studentlar soni: 10 dan 12 gacha

Mashg'ulot formasi	Amaliy mashg'ulot
Amaliy mashg'ulot rejasi	Qalqonsimon bez kasalliklari simptomatologiyasi (gipo va giperterioz). Qandli diabet simptomatologiyasi. Diabetik va gipoglikemik koma haqida tushuncha. Tez yordam asoslari.
Amaliy mashg'ulot maqsadi:	Qalqonsimon bez kasalliklari simptomatologiyasini o'rganish. Ichki sekretiya bezlari kasalliklari bilan bemorlarni tekshirish. Qandli diabet simptomatologiyasi. Diabetik va gipoglikemik koma haqida tushuncha. Tez yordam asoslari.
O'qitish uslubi	So'rov. Bemorlarni dmonstratsiya qilish, interaktiv o'qitish uslubi, amaliy ko'nikma.
O'qitish formasi	Kichik podgruppalarida.
O'qitish jihozlari	O'quv qo'llanma, amaliy mashg'ulotlar mundarijasi, proektor, kompyuter.
O'qitish holati	Metodik jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash	Og'zaki kontrol: savol-javob, testlar, muammoli masala.

1.2. Amaliy mashg'ulot texnologik kartasi

Ish bosqichlari va vaqti.	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi	25. Auditoriya tozaligini nazorat qiladi 26. Talabalarni mashg'ulotga tayyorgarligini tekshiradi 27. Davomatni nazorat qiladi	
1. O'quv mashg'ulotiga kirish bosqichi (10 daqiqa)	1.Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash. 2.Kirish ma'ruzasi uchun taqdimot silaydalarini tayyorlash 3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish	
2 – asosiy bosqich (160 daqiqa)	1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni beradi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalanadi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalanadi 4. Davolash ishlarini olib boradi 5. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi	Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar
1-yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyg'a vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi

3. Talabalarning nazariy bilimlarini baholash:

A) Frontal usuli:

1. Bo'g'im kasalliklari bilan og'riqan bemorlarning shikoyatlari
2. Bo'g'im kasalliklarida bemorlarni ko'zdan rish, palpatsiya
3. Laborator va diagnostik tekshirish
4. Bo'g'im kasalliklarining umumiy belgilari va lokalizatsiyasi
5. Revmatoidli artrit. Artritlarga tavsif berish
6. Revmatoidli artritning klinik ko'rinishi
7. Revmatoidli artritning aktivlik darajalari
8. Revmatoidli artritning kechishi, oqibati va davolash
9. Deformatsiyalovchi osteoartrozlarga tavsif berish
10. Osteoartroz etiopatogenezi
11. Osteoartroz diagnostikasi, qo'shimcha tekshirish usullari
12. Osteoartrozlarning kechishi, davolash profilaktikasi
13. Sistemali qizil Yugurikning etiopatogenezi, klinikasi
14. SQYU ning diagnostik kriteriyalari
15. Sistemali sklerodermiyaning etiopatogenezi klinik kechishi
16. Sistemali sklerodermiyaning diagnostik kriteriyalari
17. Allergozlar haqida tushuncha
18. Eshakemi sabablari, klinikasi, davolash
19. Kvinke shishi sabablari, klinikasi, yordam
20. Anafilaktik shok sabablari, klinikasi diagnostikasi, shishilinch yordam

“Ari uyasi” usuli

Bu usulda muammo butun guruh bilan yoki ikkita kichik guruhla bilan tahlil qilinadi. Beriladigan vazifa butun guruh uhun bir, yoki ikkita guruhga har xil vazifalar berilishi mumkin. 10 -15 daqiqa ichida guruh ishtirokchilari vazifa yechimini tahlil qilib, bir birlariga doklad qiladilar. Ular ichidan eng yaxshi variant tanlab olinadi.

Mavzu bayoni

Endokrin tizimi kasalliklari tekshirish usullari

Endokrin tizimi kasalliklari bilan kasallangan bemorlarni tekshirish sxemasi.

1. Sub'ektiv tekshirish usullari.

- a. Asosiy va qo'shimcha shikoyatlari yig'iladi.
- b. Kasallik tarixi yig'iladi.
- v. Hayot anamnezi yig'iladi.

2. Ob'ektiv tekshirish usullari.

- a. Ko'zdan kechirish.
- b. Palpatsiya.
- v. Perkussuya.
- g. Auskultatsiya

3. Laborator tekshirish usullari.

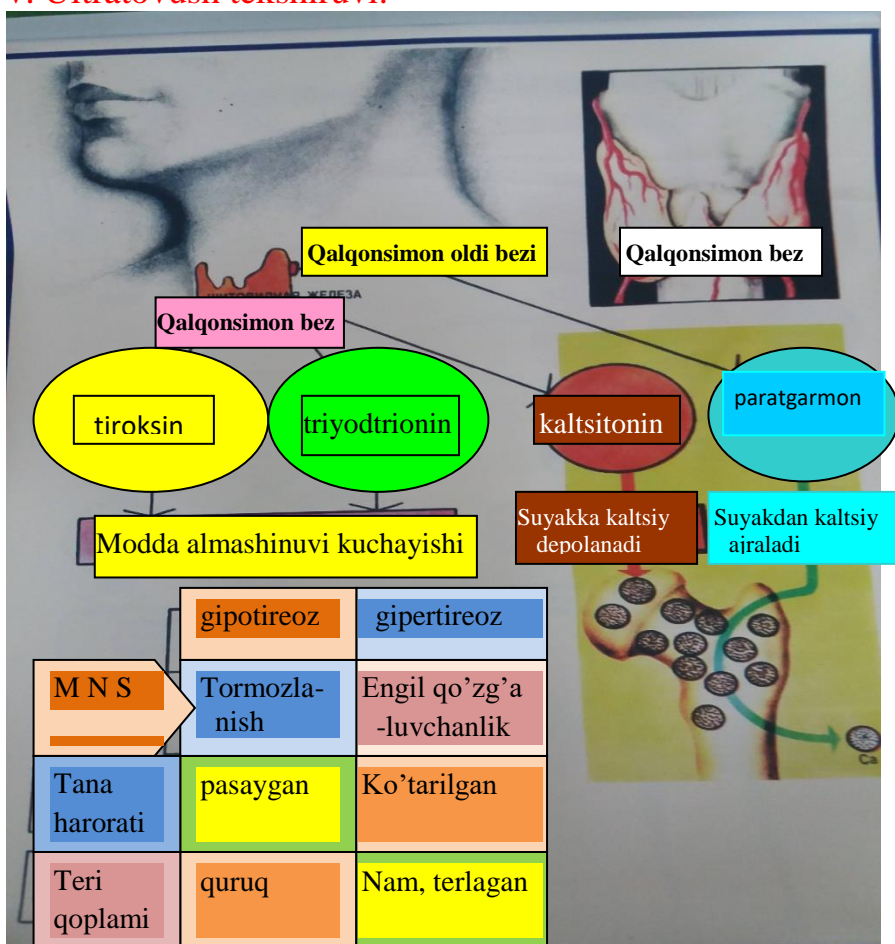
- a. Umumiy qon tahlili (gipoxrom anemiya, leykopeniya nisbiy limfotsitoz bilan, EChT oshishi).
- b. Qonda qand miqdori aniqlanadi.

- v. Qonda keton tanachalar aniqlanadi.
- g. Oqsil bilan bog'langan yod aniqlanadi.
- d. Triyodtironin (T3), tiroksin (T4) miqdorini aniqlash.
- e. Siydikda mochevina, kreatinin, kaltsiy aniqlanadi.
- j. Siydikda qand miqdori.
- z. Najasda kaltsiy aniqlanadi (ko'payadi).

4. Morfologik tekshirish usullari: qalqonsimon bez, buyrak usti bezi, oshqozon osti bezi biopsiyasi, hujayra tarkibi.

5. Instrumental tekshirish usullari.

- a. Rentgenologik tekshirish.
- b. Radioizotop tekshirish usuli
- v. Ultratovush tekshiruvi.



122 surat

Amaliy mashg'ulot 15

Ichki sekretiya bezlari va modda almashinuvi tizimi kasalliklari. Qandli diabet, tireotoksikoz, gipotireoz klinikasi, diagnostikasi.

1. Amaliy mashg'ulot o'qitish moduli.

Mashg'ulot vaqti – 4 soat	Studentlar soni: 10 dan 12 gacha
---------------------------	----------------------------------

Mashg'ulot formasi	Amaliy mashg'ulot
Amaliy mashg'ulot rejasi	Qalqonsimon bez kasalliklari simptomatologiyasi (gipo va giperterioz). Qandli diabet simptomatologiyasi. Diabetik va gipoglikemik koma haqida tushuncha. Tez yordam asoslari.
Amaliy mashg'ulot maqsadi:	Qalqonsimon bez kasalliklari simptomatologiyasini o'rganish. Ichki sekretiya bezlari kasalliklari bilan bemorlarni tekshirish. Qandli diabet simptomatologiyasi. Diabetik va gipoglikemik koma haqida tushuncha. Tez yordam asoslari.
O'qitish uslubi	So'rov. Bemorlarni dmonstratsiya qilish, interaktiv o'qitish uslubi, amaliy ko'nikma.
O'qitish formasi	Kichik podgruppalarida.
O'qitish jihozlari	O'quv qo'llanma, amaliy mashg'ulotlar mundarijasi, proektor, kompyuter.
O'qitish holati	Metodik jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash	Og'zaki kontrol: savol-javob, testlar, muammoli masala.

1.2. Amaliy mashg'ulot texnologik kartasi

Ish bosqichlari va vaqti.	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi	28. Auditoriya tozaligini nazorat qiladi 29. Talabalarni mashg'ulotga tayyorgarligini tekshiradi 30. Davomatni nazorat qiladi	
1. O'quv mashg'ulotiga kirish bosqichi (10 daqiqa)	1.Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash. 2.Kirish ma'ruzasi uchun taqdimot silaydalarini tayyorlash 3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish	
2 – asosiy bosqich (160 daqiqa)	1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni beradi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalanadi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalanadi 4. Davolash ishlarini olib boradi 5. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi	Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar
1-yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyg'a vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi

3. Talabalarning nazariy bilimlarini baholash:

A) Frontal usuli:

21. 1. Bo'g'im kasalliklari bilan og'rigan bemorlarning shikoyatlari
22. Bo'g'im kasalliklarida bemorlarni ko'zdan rish, palpatsiya
23. Laborator va diagnostik tekshirish
24. Bo'g'im kasalliklarining umumiy belgilari va lokalizatsiyasi
25. Revmatoidli artrit. Artritlarga tavsif berish
26. Revmatoidli artritning klinik ko'rinishi
27. Revmatoidli artritning aktivlik darajalari
28. Revmatoidli artritning kechishi, oqibati va davolash
29. Deformatsiyalovchi osteoartrozlarga tavsif berish
30. Osteoartroz etiopatogenezi
31. Osteoartroz diagnostikasi, qo'shimcha tekshirish usullari
32. Osteoartrozlarning kechishi, davolash profilaktikasi
33. Sistemali qizil Yugurikning etiopatogenezi, klinikasi
34. SQYU ning diagnostik kriteriyalari
35. Sistemali sklerodermiyaning etiopatogenezi klinik kechishi
36. Sistemali sklerodermiyaning diagnostik kriteriyalari
37. Allergozlar haqida tushuncha
38. Eshakemi sabablari, klinikasi, davolash
39. Kvinke shishi sabablari, klinikasi, yordam
40. Anafilaktik shok sabablari, klinikasi diagnostikasi, shishilinch yordam

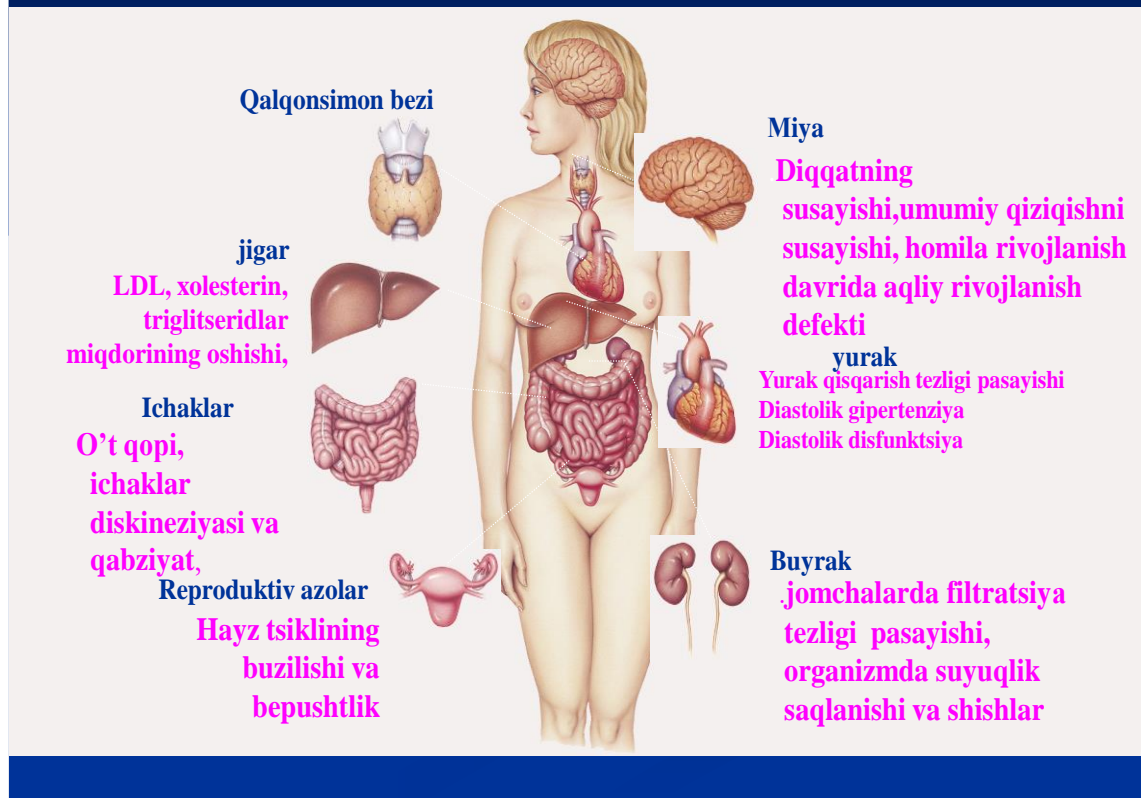
“Ari uyasi” usuli

Bu usulda muammo butun guruh bilan yoki ikkita kichik guruhla bilan tahlil qilinadi. Beriladigan vazifa butun guruh uhun bir, yoki ikkita guruhga har xil vazifalar berilishi mumkin. 10 -15 daqiqa ichida guruh ishtirokchilari vazifa yechimini tahlil qilib, bir birlariga doklad qiladilar. Ular ichidan eng yaxshi variant tanlab olinadi.

Miksedema

“Miksedema (gipotireoz) shilimshiq shish demakdir”, Qalqonsimon bez funksiyasi yetishmasligi tufayli kelib chiqadigan kasallikka aytiladi (122-123 surat). Ayollar erkaklardan ko'ra ko'proq kasallanadi. Irsiy moyillik rol o'ynaydi. Patologo- anatomik tekshiruvda bez parenximasining atrofiyalanib, qo'shuvchi to'qima bilan almashganligi aniqlanadi, organ hajmi kichraygan bo'ladi. Miksedemada boshqa endokrin bezlardan buqoq bezining kichrayib qolganligi, jinsiy bezlarning yetishmaganligi va gipofiz oldingi bo'lagining kattalashib ketganligi ko'riladi.

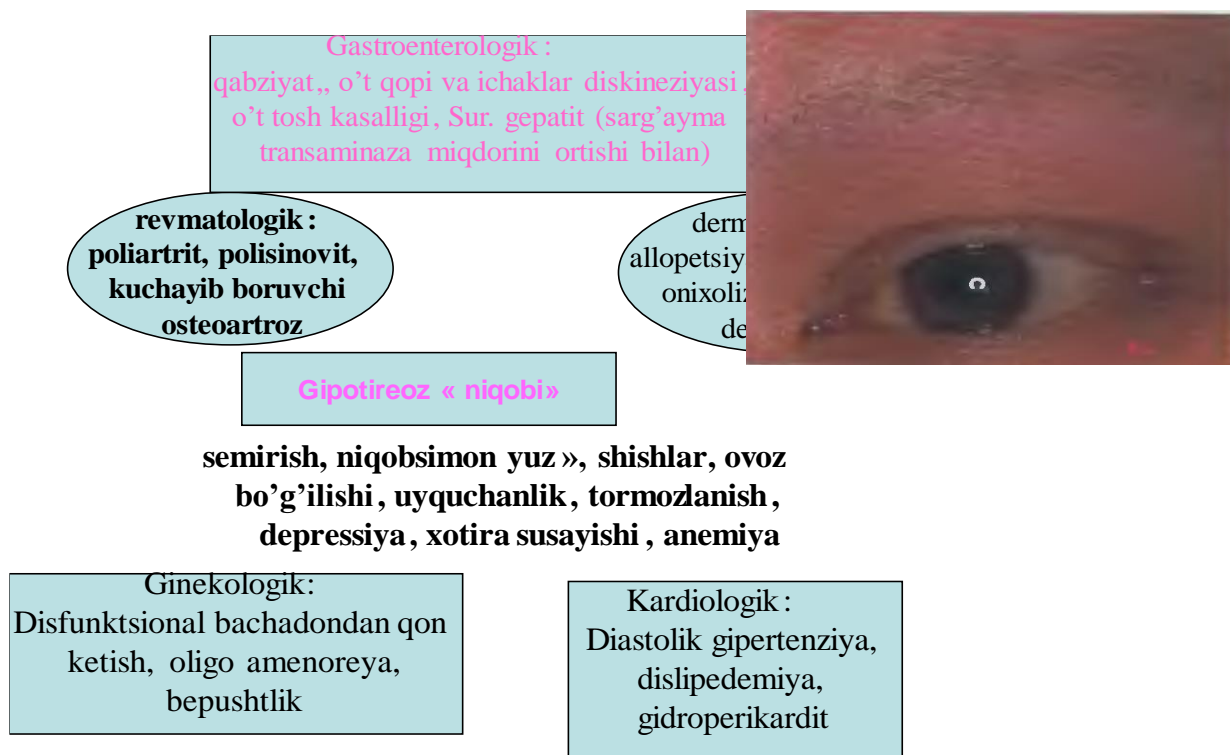
Gipotireozni yuzaga chiqishi va simptomlari



123 surat

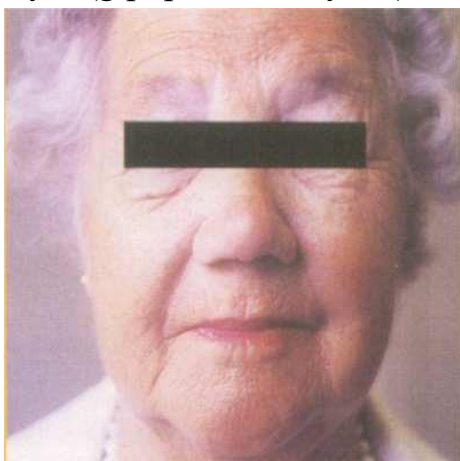
Kasallikning klinik manzarasi (123-124 surat). Kasallar jismoniy ish qila olmaslikdan, aql-idrok va xotiraning pastligidan noliydi, ovoz xunuk bo'lib, xirillay qoladi, qiynalib gapiradi, quloq og'irlashadi, ko'z xiralashadi, og'ir holda hansiraydi.

Bemorlarni ko'zdan kechirish (125 surat). Et uvishib turishi, badan terisining boshqacha bo'lib qolganligidan noliydi, Yana bir xarakterli belgisiga-shilimshiq shish, ayniqsa yuz va bo'yinda sezilib turadi hamda kasalning umumiy qiyofasini o'zgartirib qo'yadi. Shishgan yuz qotib qolgandek, keng bo'lib ko'rinadi, sarg'ish bo'ladi, oq, xususan peshonasiga qalin ajinlar tushadi, qovoqlar kerikib turadi va ko'z yo'riqlarini juda toraytirib qo'yadi burun bilan lablar qalinlashadi. Shish bo'yinga va o'mrov usti bo'shliqlariga tushib, go'yo bosh yelkaga kirib ketgandek bo'lib turadi. Qo'l-oyoqlar ham kattalashadi (Pretibial miksedema). Miksedemada ko'riladigan shish odatdagi shishlarga qarshi o'laroq qattiq bo'ladi va paypaslab ko'rilganda chuqurchalar hosil qilmaydi.



124 surat

Miksedemada bo'ladigan shishlar, ba'zan nefrozda ko'riladigan shishlarga o'xshaydi (gipoproteinemiya).



a 125 surat b

Facies myxoedemata



Pretibial miksedema

Terisidagi o'zgarishlar. Kasallikning ikkinchi muhim belgisi teri, shilliq pardalar distrofiyasidir, teri quruq, serajin bo'ladi, po'st tashlab turadi, ter bezlari ishlamaydi, tirnoqlar tushadi, xira bo'ladi, soch quruq va mo'rt bo'lib, salga to'kilib ketadi, bazan bir kechada sochlari yoki kipriklari, qoshlari to'kiladi **126 suratga** etibor bering.

LOR organlari. Ovoz va nutq (hiqildoq va tovush boylamlarini boshlab turgan shilliq pardaning shishuvi tufayli) o'zgaradi. Eshituv yo'lining terisi va yevstaxiy nayining shilliq

126 surat

pardasi shishib, qalin tortib qolganligi munosabati bilan quloq og'irlashib qoladi.

Moddalar almashinuvi buzilishi. Kasallikning tipik belgisi moddalar almashinuvining keskin sekinlashib qolishidir. Asosiy almashinuv qanday bo'lmasin boshqa kasallikdagidan ko'ra ancha ko'p pasayadi (50-60% gacha). Oqsillar sust parchalanadi, uglevodlar qiyinchilik bilan singiydi. Shu munosabat bilan tana temperaturasi pasayib ketadi (34° gacha). Miksedema bilan kasallanganlarda o'tkir yuqumli kasalliklar ko'pincha normal yoki faqat arziyas darajada ko'tarilgan temperatura bilan o'tadi.

Yurak qon tomir tizimi. Ichki organlarda, xususan yurak qon tomirlar sistemasi ishining sekinlashib va susayib qolganiga xos simptomlar pulsning sekinlashuvi, arterial bosimning kamayishi, yurak qisqaruvchanligi va tonusning pasayishi ko'riladi (miokarddagi distrofik o'zgarishlar va muskul tolalarining shishib ketganligi munosabati bilan), bu yurakning kengayishi, sust qisqarishi (rentgenologik yo'l bilan tekshirishda) elektrokardiogramma tishlarining yoyilib ketishi yoki hatto yo'qolib qolishi bilan birga davom etadi. Gipotireozda kasallarda xolesterin almashinuvi buzilishi natijasida ateroskleroz bilan kasallanish va semirib ketishga (tireogen semizlik deb shunga aytiladi) moyil bo'lishini aytib o'tish kerak. Kasallik sekin o'tadi, bir necha yillar davom etadi.

Hazm tizimi. Shilliq pardalar qalinlashadi, shuning uchun til katta bo'lib qoladi (shu qadar kattalashib ketadiki, hatto og'izga sig'may qoladi, shuning uchun kasallar og'zini ochib turadi), Kasallar ichak atoniyasi munosabati bilan doim ich qotib yurishi va meteorizmdan qiynaladi. Me'da sekretsiyasi susayadi. Jinsiy azolar funksiyasi ham juda susayadi.

Laborator o'zgarishlar. Anemiya va limfotsitoz neytropeniya avj oladi. Qonda yod miqdori juda kamayib ketadi.

Gipertireoz (Greyvs-Bazedov kasalligi)

Diffuz toksik buqoq (Bazedov kasalligi-morbus Basedowi (tireotoksikoz)) neyrohumoral sistemada yuzaga keladigan o'ziga xos o'zgarishi, organizmdagi qon tarkibida tireoid garmonlarni miqdori ortishi bilan kechadigan kasallikka tushuniladi. Qalqonsimon bezning giperfunksiyasi to'qimalarni kislorodga bo'lgan talabini oshiradi, energetik jarayonlarni tezlashtiradi, nerv, qon – tomir va boshqa sistemalarning funtsiyasiga ta'sir qiladi. Ayollar erkaklarga nisbatan 5-10 marta ko'proq kasallanadilar.

So'rab surishtirish. Bemorlar asabiylashib bezovtalanib turadigan bo'lib qoladi, umuman holsizlanib, ko'p terlaydi, badani qizib, uyqusi buziladi, yuragi o'ynab turadi. So'zlarni to'liq aytishi ham buzilib bazan so'zlar chala gapiriladi, bir so'z tugatilmay boshqa so'zga o'tish holatlari ham bo'ladi.

Kasallik manzarasi avvalo ma'lum simptomlar triadasidan a) bezdagi o'zgarishlar (strumadagi); b) ko'zdagi o'zgarishlar v) yurak (taxikardiya) va boshqa azolardagi o'zgarishlardan iborat bo'ladi.

Ko'zdan kechirish . Bemorlar ko'p gapiradilar va ko'p kerakmas harakat qiladilar. Teri qoplamlari nam va paypaslaganda issiqdir. Teri elastikligi yuqoriligi va kech ajinlar (burma) paydo bo'lganligi munosabati bilan bemorlar yosh ko'rinadilar. Teri osti yog' qatlami sust rivojlangan, oruqlanish kuchayishi munosabati bilan mushaklar atrofiyalanadi. Bazi bemorlarda autoimmun

mexanizmlar natijasida miksedema belgilari namoyon bo'ladi. Bu tizza oldi qismi teri qoplamlarini o'zgarishi bilan kechadi. Teri qattiqlashadi va shishadi, teri rangi o'zgaradi. Qalqonsimon bezning kattalashuvi buning asosiy simptomi hisoblanadi. Bezning kattalashuvi diffuz va tugunchali bo'lishi mumkin va palpatsiyada yumshoqdir, xususan kasallikning boshida, keyinchalik u bezda odatda qo'shuvchi to'qima paydo bo'lishi tufayli qattiqroq bo'lib qoladi. Qalqonsimon bezning kattalashuvini 5 darajasi farqlanadi. I-darajada bezning boyinchasi yutinganda paypaslanadi. II-darajada bez yaxshi paypaslanadi va yutinganda yaxshi ko'rinadi. III-darajada bez yaxshi ko'rinadi (qalin bo'yin). IV-darajada kattalashgan zob bo'yinni deformatsiyaga uchratadi. V-darajada bez juda katta razmerdadir.

Qalqonsimon bez auskultatsiyasi: bez ustida sistolik shovqin eshutilishi mumkin, bu shovqin stetoskop bilan bosganda va bemor boshini egsa kuchayadi.

Qalqonsimon bezning faqat bir bo'lagi kattalashuvi yoki struma to'sh orqasida retrosternal joylashgan bo'lishi ham mumkin, bunda faqat rentgenologik yo'l bilan tekshirish natija beradi. Ko'zning chaqchayib turishi (127 surat) ko'pincha ikkala ko'zga, bazanda bitta ko'zga bo'ladi. Bunda odam yuzi qo'rqandek, ba'zan butunlay dahshatda qolgandek ko'rinadi.



a 127 surat b



Bazedov kasalligi avj olmagan davrida, kasalning tikilib boqishi, xususan ko'zning yaltirrab turishi xarakterli.

Bemorlarda avtorlar bo'yicha quyidagi ko'z simptomlari farqlanadi;

1. Grefe simptomi: ko'z soqqasi pastga harakat qilganida ustki azolarining orqada qolish ko'riladi, shuning natijasida ko'z qorachig'i ustida sklera yo'li ko'rinib turadi;

2. Mebius simptomi- ko'zlar konvergentsiyasining yetishmovchiligi: qanday bo'lmasin buyum (barmoq) bemor ko'zlariga yaqinlashtirilganida, ko'zlar uzoq bir nuqtaga qarab turolmaydi va ko'z soqqasining bittasi yoki ikkalasi g'ayri ixtiyoriy ravishda bir tomonga og'ib ketadi;

3. Ko'zning kam va chala ochilib yumilishi, bu ustki qovoqning orqada qolishi bilan ham, ko'zning chaqchayib turishi bilan ham bog'liq bo'ladi;

4. Ko'z yorug'ining katta ochilib turishi (lagoftalm), ko'z qovoqlarida pigment to'planishi-Elinek simptomi;

5. Shtelvag simptomi-kiprik harakatini chegaralanishi (kam ko'z yumilishi),

6. Koxer simptomi-ko'z kosasini yuqoriga harakat qildirganda yuqori kiprik bilan koz' sklerasi orasida oq chiziq hosil bo'lishi;

7. Mari simptomi-uzatilgan qo'llarning mayin titrashi, ekzoftalm-ko'z kosasini tashqariga chiqishi.

Ushbu ko'z simptomlari tegishli ko'z muskullarga innervatsiya qiladigan simpatik nervlar funksiyasining kuchayib ketishi munosabati bilan kelib chiqadi. Ko'zning chaqchayib turishi simpatik nervdan to'la oladigan ko'z kosasi orbital muskulining zo'r berib qisqarishiga bog'liq, deb hisoblanadi, o'sha muskul bir uchi bilan ko'z kosasining chetiga biriksa, ikkinchi uchi bilan ko'z soqasidagi orqa qutbga birikkan bo'ladi, bundan o'sha muskul zo'r berib qisqarganida, ko'z olmasining tashqariga chiqishi kuzatiladi; Grefe simptomi ustki qovoqni ko'taradigan muskul -zo'r berib qisqarishiga bog'liq.

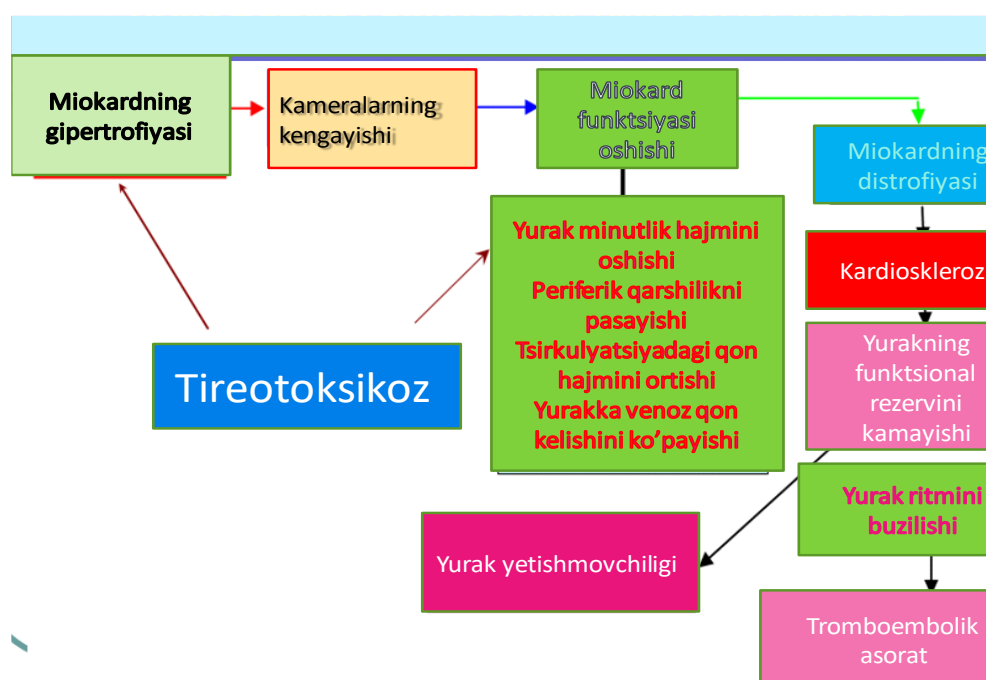
Tireoid garmonlarning ko'payishi hujayralar va mitoxondriyalar membranasi o'tkazuvchanligini oshiradi va oksidlanish hamda fosforillanish jarayonlarini buzadi, makroergik fosfatlarni tanqisligiga olib keladi. Bunday tanqislikni kamaytirish uchun oksidlovchi fermentlar aktivligi oshishi hisobiga oksidlanish jarayonlari kuchayadi. Oksidlanish jarayonlarini kuchayishi yog'lar va glikogenni parchalanishi hisobiga bo'ladi. Bu kompensator mexanizmlar makroergik fosfatlar tanqisligini bartaraf qila olmaydi. Organ va azolarni ko'p ishlashini taminlash uchun oqsil kerak bo'ladi, oqsil sintezi buzilganligi munosabati bilan bu jarayon ham buziladi. Shu munosabat bilan organ va to'qimalarga distrofik o'zgarishlar yuzaga keladi. Bu distrofik o'zgarishlar yurak, jigar, buyrak va boshqa azolar faoliyatini buzilishiga olib keladi.

Yurak-qon tomir tizimi (128 surat). Taxikardiya bo'ladi, simptom tariqasida ba'zan, kasallikning birdan-bir belgisi bo'ladi. Bemorlar yuragining o'ynab turishini sezadilar, puls to'la va tarang bo'ladi. Arterial bosimi biroz ko'tariladi, minimal arterial bosim pasayadi. Kapillyarlar pulsatsiyasi kuzatilishi mumkin. Qon aylanish tezligi tezlashgan, aylanib turadigan qon massasi bilan minutlik hajmi ko'payadi. Kasallikning dastlabki davrida yurak o'zgarmaydi, zarbi kuchaygan, tonlar juda kuchaygan bo'ladi. Keyinchalik yurak gipertrofiyasi va dilyatatsiyasi belgilari yuzaga keladi, ritm buziladi, bo'lmalarni titrashi va ekstrastoliya ko'rinishida yuzaga chiqadi. Mitral klapan proektsiyasida funktsional shovqinlar, shu bilan birga, sistolik va ba'zan, diastolik shovqin ham eshitiladi. Tireotoksikozda yurak yetishmovchiligiga xos o'zgarishlar bo'lib, qon dimlanishi belgilari kelib chiqadi. Yurak qon tomir faoliyatini kuchli buzilishi hisobiga tireotoksik yurak vujudga keladi yani yurak yetishmovchiligi belgilari namoyon bo'ladi. Bundy bemorlarda nafas olish yuzaki, tezlashgan, bu nafas olish aktida ishtirok etadigan mushaklar tonusi pasayishi hisobiga bo'ladi. Bemorlarda hansirash, quruq yo'tal paydo bo'ladi. Bu kichik qon aylanish doirasida dimlanish tufayli bo'lsa bir tomondan, ikkinchi tomondan kattalashgan qalqonsimon bez traxeya va bronxlarni qisishi hisobiga bo'ladi (retrosternal zobda). Bazedov kasalligida yurak simptomlarining kelib chiqishiga, bir tomondan, vegetativ nerv sistemasining ortiqcha qo'zg'aluvchanligi va moddalar almashinuvining kuchayganligi sabab bo'lsa, ikkinchi tomondan

miokarddagi distrofik o'zgarishlar sabab bo'ladi (sababi miokardning holdan toyishi va ortiqcha bez garmonining zaharli ta'sir ko'rsatishi).

Nerv sistemasidagi o'zgarishlar. Ortiqcha qo'zg'alish, titrash, xususan oldinga uzatilgan qo'llarning titrashi, oyoqlar, bosh, ayrim muskul gruppalarining titrab turishi ko'riladi; bemorlar besabr, shoshqaloq bo'ladi, ba'zan psixozlar kuzatiladi. Pay reflekslari kuchaygan bo'ladi, tireotoksik nevraltiya, nevrillar rivojlanadi.

Qondagi o'zgarishlar. Oqsil bilan bog'langan yodning ko'pligi, qalqonsimon bezda **131I** yuqori darajada yutilish ko'rsatkichi, qonda bez garmonlari miqdori triyodtironin (T3) va tiroksin (T4) oshishi, asosiy almashinuv ko'rsatkichlarining kuchayishi namoyon bo'ladi. Qondagi nospetsifik o'zgarishlar gipoxrom anemiya, leykopeniya nisbiy limfotsitoz bilan, EChT oshishi, siydik bilan mochevina, kreatinin ajralib chiqadi, kaltsiyni siydik va najas bilan ajralishi ko'payadi.



128 surat

Oqsillar zo'r berib parchalanadi, qand almashinuvi izdan chiqadi (qondagi qand miqdori ko'payadi, ovqat nagruzkasidan keyin esa, siydikda ham qand paydo bo'ladi), qonda xolesterin miqdori kamaygan bo'ladi, disimilyatsiya jarayonlari assimilyatsiya jarayonidan ustunroq turadi. Natijada odam basedov kasalligiga xos tarzda ozib ketadi. Odam haddan tashqari tez ozib ketishi mumkin, biroq ahvoli yaxshilanganda vazni yana tez ortib boradi.

Tireoid garmonlarning ko'payishi hujayralar va mitoxondriyalar membranasi o'tkazuvchanligini oshiradi va oksidlanish hamda fosforillanish jarayonlarini buzadi, bu o'z navbatida tanada issiq hosil bo'lishiga va makroergik fosfatlarni tanqisligiga olib keladi. Tana temperaturasi odatda 37,5 gacha, ahyon-ahyonda 38 gacha va bundan ortiqroq ko'tarilishga moyil bo'ladi. Kasallar badani qizib turishi va hadeb terlayverishidan qiynalib, yengil kiyinib yuradi, kechasi esa, yopinib yotadi. Zo'r berib issiq ajralib turadigan bo'lganligidan teri qizg'ish bo'lib turadi, odatda teri ham, yupqa va elastik bo'ladi keskin dermografizm kuzatiladi.

Qalqonsimon bez funksiyasi, shu bezning nishonlangan yodni tutib qolish xususiyatiga qarab tekshiriladigan bo'lsa, funksiyasi odatda kuchaygan bo'ladi.

Hazm azolari tomonidan me'da sekretsiasining kuchayishi, ishtaha kuchayishi, qorinda og'riq, ko'ngil aynishi, ich suyuq ketishi va qayt qilish xarakterli, bazan ichi kabziyat bilan o'tadi. Ichaklarda uglevodlar so'rilishi kuchayib qandli diabet kartinasini beradi. Jigarda yog'li infiltratsiya yuzaga kelishi munosabati bilan u kattalashadi, bilirubinni kon'yugatsiyalash funksiyasi buzilishi tufayli toksik sariqlik yuzaga keladi. Bu kasallikning og'ir ko'rinishlari jumlasiga kiradi. Jinsiy funktsiya ko'pincha izdan chiqqan bo'ladi (hayz kamayib qoladi); ko'krak bezlarining yaxshi yetilib qolishi, jinsiy moyillik susayishi kuzatiladi, kasallikning o'tishi har xil bo'ladi va bilinmaydigan yengil formalaridan tortib (gipertireoz), o'tkir holda kechadigan og'ir jarayongacha boradi. Yurak bilan jigarda tobora zo'rayib boradigan o'zgarishlar yuzaga kelishi xavfli, bu o'zgarishlar o'limga olib borishi mumkin. Suyaklar va mushaklar tomonidan osteoporozlar kuzatiladi.

Kasallikning kechishi bo'yicha yengil, o'rtacha og'irlikda va og'ir shakllari tafovut qilinadi. Engil shaklida puls chastotasi 100 martagacha minutda bo'ladi, bemorlar 3-5 kggacha orug'laydi, asosiy almashinuv 30% gacha oshadi. Kasallikning o'rtacha og'irlikda kechish shaklida puls chastotasi 100-120 marta minutda, bemorlar 6-10 kggacha orug'laydi, asosiy almashinuv 30-60% gacha me'yorga nisbatan oshadi. Og'ir daraja bilan kasallangan bemorlarda kaxeksiya kuzatilib, ko'p vazn yo'qotadilar, kuchli taxikardiya yurak urishi 120dan ko'payadi, asosiy almashinuv me'yorga nisbatan 60% dan oshib ketadi. Bu holatda bemorlarda hilpillovchi aritmiya, yurak va buyrak usti bezi yetishmovchiligi, jigarni shikastlanish belgilari qo'shiladi.

Qandli diabet

Qandli diabet (diabetes mellitus) bu Me'da osti bezining β -hujayrasi yetishmovchiligi yoki kontrinsulyar garmonlar ko'payishi hisobiga insulin ishlab chiqarilishi kamayishi yoki uning inaktivatsiyasi tufayli moddalar almashinuvi buzilishi bilan kechadigan kasallikdir. Qandli diabet Me'da osti bezining langergans orolchalarida β -hujayralari birlamchi yoki ikkilamchi yetishmovchiligi natijasida insulin sintezi (absolyut va nisbiy) kamayishi va qonda va siydikda glyukoza miqdorini oshishi natijasida yuzaga keladigan kasallik. Butun jahon sog'liqni saqlash tashkiloti (BJSST) da qayd etilishi bo'yicha, bu kasallikka asosan ovqat maxsulotlarini haddan ziyod istemol qilish, semizlik, stress va kamharakatchanlik ko'pincha sabab bo'ladi.

Hozirgi vaqtda qandli diabet bilan kasallanish ko'payib bormoqda. Kasallanish semiz kishilarda va yoshi o'tgan odamlar orasida ko'proq uchraydi, yoshlar (bolalar) orasida uchrashi ham inkor qilinmaydi.

Uglevod almashinuvi buzilishi. Insulin yetishmovchiligida glyukoneogenez va glikogenoliz jarayonlari kuchayadi va glikogen sintezi pasayadi. Uglevod almashinuvi buzilishi natijasida giperglikemiya va glyukozuriya yuzaga keladi. Bu bir tomondan glyukozaning mushaklarga sekin o'tishi bilan bog'liq bo'lsa, ikkinchi tomondan ularni yog' to'qimalarga o'tishi sekinlashishi hisobiga bo'ladi. Ularning

fosforlanish jarayoni sekinlashishi uning parchalanishini sekinlashtiradi, glikogen sintezi buziladi, uglevodlarni yog'larga aylanishi susayadi. Glikogen jigardan parchalanib glyukozaga aylanadi va qonga o'tadi. Glikogenli aminokislotalardan ham glyukoza hosil bo'ladi.

Oqsil almashinuvi buzilishida glikogenli aminokislotalardan glyukoza sintezi borishi, organizmdagi oqsillar parchalanishi kuchayadi, shu tufayli oqsil sintezi buzilishi kuzatiladi va trofik yaralar hosil bo'ladi, yaralarni bitishi qiyinlashadi.

Yog'lar almashinuvi buzilishi. Insulin yetishmovchiligi natijasida organizmda lipoliz jarayonlari kuchayadi, qonda erkin yog' kislotalar to'planishiga olib keladi. Yog'lar oxirigacha parchalanmaydi (yonolmaydi), qonda yog'ning chala yongan maxsulotlari ko'payadi. Yog'lar almashinuvi buzilishi bu yuqori yog' kislotalar va neytral yog'larning uglevodlardan hosil bo'lishi buziladi. Bu bemorlarni ozishiga va jigarni yog'li infiltratsiyasiga olib keladi. Bu ketozga olib kelib, qonda atseton, β -oksimoy, atsetouksus kislotalar to'planishiga olib keladi va siydik bilan ham ajraladi. Keton tanachalarni qonga to'planishi diabetik komaga olib keladi.

Suv va elektrolit almashinuvi buzilishi. Buyrak kanalchalarida osmotik bosimning ortishi suvning qayta so'rilish jarayonini sekinlashtiradi, poliuriyaga olib keladi va bu suv va elektrolit almashinuvi buzilishiga olib keladi. Siydik bilan birga ko'p miqdorda natriy, kaliy elementlari chiqib ketadi.

Insulin yetishmovchiligi vitamin B6 ning fosforilanish jarayonini buzilishiga olib keladi va bu nevrologik belgilarni polineyropatiyalar yuzaga chiqishiga olib keladi.

Patologo-anatomik o'zgarishlar. Me'da osti bezida β -hujayralarni kamayganligini, ularni degeneratsiyasini, gialinoz va fibrozli o'zgarishlarini ko'rishimiz mumkin. Tomirlarda morfologik o'zgarishlar kuzatiladi, ko'z to'r pardasida tomirlar angiopatiyasi (retinopatiya), nerv hujayralarida (neyropatiya), buyrakda (tugunchali glomeruloskleroz, kanalchali nefroz) kuzatiladi.

Klinik manzarasi. Qandli diabetning quyidagi klinik bosqichlari farq qilinadi.

1. Diabet oldi bosqichi
2. Yashirin (latent subklinik) diabet
3. Yaqqol (klinik) diabet

Uchlik simptomdan tashkil topgan bu: poliuriya-ko'p siyishdan, kechqurungi siydik miqdori va chastotasi oshishi yani nikturiya, polidipsiya-(tashnalik), polifagiya-ishtaha kuchayishidir. Giperlipidemiya (qonda to'yinmagan yog' kislotalar miqdori oshishi, lipid, xolesterin, fosfolipidlar, triglitseridlar) miqdorini oshishi. To'yinmagan yog' kislotalarni jigarga kelishi, bularni ko'p oksidlanishiga olib keladi va bu o'z navbatida atsetil-KoA hosil bo'lishiga olib keladi va bundan atsetouksus, β -oksimoy kislota, atseton hosil bo'ladi. Giperketonemiya lipid almashinuvining og'ir buzilish turi bo'lib, insulin yetishmovchiligi sharoitlarida 300-400 mg/l yetadi. Bemorlar teri qichishidan, ayollar ko'pincha tashqi jinsiy azolari atrofi qichishidan noliydilar. Umumiy darmonsizlik orta boradi. Tana massasi kamayadi, bular suvsizlanish oqibatida terining oziqlanishi buzilishidan vujudga keladi. Bunday bemorlarda aterosklerotik jarayonlar, yog' almashinuvining

buzilishi munosabati bilan odatdagidan kuchliroq rivojlanadi. Shuning uchun diabet kechishini yurak toj tomirlari (miokard infarkti yuz berishi) va miya tomirlari (insult) zararlanishi ko'rinishidagi aterosklerotik belgilar og'irlashtirishi mumkin. Tana massasi kamayadi bu asosan suv yo'qotish, oqsil, uglevod, yog'lar katabolizmi hisobiga bo'ladi. Periferik tomirlar to'ri kengayishi tufayli teri qoplamlari pushti rang tus oladi, aksariyat terida chipqonlar (qichishda tirnalar sababli) paydo bo'lib, bular suvsizlanish oqibatida terining oziqlanishi buzilishidan vujudga keladi. Bunday bemorlarda aterosklerotik jarayonlar yog' almashinuvining buzilishi munosabati bilan odatdagidan kuchliroq rivojlanadi. Shuning uchun diabet kechishini yurak toj tomirlari (miokard infarkti yuz berishi ehtimol) va miya tomirlari (insult) zararlanishi ko'rinishidagi ateroskleroz belgilari og'irlashtirishi mumkin. Tomirlarni shikastlanishi juda xavfli bo'lib, o'limni va nogironlikni asosiy sababi hisoblanadi. Tomirlarni shikastlanishi, spetsifik mikroangiopatiyalar va nospetsifikda makroangiopatiyalar bo'lishi mumkin. Tomirlarni og'ir shikastlanishida ikala holat birgalikda kelishi ham mumkin. Tomirlar, kapilyarlar shikastlanishi natijasida barcha ichki azolarda o'zgarishlar bo'ladi.

Nafas olish tizimi. Nafas tizimi tomonidan organizmning immun sistemasi susayganligi tufayli tez-tez bronxit, pnevmoniya, tuberkulyoz kabi kasalliklar rivojlanadi.

Qon-tomir tizimi: qon tomirlarda aterosklerotik jarayonlar rivojlanib kardioskleroz, stenokardiya, miokard infarkti, kapilyarlar angiopatiyasi, oyoq panjalari gangrenasi kabi kasalliklar rivojlanadi.

Ovqat hazm qilish tizimi tomonidan ishtaha kuchayadi (bulemiya), og'iz bo'shlig'idagi o'zgarishlar, Me'da sekretsiyasi susayib gipo va axlorgidriya kuzatiladi, jigarda yog'li distrofiya, yog'li infiltratsiyasi bo'ladi, steatogepatit kuzatiladi va tsirroz kelib chiqadi. O't qopida yallig'lanishlar, toshlarni paydo bo'lishi, Me'da osti bezining sekretor, motor funksiyasini buzilishi kabi o'zgarishlar yuzaga keladi. Qizilo'ngach va ichaklar disfunktsiyasi kuzatiladi.

Siydik ajratish tizimi. Deyarli 30-35% bemorlarda buyrak tomirlarida ateroskleroz va intrakapilyar glomeruloskleroz Kimmelstil-Uilson rivojlanadi. Buyrak kapilyarlarida almashinuv buziladi, buyrak ishemiyasi natijasida renin-angiotenzin faoliyati oshib qon bosimi oshadi, siydik tekshirilganda proteinuriya, tsilindruriya, mikrogematuriya, izostenuriya aniqlanadi. Bu toifa bemorlarni ko'zdan kechirilganda yuzlarida, qovoqda, oyoqda shishlar ko'rish mumkin, anemiya va EChT oshishini ko'rishimiz mumkin. Buyrak tomirlarida glomeruloskleroz kuchayadi, buyrak yetishmovchiligi boshlanib bemorlar vafot etadi. Bu vaqtda glyukozuriya ham kuzatiladi. Siydikga leykotsituriya, bakteriuriya bo'ladi. Kapilyarlardagi o'zgarishlar tufayli ushbu simptomlar: retinopatiya, gipertoniya, albuminuriya rivojlanadi. Glomerulonefrit, pielonefrit rivojlanadi.

Ko'rish azolari: Yashirin diabetda ko'pincha tomirlarni shikastlanishi diabetning klinikasidan oldin yuzaga chiqadi. Ko'z tubi kapilyarlari angiopatiyasi bo'lib, ko'rish qobilyatini pasayishini, ko'zi xiralashishini misol qilib olish mumkin. Ko'z tomonidan retinopatiya bo'lib, ko'zning to'r pardasida qon tomirlar mikroanevrizmi, venulalarni kengayishi, to'r pardada qon quyilishlar **129 suratga**

qarang va eksudat yig'iladi, gemorragiya bo'lib, pigment anomaliyasi sariq dog' bo'ladi. Chandiqli o'zgarishlar, to'r parda ko'chishi, shishasimon tanada tomirlar proliferatsiyasi, gemoragik glaucoma kabi o'zgarishlar bo'ladi. Tez-tez katarakta rivojlanib turadi.

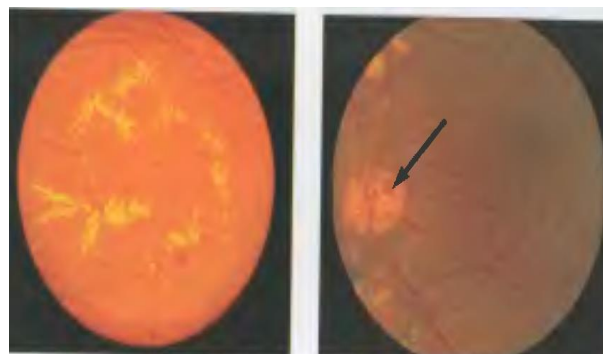
Asab sistemasi tomonidan polinevrit, polineyropatiya rivojlanadi. Yuza va chuqur sezuvchanlikni buzilishi, reflekslarni susayishi, harakatni buzilishi kuzatiladi va buning oqibatida og'riqlar paydo bo'ladi. Bosh miya qon tomirlari aterosklerozi hisobiga insult rivojlanadi. Asab tizimi tomonidan markaziy nerv tizimi, nevrozga o'xshash holatlar, entsefalopatiyalar, mielopatiya shular bilan birga periferik asab tizimi ham shikastlanadi, bosh miya, orqa miya, vegetativ neyropatiya, yurak-qon tomir, hazm tizimi, siydik ajratish tizimi innervatsiyasi buziladi. Oyoq nervlari polineyropatiyasi kuzatiladi. Klinik simptomlari nerv sistemasi shikastlanish xarakteriga bog'liq, parez, paresteziya, sezuvchanlikni buzilishi, ataksik, vazomotor buzilishlar, mushaklarni bo'shalishi, og'riqli

129 surat

sindromlar, xotiraning susayishi va h. k. Vegetativ buzilishlar ter ajralishining buzilishi, ichak motorikasi buzilishi, erkaklar jinsiy faolligini susayishi kabi o'zgarishlar namoyon bo'ladi.

Tomirlarni shikaslanishi asosan kapilyarlarni ichki intima qavatida gialinlar cho'kib qolib, kapilyarlarni o'tkazuvchanligini buzadi va shu tufayli barcha a'zolarida tomirlarga bog'liq o'zgarishlar kelib chiqadi, bu tomirlarni spetsifik shikaslanishiga kiradi va tomirlar mikroangiopatiyasiga olib keladi. Misol uchun buyrak kapilyarlariga o'zgarish bo'lib, nefropatiya yoki ko'pgina a'zolarida, jumladan ko'z tubida angiopatiya ya'ni tekshirganda kapilyarlari kengayadi to'r parda kapillyarlari angiopatiyasi va h.k. Nospetsifik o'zgarishlarga tomirlarda rivojlanadigan ateromatoz o'zgarishlar kiradi.

Kapilyarlar tomonidan kapilyarlar angiopatiyasi rivojlanadi. Bazan oyoq tomirlari shikaslanib, terisida atrofiya, arteriya dorzalis pedisda pulsatsiyaning susayishi, oyoqlarida og'riq, paresteziya bezovta qilib turadi, harakatda oqsoqlanish (oqsoqlab yurish), keyinchalik kapilyarlarda shunchalik o'zgarish bo'ladiki, almashinuv butunlay buzilib gangrena (diabetik tovon) ga olib keladi.



Suyak mushak tizimi: qandli diabetning dekompensatsiya davrida mushaklar atrofiyaga uchraydi va osteoparozlar kuzatiladi.

Bemorlarni ko'zdan kechirganda teri qizargan, asosan yuz, yonoq sohalari va peshona sohasi. Periferik tomirlar to'ri kengayishi tufayli teri qoplamlari pushti rang tus oladi, lunjlari qizarishi, peshonasi, iyak osti qizaradi (rumyanets), kapilyarlar kengayishi (rubeoz) hisobiga, vitamin A almashinuvi buzilishi hisobiga qo'l kaftlari va oyoq tovonlari sarg'ish tovlanadi, aksariyat terida chipqonlar (qichishda tiralish sababli), zamburug'li kasalliklar rivojlanadi, ayollarda tashqi jinsiy azolar sohasida

qichish paydo bo'ladi va teri tarangligi yo'qoladi hamda quruq, sovuq, yiringli toshmalar ko'rishimiz mumkin. Badanda va oyoqlarda qiyin bituvchi trofik yaralar hamda oyoqda gangrena ko'rish mumkin (130 a va b surat). **Og'iz bo'shlig'idagi o'zgarishlar** bemorlar labi va tili quriy boshlaydi, tili karash bilan qoplangan, og'iz shilliq qavatlarida yallig'lanishlar, milklaridan yiring oqadi, gingivit va stomatit rivojlanadi, tishlari paradontozga uchrab tushib ketadi.



a) 130 surat b)

Qandli diabetda laboratoriya diagnostikasining asosiy ma'lumotlari: qonda glyukoza miqdorining 6 mmol/l dan ko'payishi, qonda qand miqdorining ko'payishi-giperqlikemiya, siydikda qand paydo bo'lishi-glyukozuriya (normada bunday bo'lmaydi) bu qonda glyukoza miqdori 8,88 mmol/l (160mg%) bo'lganda yuzaga keladi. Siydik zichligining, miqdorining oshishi, unda keton tanachalar paydo bo'lishi kuzatiladi. Diabet og'ir yengilligiga qarab 3 darajaga bo'linadi: yengil, o'rtacha, og'ir. Yengil darajadagi uglevodlarni ortiqcha miqdorda iste'mol qilgandagina uning qondagi miqdori ko'tariladi va u siydikda paydo bo'ladi. O'rtacha darajasida bemor qandli diabetga xos yuqorida sanab o'tilgan shikoyatlardan noliydi, qonda qand miqdori oshganligi qayd qilinadi, qand siydikda doimo bo'ladi. Diabetning og'ir darajasi bo'lgan hollarda bemorlar mehnat qilish qobiliyatini yo'qotadilar. Ularda diabetik koma ham rivojlanishi mumkin.

Qandli diabet tashxisi mezonlari. Tasodifan tekshirganda bemorlar qon plazmasida glyukoza miqdori 200 mg/% +diabetning klassik simptomari polidipsiya, poliuriya, polifagiya va oruqlash bo'lsa;

- Nahorda qon plazmasida glyukoza miqdori 140 mg/% ikki marta tekshirish natijasida bo'lsa;

- Nahorda qon plazmasida glyukoza 140 mg/%dan kam bo'lsa+2 marta og'iz orqali glyukoza talerantlik proba o'tkazilganda qon plazmasida glyukoza miqdori balnd bo'lsa. Tahlil uchun olingan qon 2 soatdan so'ng va oraliq sinama 1 soatdan so'ng 75 mg glyukoza qabul qilingandan so'ng, qondagi glyukoza 200 mg/% yoki ko'proq bo'lishi kerak. Glyukoza tolerantlikka tekshirishga zarurat yo'q, agarda bemor qon zardobida glyukoza miqdori 140 mg/% va undan ko'p bo'lsa.

Qonda glyukoza miqdori, insulin, S-peptid miqdori aniqlanadi. S-peptid Me'da osti funksional holatini aniqlaydi. Qonda glikolizlangan hemoglobin va fruktozamin (glikolizlangan albumin) miqdorini aniqlash mumkin. Bularning

miqdori glyukoza miqdori bilan to'g'ri keladi. Diabetik mikroangiopatiyani aniqlash uchun teri, mushak, lunj, buyrak biopsiyasi usulidan foydalaniladi va bu bioptatlar tekshiriladi. Bundan tashqari oftalmologik hamda buyrakni funktsional tekshiruvlaridan foydalaniladi. Bu usullardan tashqari glyukozaga talerantlik tekshiriladi, buning uchun nahorda 200 gr glyukoza ichishga beriladi va 2 soatdan so'ng, qonda glyukoza miqdori tekshiriladi (sog'lom kishilarda meyorga tushadi, kapillyar qonda 6,7 mmol/l (120 mg%), plazmada esa 7,8 mmol/l (140mg%)), agarda meyordan ortiq 10 mmol/l dan (180mg%) bo'lsa, proba musbat bo'lib, qandli diabet deb tashxis qo'yiladi. Bu proba 2 marta bajariladi.

Amaliy mashg'ulot 16

Qon tizimi. Tekshirish usullari. Fizik tekshirish usullari laborator-asbobiy tekshirish usullari.

Laborator mashg'ulot: qonni tekshirish. Umumiy qon analizini klinik ahamiyati. Kamqonliklar simptomatologiyasi (temir yetishmovchilik, postgemorragik, gemolitik).

1. Amaliy mashg'ulot o'qitish moduli.

Mashg'ulot vaqti – 4 soat	Studentlar soni: 10 dan 12 gacha
Mashg'ulot formasi	Amaliy mashg'ulot
Amaliy mashg'ulot rejasi	Laborator mashg'ulot: qonni tekshirish. Umumiy qon analizini klinik ahamiyati. Kamqonliklar simptomatologiyasi (temir yetishmovchilik, postgemorragik, gemolitik).
Amaliy mashg'ulot maqsadi:	Laborator mashg'ulot: qonni tekshirish haqida tushuncha hosil qilish. Kamqonliklar simptomatologiyasi (temir yetishmovchilik, postgemorragik, gemolitik).
O'qitish uslubi	So'rov. Bemorlarni dmonstratsiya qilish, interaktiv o'qitish uslubi, amaliy ko'nikma.
O'qitish formasi	Kichik podgruppalarida.
O'qitish jihozlari	O'quv qo'llanma, amaliy mashg'ulotlar mundarijasi, proektor, kompyuter.
O'qitish holati	Metodik jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash	Og'zaki kontrol: savol-javob, testlar, muammoli masala.

1.2. Amaliy mashg'ulot texnologik kartasi

Ish bosqichlari va vaqti.	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi	31. Auditoriya tozaligini nazorat qiladi 32. Talabalarni mashg'ulotga tayyorgarligini tekshiradi 33. Davomatni nazorat qiladi	
1.O'quv mashg'ulotiga	1.Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash.	

kirish bosqichi (10 daqiqa)	2. Kirish ma'ruzasi uchun taqdimot silaydalarini tayyorlash 3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish	
2 – asosiy bosqich (160 daqiqa)	1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni beradi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalanadi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalanadi 4. Davolash ishlarini olib boradi 5. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi	Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar Qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar
3-yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi

3. Talabalarining nazariy bilimlarini baholash:

A) Frontal usuli:

1. Qonning umumiy tahlili nimani bildiradi
2. Qonning umumiy tahlili diagnostik ahamiyati
3. Qon olish texnikasi
4. Gemoglobinni aniqlash texnikasi
5. Qon shakliy elementlarini hisoblash
6. Eritrotsitlar cho'kish tezligini aniqlash
7. Leykotsitar formula nima
8. Qon umumiy tezligini normadagi ko'rsatkichlari
9. Qon yaratish organlarini punktsiya qilish
10. Gemolizni baholash
11. Kamqonlik to'g'risida tushuncha
12. Anemiyaning ko'rinishlari
13. Postgemorragik anemiya, klinik ko'rinishi
14. Temir etishmovchiligi anemiyasiga xarakteristika bering
15. Temir etishmovchiligi anemiyasini kelib chiqish sabablari
16. Temir etishmovchiligi anemiyasini klinik ko'rinishi
17. Temir etishmovchiligi anemiyasida qon tahlilidagi o'zgarishlar
18. V12 (foli kislota) etishmovchiligi anemiyasi etiopatogenezi
19. V12 (foli kislota) etishmovchiligi anemiyali bemorlarni umumiy ko'zdan kechirish

Anemiyalarda qonning laborator diagnostikasi

“Uch pog'onali intervyu” usuli

Har bir gruppada uchta talaba tanlab olinib, ular orasida “vrach”, “bemor” va “ekspert-UASh” rollari bo'linib beriladi. Bemor rolini tanlagan talabaga anonimno diagnozi aytiladi, va u shu diagnozga taaluqli shikoyatlar bildiradi, vrach diagnoz qo'yadi, ekspert UASh shikoyatlar va diagnoz mutanosubligini tekshiradi. Har bir guruh 10-15 daqiqa davomida konsultatsiya qilinadi, ekspert vrach faoliyatini 3 punk bo'yicha tekshiradi:

1. Nima to'g'ri qilindi

2. Nima noto'g'ri qilindi
 3. Qanday qilish kerak
- Guruh konsultatsiyasi xulosasini ekspert xulosasi bilan taqqoslaydilar.

Boshqa xil turi: talabalar ekspert rovida poliklinikada, haqiqiy konsultatsiyada ishtirok etib, butun guruh bilan analiz qilinadi.

Mavzu bayoni

Qon yaratish tizimi kasalliklari

Qon yaratish tizimi kasalliklari bilan kasallangan bemorlarni tekshirish sxemasi

1. Sub'ektiv tekshirish usullari

- a. Asosiy va qo'shimcha shikoyatlari yig'iladi.
- b. Kasallik tarixi yig'iladi.
- v. Hayot anamnezi yig'iladi.

2. Ob'ektiv tekshirish usullari

- a. Ko'zdan kechirish.
- b. Palpatsiya.
- v. Perkussiya.
- g. Auskultatsiya

3. Laborator tekshirish usullari

- a. Umumiy qon tahlili.
- b. Qonda eritrotsitlar miqdori aniqlanadi.
- v. Qonda gemoglobin miqdori aniqlanadi.
- g. Qonda leykotsitlar miqdori leykoformula bilan aniqlanadi.
- d. Qonda EChT aniqlanadi.
- e. Qon ivish vaqti aniqlanadi.
- j. Siydik tahlili

4. Morfologik tekshirish usullari.

- a. Suyak ko'migi punktati.
- b. Jigar va taloq punktati.

5. Instrumental tekshirish usullari.

- a. Rentgenologik tekshirish.
- b. Radioizotop tekshirish usuli
- v. Ultratovush tekshiruvi.
- g. Kompyuterli tomografiya

Qon tizimi kasalliklari bilan bemorlarni so'rab surishtirish

Qon yaratish tizimi xastaliklarida bemorlarning shikoyatlari xilma-xil bo'lib, umumiy xarakterda bo'ladi. Bular: holsizlik, tez charchash, uyquchanlik, bosh og'rig'i, bosh aylanishi, jismoniy ish qilganda hansirab qolish, yurakning tez-tez urishi, ko'z oldi qorong'ulashib, ba'zan hushdan ketish va boshqalar. Bunday shikoyatlar ko'pincha turli sabablarga ko'ra kelib chiqqan kamqonlik (anemiya) da, leykoz, mieloid gipoplaziya kasalliklarida kuzatiladi. Bundan tashqari, tilda

og'riq sezgilari, til uchi va chetlarining achishishi-kamqonlik kasalligining ilk belgisi bo'lishi mumkin. Nekrotik angina, stomatit, milklarning qonashi- leykoz va agranulotsitoz uchun xarakterlidir.

O'tkir leykozda bemorlar yutinganda tomoqda og'riq sezadilar.

Ko'pgina qon kasalliklarida bemorlar ishtaha bo'lmaganligi natijasida juda ozib ketadilar, hatto kaxeksiya holatiga borib yetadilar. Bunday holat ayniqsa surunkali leykoz, xavfli limfomalarda qayd etiladi. Temir yetishmovchiligi natijasida kelib chiquvchi anemiyalarda (xlorozlar) ko'pincha tam bilish buziladi. Bemorlarda sog'lom odam iste'mol qilmaydigan narsalar, ya'ni ko'mir, loy, bo'r, ohak va boshqalarni yeyishga moyillik paydo bo'ladi, hid bilish buzilishi kuzatiladi, bemorlar o'tkir hidli benzin, efir, kerosin va shunga o'xshash narsalarning hidini yoqtiradilar.

Kasallik tarixi. Bemorlarni so'rab-surishtirganda undan uning kasallik boshlanmasdan oldingi ahvoli (quvvatsizlik, isitmalash, turli qon ketishlar) va bemorning fikricha kasallikning yuzaga kelishiga sabab bo'lgan omil yoki holat (nurlanish, qon ketish, hayz tsiklining holati, gijja kasalligi bor yo'qligi, ovqatlanish tartibi, homiladorligi va uning soni, homiladorlik intervali, me'da ichak tizimi yallig'lanish kasalliklari bilan kasallanganligi va b.), kasallikning har bir belgisi boshlangan vaqt, shu belgilarning yo'qolib ketishi yoki avj olishining xarakteri haqida so'rash lozim. Kasallik boshlanmasdan oldin bemorning qoni tekshirilganligi, agar tekshirilgan bo'lsa, qanday o'zgarishlar bo'lganligi, bemor boshqa kasalliklar sababli qanday dori-darmonlarni (qonga ta'sir qiluvchi) qachon va qancha miqdorda qabul qilganligini aniqlash lozim. Agar bemor qon kasalligi tufayli davolangan bo'lsa, qanday dori-darmonlar qabul qilgani va ularning samaradorligi haqidagi ma'lumotlar ham tashxisni aniqlashda muhimdir.

Bemorning hayot anamnezi. Qon sistemasi kasalliklariga chalingan bemor hayot anamnezini so'rab-surishtirganda bir qancha narsalarga e'tibor berilishi kerak. Avvalo bemorning hayot tarzi, bolalikdagi va hozirgi yashash sharoiti, ovqatlanish tartibi, sifati, ish joyidagi zararli omillar (fenilgidrazin) ning ta'siri haqida undan so'raladi. Bundan tashqari, ota-onasi, qarindosh-urug'larining sog'ligi, ya'ni ularda qon kasalliklari bo'lgan-bo'lmaganligi, bemorning hayoti davomida boshidan kechirgan kasalliklari surishtiriladi. Ba'zi kasalliklarda sekin-asta yoki ko'p miqdorda qon ketishi natijasida, me'da shilliq qavatining atrofiyasida va uning bir qismi rezektsiya qilinganda temir, vitamin B₁₂ ning so'rilishi buzilishi tufayli kamqonlik yuzaga kelishi mumkin. Jigar va buyrakning surunkali kasalliklari, sistemali kasalliklar ham anemiyaga sabab bo'lishi mumkin. Turli surunkali kasalliklarni davolashda ishlatiladigan ba'zi dori-darmonlar suyak ko'migi faoliyatini susaytiradi. Xuddi shunday radiatsiya bilan ishlash yoki radiatsion zonalarda uzoq vaqt bo'lish ham suyak ko'migi faoliyatini susaytiradi.

Qon tizimi kasalliklari bilan bemorlarni ob'ektiv tekshirish usullari

Bemorlarni umumiy ko'zdan kechirish. Qon sistemasi kasalliklariga chalingan bemorlarning umumiy ahvoli kasallikning turiga va davriga qarab yengil, o'rtacha va og'ir bo'lishi mumkin. Bemorlar anemiyalarning oxirgi

davrlarida, mieloid aplaziya va leykozlarning tez rivojlanuvchi turlarida og'ir ahvolda bo'ladilar. Bunday hollarda ularning hushlari ham chalg'igan bo'ladi.

Qonda eritrotsitlar va gemoglobin kamayishi natijasida teri va shilliq pardalar rangpar bo'ladi. Surunkali kamqonlikda rangparliklar sekin-asta rivojlansa, o'tkir kamqonlikda birdan paydo bo'ladi va bu ko'pincha qon ketayotganining asosiy belgisi hisoblanadi. Kamqonlik turiga qarab, rangparlik ham turlicha bo'ladi. Masalan, vitamin **B12** yetishmovchiligidan kelib chiqqan Addison-Birmer kamqonligida bemorlar terisi oqimtir -sarg'ish bo'ladi, ya'ni teri sariq tusga kiradi, ko'z oq pardasi ham sarg'ayadi. Temir yetishmovchiligidan yuzaga kelgan anemiyada, ayniqsa, yuvenil xlorozda teri rangi yashilsimon bo'lib oqaradi, ba'zan «alebastr» rangini eslatadi. Gemolitik anemiyalarda terining rangi sariq bo'ladi. Terining rangini aniqlash qiyin bo'lgan vaqtlarda ko'z va milklarning rangini ko'rish lozim. Surunkali leykozlarda teri rangi kulrang bo'ladi.

Og'iz bo'shlig'ini ko'zdan kechirish ham diagnostik ahamiyatga ega. Vitamin **B12** yetishmovchiligi natijasida yuzaga kelgan anemiyada bemor tilining so'rg'ichlari tekislangan, yaltiroq, to'q qizil rangda bo'ladi.

Limfa tugunlari va taloq palpatsiyasi. Qon sistemasi kasalliklarida limfa tugunlar, jigar, taloq va suyaklarni palpatsiya yo'li bilan tekshiriladi. Periferik limfa tugunlarini navbatma-navbat ikki qo'llab paypaslab, avval bo'yin, undan keyin o'mrov osti, qo'ltiq osti, chov sohasidagi limfa tugunlari paypaslab ko'riladi. Ularning elastikligi, harakatchanligi, yuzasi silliq yoki notekisligi aniqlanadi. Limfoleykoz, limfogranulematoz va limfosarkoma kasalligida limfa tugunlari ayniqsa kattalashib ketadi. Odatda avval bemor tanasining bir joyidagi limfa tugunlari va sekin-asta boshqa guruh tugunlari ham kattalashadi. Bunda faqat yuza limfa tugunlarigina emas, balki chuqur joylashgan tugunlar ham kattalashadi.

Leykoz, limfoma kasalliklarida ular qattiq, og'riqsiz, atrofidagi to'qimalar bilan bitishmagan bo'ladi va hech qachon yiringlab oqmaydi. Limfoleykozda ular xamirsimon elastik konsistentsiyaga ega bo'ladi. Faqat limfogranulematoz, ayniqsa limfosarkoma kasalligida limfa tugunlari kattalashib, bir-biri bilan bitishib, katta-katta konglomeratlar hosil qiladi. Ko'pgina qon kasalliklarida taloq kattalashadi. Verl-Goff kasalligida, Addison-Birmer kamqonligida, limfogranulematozda taloq biroz kattalashadi. Faqat gemolitik anemiya va surunkali mieloid leykozlarda taloq juda katta, qattiq konsistentsiyaga ega bo'ladi, ba'zan butun qorin bo'shlig'ining chap qismini egallab, o'ngga hamda kichik chanoqqa ham yetishi mumkin. Uning qirralari yumaloqlashib, usti silliq bo'ladi.

Taloqni palpatsiya qilish uchun bemor chalqancha yoki o'ng yonboshida yotadi. Tekshiruvchi shifokor esa bemorning o'ng tomonida o'tiradi va chap qo'li bilan bemorning ko'krak qafasini biroz bosib turadi. Bu bilan nafas harakatlari cheklanadi. O'ng qo'lning birlashtirilgan va biroz egilgan barmoqlarini chap qovurg'a yoyi ostiga qo'yadi. Agar taloq ancha kattalashgan bo'lsa, unda qo'lini uning perkussiya yo'li bilan topilgan pastki qirrasidan sal pastroqqa qo'yadi. Bemor asta-sekin nafas chiqarganda o'ng qo'lini ichkariga, qovurg'a yoyi tagiga kiritib boradi va bemorga chuqur nafas olishni tayinlaydi. Agar taloq kattalashgan bo'lsa, pastga harakatlanadi va qo'lga urilib, uning ustidan sirpanib o'tadi.

Paypaslash vaqtida taloqning qattiq yoki yumshoqligiga, og'riqliligiga, harakatchanligiga, ustki chetida uyiqcha bor-yo'qligiga etibor beriladi. Kattalashgan taloq ko'pincha og'rimaydi. Faqat taloq venasi trombozida, perisplenitda bemor chap qovurg'a yoyi ostida qattiq og'riq sezishi mumkin. Qon kasalliklaridan tashqari, taloq bir qancha yuqumli kasalliklarda, jigar tsirrozida kattalashadi. Qon sistemasi kasalliklarini aniqlashda yassi suyaklarni hamda naysimon suyaklar epifizini paypaslashda, bu kasalliklarda ko'mikning kuchli giperplaziyasi natijasida, ular og'riqli bo'ladi.

Perkussiya. Taloq-chap qovurg'a ostida Me'daning yuqori qismi tashqarisida, diafragma ostida joylashgan bo'lib, nafas olish aktida harakatlanadi. Uning proektsiyasi ko'krak qafasining chap yon yuzasida IX-XI (bazi adabiyotlarda IX-X) qovurg'alar orasida joylashgan. Qon sistemasi kasalliklarida taloqning o'lchamlarini aniqlash uchun perkussiya usuli qo'llaniladi. Buning uchun bemor yotgan yoki tik turgan holatda bo'ladi va juda sekin perkussiya qilinadi, chunki taloq havo saqlovchi a'zolar bilan o'ralgan va o'zi ham ancha yupqa bo'ladi. Perkussiyani aniq perkutor tovushdan bo'g'iq tovushgacha, juda sekin perkutor zarba bilan bajariladi.

Taloqning uzunasiga ketgan o'lchamini aniqlash uchun X qovurg'a ustidan ikki tomondan perkussiya qilib boriladi va u sog'lom odamda 6-8 sm ga teng bo'ladi, ko'ndalang o'lchamini topish uchun liniya kostoartikularis sinistra chizig'idan 4 sm lateralroq chiziq bo'ylab perkussiya qilinadi va u 4-6 sm ga teng bo'ladi. Taloqning ko'ndalang o'lchamini bo'g'iqqligi chap tomonda IX-X qovurg'alar oralig'iga to'g'ri keladi.

Kurlov bo'yicha perkutor razmerini aniqlash. Birinchi taloqni yuqori va pastki chegarasi aniqlanadi, keyin uning orqa va old cheti aniqlanadi. Perkussiya o'tkazish tartibi bemor on'g yonboshda yotadi yoki turgan holatda bo'lishi kerak. Plessimetr barmoq tekshiriluvchi zonada paralel ravishda qo'yiladi. Perkussiya yuqoridan pastga otkazilganda o'pka tovushi yoki Travbe maydonidagi timpanik tovushdan bo'g'iq tovushgacha perkussiya qilinib, plessimetr barmoqni tashqarisidan aniq tovush tomonidan (timpanik tovush tomonidan) belgilanadi. Perkutor zarb sust va sekin bo'lishi kerak. Taloq razmeri meyorida bo'lganda bo'g'iqroq perkutor tovush beradi, chunki Me'daning havo shari va Traube maydoni hamda ingichka va chambar ichak gazlari yaqin joylashgan. Taloqning yuqori chegarasini aniqlash uchun plessimetr barmoqni ko'ndalang yo'nalish bo'yicha, ko'krak qafasini chap yon bosh yuza V qovurg'a sathida qoyiladi. Qovurg'alar yoki qovurg'alar oralig'i bo'yicha barmoqni ko'ndalang holatini saqlagan holda bo'g'iqroq perkutor tovush eshitguncha chap yonbosh suyak qanotigacha perkussiya qilib boriladi. Bo'g'iqroq perkutor tovush eshitilgan joy taloqni yuqori chegarasi hisoblanadi, meyorda IX qovurg'ada yotadi. Dermograf yoki chap qo'l beshinchi barmoq bilan bu nuqtani belgilab olib, plessimetr barmoqni chap yonbosh suyagi qanoti bo'ylab joylashtirib va o'rta qo'ltiq osti chizig'i bo'ylab qarama-qarshi tomonga perkussiya qilinib boriladi (pastdan yuqoriga qarab). Timpanik tovushni bo'g'iq tovushga o'tishi demak taloqni pastki chegarasi hisoblanadi va bu normada XI qovurg'aga to'g'ri keladi. Taloq

kengligini topish uchun yuqori va pastki chegara oralig'i o'lchanadi, bu meyorda 4-7 smni tashkil qiladi.

Taloqni orqa chetini aniqlash uchun chap X qovurg'ani paypaslab topib, umurtqaga birikish joyini topish kerak. Keyin barmoq plessimetri chap umurtqa oldi chizig'iga joylashtiriladi, bunda barmoqning o'rta falangasi (o'rta suyagi) X qovurg'aga perpendikulyar bo'lishi lozim. Barmoq plessimetri shunday holatini saqlab, X qovurg'a bo'ylab taloq tomon timpanik tovushdan bo'g'iqroq tovushgacha perkussiya qilinadi. Bu taloqning orqa cheti hisoblanadi va dermatograf bilan belgilanadi. Meyorda taloqning orqa cheti chap kurak chizig'idan tashqariga chiqmaydi.

Taloqni oldingi cheti chegarasini aniqlash uchun plessimetr barmoqni qorinni oldingi chizig'i bo'ylab shunday joylashtirish kerakki, bunda barmoq o'rta falangasi kindik chizig'iga perpendikulyar bo'lishi kerak. Taloq tomon perkussiya qilib boriladi, kindik va chap X qovurg'a kesishish nuqtasidan chap qo'ltiq osti chizig'igacha boriladi. Timpanik tovushni bog'iqroq tovushga o'tishi, taloqni old cheti chegarasi hisoblanadi. Meyorda bu old qo'ltiq osti chizig'idan tashqariga chiqmaydi. Keyin taloqni oldingi va orqa chegaralari oralig'i o'lchanadi, va bu 6-8 smni tashkil qiladi. Taloq haddan ziyod kattalashsa old chegarasi qovurg'a yoyidan tashqariga chiqadi. Bu holatda tashqariga chiqqan qismi o'lchanadi. Taloqni Kurlov bo'yicha aniqlangan chegarasi kasallik tarixiga kasr chizig'i bo'yicha kiritiladi.

6 x 17/9cm

Bu yerda butun (6) sonlar taloqning qovurg'a yoyidan chiqqan qismi.

Surat (17) bo'g'qlik uzunligi. Maxraj (9) bo'g'qlik kengligi .

Taloqni kattalashganligini yana bir oddiy usul bilan aniqlash mumkin. Agar perkussiya vaqtida bemor holati o'ng yonboshga bo'lsa, X qovurg'ani chap o'rta qo'ltiq osti chizig'i bilan kesishish joyida xuddi jigarni kattaligicha bo'g'qlik tovushi aniqlansa, demak taloq juda kattalashgan (Ragoza simptomi).

Taloqning kattalashuvi qator kasalliklarni asosiy diagnostik belgilaridan biridir. Jigar, taloq va limfa tugunlarni birdaniga kattalashuvi bazi bir o'tkir va surunkali infeksiyalar, sepsis, infeksiyon endokardit, gemoblastozlar va sistemali immunopatologik kasalliklarda uchraydi. Jigar va taloqning kattalashuvi surunkali faol hepatitda, jigar tsirrozida, gemolitik anemiyada va moddalar almashinuvi buzilishi (yig'ilish) kasalliklarida (Goshe, Nimanna-Pika) uchraydi. Taloqning kattalashuvi darvoza va taloq venasi trombozida, taloqda o'sma, kista va boshqa mahalliy jarohatlar rivojlansa kuzatiladi. Taloqning juda kattalashib ketishi surunkali mieloleykozda, osteomielifibrozda kuzatiladi va bu bazan qorin bo'shlig'ini katta qismini egallaydi hatto kichik chanoqqacha tushishi mumkin.

Qondagi laborator ko'rsatkichlar. Gemoglobin miqdorini aniqlash

Bemorlarni laborator tekshiruvga tayyorlash. Qonni tekshirish. Qon ko'rsatkichlari sutka davomida o'zgarib turadi, shuning uchun ham iloji boricha qonni ertalab tekshirish lozim, shoshilinch holatlardan tashqari. Hamma analizlar ham rentgenografiya, ultra tovush tekshiruvi, fibrogastroduodenoskopik

tekshiruvlar va fizioterapevtik davolashdan oldin olinishi kerak. Bular tahlillarni o'zgarishiga olib keladi. Analiz topshirgunga qadar 1 soat davomida chekish ham man etiladi. Sutka davomida jismoniy zo'riqishlardan, spirtli ichimliklardan, kun rejimi va ovqatlanish rejimini o'zgartirmaslik kerak. Tahlil nahorda topshirilishi kerak, oxirgi ovqatlanishdan 12 soat o'tgandan so'ng, suv ichsa bo'ladi. Tahlil natijalariga dori moddalar tasir qiladi, dori ichilmasligi kerak sutka davomida. Qonni yotgan holatda olish maqul, turgan holatda bosh aylanishi mumkin. Qaysi tomirdan qon olinsa shu tomirda 1 soat davomira yuk tashish mumkin emas (sumka tashish). Laborator ko'rsatkichlarni nazorat qilish uchun sutkaning bir vaqtda, bir laboratoriyada olinib, bitta reaktivdan foydalangan maqul. Chunki har xil reaktiv ishlatilsa natijalar har xil bo'lishi mumkin. Venadan qon olish uchun vakumli sistemadan foydalanish zarur. Gematoma bo'lmasligi uchun igna sanchilgan joy, qon olingandan so'ng yaxshilab steril mato bilan 15 daqiqa qavomida bog'lanadi. Umumiy tahlil uchun qon 4- barmoqdan kamida oxirgi ovqatlanishdan 1 soat otgandan so'ng olinadi. Chaqaloqlarda oyoq (tovon) dan olinishi mumkin.

Qonni bioximik tekshirish uchun nahorda oxirgi ovqatlanishdan 12 soat o'tgandan so'ng olinadi. Lipidogrammaga tekshirish uchun (xolesterin va uning fraktsiyalari) oxirgi yengil ovqatlanishdan kamida 14 soat o'tgan bo'lishi kerak. Glukozaga tolerantlikka tekshirish uchun 3 kun davomida aralash parhez tutishi maqul (parhezda kuniga 250 gr uglevodlar bo'lishi kerak). Uglevod almashinuviga tasir qiluvchi dorilarni va garmonlarni qabul qilinishi qat'iy man qilinadi (diabetiklardan tashqari, hayotiga xavf soladigan bo'lsa). Test 1 soatdan 4 soatgacha davom etadi. Bu vaqt bemor klinikada bo'lishi karak. Repraduktiv yoshdagi ayollarda garmonlar tekshirilishi lozim bo'lsa, ular menstrual tsiklini tegishli kuniga qon olinishi lozim. Qon ivishini tekshirish uchun pattsientlar varfarin, geparin, fraksiparin, kleksan, plaviks, aspirin, kurantil, tromboass kabi qon ivishini susaytiruvchi va aminokapron kislota, vitamin K (vikasol), ditsinon kabi qon ivishini kuchaytiruvchi dorilarni qabul qilmagan bo'lishi lozim.

Qon tanachalarini sanash

Qon tanachalari sanash asosan maxsus kamerada sanaladi. Qon tanachalarini sanash ketma-ket keladigan bir qancha manipulyatsiyalardan iborat: 1) tekshiriladigan odam barmog'iga ukol qilish; 2) aralashtirgichga qon olish; 3) olingan qonni tegishli eritma bilan suyultirish; 4) suyultirilgan qon tomchisini hisob kamerasing to'riga tomizishdan iborat. Barmoq odatda alohida asbob - Frank ignasi (skarifikator) bilan ukol qilinadi, bu ignaning oddiy ignalardan afzalligi shuki, uning uchi barmoq to'qimasiga teri qalinligiga qarab, kerakli chuqurlikkacha kiradi; ukolni boshqa usullar bilan ham qilish mumkin. Oldin barmoq terisi bilan ignani spirt (dezinfektsiya qilish uchun) va efir bilan (quritish uchun) yaxshilab artish kerak. Ukol qilingan joydan chiqqan birinchi qon tomchisi artib tashlanadi va keyingi tomchi olinadi. Ukolni takrorlamaslik uchun ignani juda yuza sanchish yaramaydi (2-3 mm). Barmoq iliq bo'lishi lozim.

Aralashtirgichlar (melanjerlar) degan alohida pipetkalar yordami bilan qon olinadi. Aralashtirgich darajalarga bo'lingan kapillyar naydan iborat bo'lib, uchi

kengayib keladi va ampula hosil qiladi; ampuladan kapillyar nay oldiniga aslidek, keyinchalik esa, birmuncha kengroq teshik bilan sal davom etadi. Qizil va oq qon tanachalariga sanash uchun har xil aralashtirgichlar ishlatiladi. Eritrotsitlarni sanash uchun mo'ljallangan aralashtirgichlarda birmuncha ingichka kalibrli kapillyar va ancha keng ampula bor; unga belgilar qo'yilgan: bitta belgi aralashtirgichning o'tkir uchi (og'zi) dan 5 daraja keyin - 0,5 ikkinchisi, ampulaga kirish oldida yana 5 darajadan keyin - 1,0 uchinchisi, ampuladan chiqish joyida-101. 0,5 yoki 1,0 belgigacha qon olinadi, 101 belgigacha suyultiruvchi eritma olinadi. Aralashtirgichning 101 belgisigacha bo'lgan suyuqlik hajmi 1,0 belgisigacha bo'lgan hajmdan 100 baravar va 0,5 belgisigacha bo'lgan hajmdan 200 baravar katta.

Leykotsitlar uchun mo'ljallangan aralashtirgich kapillyarining teshigi birmuncha keng bo'lib, ampulasi kichikroq; unga 0,5 yoki 1,0 degan belgilar qo'yilgan; suyultiradigan suyuqlik 11 belgiga qadar so'riladi. Demak aralashtirgichning 11 belgisigacha bo'lgan suyuqlik hajmi 1,0 belgisigacha bo'lgan hajmdan 10 baravar va 0,5 belgisigacha bo'lgan hajmdan 20 baravar katta. Qonning suyultiruvchi suyuqlik bilan aralashishi uchun ikkala aralashtirgichning ampulasida shisha sharcha bor. Aralashtirgichning to'mtoq (keng) uchiga kichkina shisha uchligi bo'lgan rezina naycha kiygiziladi, bu nay so'rish uchun xizmat qiladi. Olingan qon quyidagi eritmalar bilan suyultiriladi.

1. Qizil qon tanachalarini suyultirish uchun odatda osh tuzining 3% li eritmasi ishlatiladi, so'nggi vaqtda Gayem suyuqliklarni ishlatishni maqul hisoblanayapti (5 gr. sulema, 10 gr. natriy xlorid, 37,5 gr. natriy sulfat suvda eritiladi; va suyuqlik hajmi 1 l ga yetkaziladi). Gayem suyuqligida eritrotsitlar uzoqroq saqlanadi. Suyultiradigan suyuqlikka bo'yoq qo'shish ham tavsiya etiladi (masalan, metilviolet yoki gentsianviolet): bo'yoq bir qancha leykotsitlarni bo'yaydi, bu hol leykotsitlarni eritrotsitlarga qo'shib sanamaslik uchun imkon beradi. Odatda, qizil qon tanachalarini sanash uchun aralashtirgichga kiygizilgan rezinka trubka orqali sal so'rib 0,5 belgisiga qadar qon olinadi. Shundan keyin aralashtirgichning uchi yuqorida ko'rsatilgan suyultiruvchi suyuqliklarning biri bilan to'ldirilgan kosachaga tushiriladi va suyuqlik butun ampulaning 101 belgisigacha to'ldirib so'riladi (200 marta suyultirish); so'ngra aralashtirgich uch minut mobaynida har tomonga qarab kuch bilan tez chayqatiladi. Kam qonli bemorning qoni tekshirilayotgan bo'lsa, qonni 1,0 belgisigacha so'rib olgan ma'qul (100 marta suyultirish). **Oq qon tanachalarini suyultirish uchun sirka kislotaning 5 % li eritmasi ishlatiladi.** Sirka kislota qizil qon tanachalarini eritadi. Biroq bunday kontsentratsiyada oq qon tanachalariga shikast yetkazmaydi, bu hol oq qon tanachalarining o'zini sanashga imkon beradi. Oq qon tanachalarining birmuncha aniq ko'zga tashlanishi uchun suyultiruvchi suyuqlikka gentsianvioletning suvdagi 1 % li eritmasidan bir oz ko'shiladi, gentsianviolet leykotsitlar yadrosini bo'yaydi. Oq qon tanachalarini sanash uchun 1,0 belgisigacha qo'ldan qon olinadi, so'ngra 11 belgisigacha suyultiruvchi eritma so'rib olinadi; shunday qilib, qon 10 baravar suyultiriladi; leykotsitlar miqdori ko'p bo'lsa, qon 0,5 belgisigacha olinadi. (20 marta suyultiriladi). Aralashtirgich xuddi yuqorida aytilgandek qilib chayqatiladi.

Aralashtirgichga qon olish katta aniqlikni talab qiladi (havo pufakchalarisiz tegishli belgiga bo'lishi kerak va hokazo), aralashtirgich suyuqligi saqlanib qoladigan holatda bo'lishi kerak (uchi gazlama yoki qog'ozga tegmagan holda gorizontol holatda, gazlama yoki qog'oz aralashtirgichdan suyuqlikning bir qismini o'ziga tortib olishi mumkin). Aralashtirgichlar nihoyatda toza va quruq bo'lishi kerak. Suyultirilgan qon tomchisi aralashtirgich suyuqligini obdon aralashtirilganidan keyingina hisob kamerasing to'riga tomiziladi. Dastlabki bir nechta tomchini (kapillyar qismidagi suyuqlikni) aralashtirgichdan to'kib tashlash va ampuladagi suyuqlikdangina (yaxshi aralashgan suyuqlikdangina) foydalanish kerak. Tomchi to'g'ri yoki tug'ridan-to'g'ri (Tom-Tseyss tipidagi kamerada) tushiriladi, (tomchi bu holda tegishli kattalikda bo'lishi kerak, tomchining katta-kichikligini belgilashga faqat tajriba yordam beradi) yoki bo'lmasa tomchi to'r yonidagi maxsus chuqurchaga (ariqchaga) tushiriladi, to'r esa bunda o'z-o'zidan to'ladi (Byurker tipidagi kamera). Birinchi xil turlarga tomchi tushirilganidan keyin unga qoplag'ich shisha yopiladi. Ikkinchi xil turlarda qoplag'ich shisha oldin qo'yiladi, bunda aralashtirgichdan olingan tomchi uning chetiga keltiriladi va tomchi kapillyarlik xususiyati bilan to'rni to'ldiradi. Hisob kamerasi qalin buyum oynasidan iborat bo'lib, unga to'r qo'yilgan alohida shisha plastinka o'rnatilgan yoki qisib qo'yilgan bo'ladi, To'r atrofiga (yoki ikkala yoniga) 0,1mm qalinlikdagi shisha plastinka ham qo'yilgan. To'r ustiga qo'yiladigan qoplag'ich oyna xuddi shu plastinkaga mustahkamlanadi. To'r bilan qoplag'ich oyna orasidagi bo'sh joyning balandligi, ya'ni to'rning chuqurligi shunday qilib, 0,1 mm ga baravar bo'ladi. Shlifovka qilingan, yuzasi nihoyat darajada tekis bo'lgan qoplag'ich oynalardan foydalanish kerak (odatdagi qoplag'ich oynalar ko'pincha notekis bo'ladi, bu- kameraning kerak bo'lgan balandligini buzib qo'yadi). Qoplag'ich oynalarni kameraga Nyuton halqalari (to'r atrofida yoysimon aylanadi) ko'rilguncha zich qilib taxlab yopishtirish kerak. Tom-Tseyss va Byurker xilidagi hisob kameralari tafovut qilinadi.

2. Tom-Tseyss kamerasi ko'rsatilgan. To'r yopishtirilgan plastinka dumaloq bo'ladi; uning atrofiga torgina aylanma ioncha qoldirib, ikkinchi, birmuncha qalinroq plastinka joylashtirilgan, bu plastinkaning ustki yuzasi ichki dumaloq plastinka yuzasidan ko'tarilib turadi, shunga ko'ra. To'rli plastinka bilan shu plastinkani o'rab turadigan birmuncha qalin plastinkaning chetlari orasidagi balandlik 0,1mm ga baravar bo'ladi. Tomchi markazdagi to'rli plastinkaga tushiriladi. Ustiga oyna nyuton xalqalari paydo bo'lguncha ishlab yopishtiriladi. Tomchining hajmi to'rni boshdan-oyoq bir tekis qoplay oladigan darajada bo'lishi kerak; sal ortiqcha suyuqlik qisman noychaga tushadi.

3. Byurker kamerasing so'ngi, birmuncha mukammal xili qalin buyum oynasidan iborat bo'lib, uning markaziga shu oynaga ko'ndalang bo'lib turadigan ikkita to'r qo'yilgan, bu turlar yon tomondan va bir-birining o'rtasidan novlar bilan o'ralgan; yon novlarning tashqi chetlari ko'tarilib turadi, shunga ko'ra, to'r yuzasi bilan novcha Goryaevlar ustida ko'tarilib turadigan ustki chekkalar orasidagi balandlik 0,1 mm ga teng bo'ladi (kameraning chuqurligi). Qoplag'ich oyna tomchi tushirilishidan oldin qo'yiladi; qoplag'ich oyna ostidan chiqib turadigan

tashqi novlarning bariga aralashtirgichdan tomchi tushiriladi. Kapillyarlik tufayli bu tomchi to'zni to'ldiradi. To'rlarning ikkalasidan bir xil foydalanish mumkin, unda yoki bir xil qon bilan yoki ikkita har xil qon bilan to'rlar to'ldiriladi (tomchilarning har biri birinchi va ikkinchi to'ring yonidan tushiriladi). To'rlar har xil ko'rinishda bo'ladi. Lekin ularning tuzilish printsipi bir xil. Hamma to'rlar har xil qilib gruppalashtirilgan «kichik» va «katta» kvadratlardan iborat. Kichik kvadrat tomonlari 10 mm, ya'ni uning yuzi 400 mm². Kameraning balandligi -5 mm bo'lganligidan kichik kvadrat hajmi, shunday. Katta kvadrat yoki 16 ta kichik kvadratdan tashkil topgan bo'ladi, yoki yuzasi hajmi jihatidak 16 ta kichik kvadratga mos keladi. Tom to'ri har biri 16 tadan kichik kvadratdan tashkil topgan 16 ta katta kvadratdan iborat; katta kvadratlar «uch qavat chiziqlar», ya'ni yana bitta chiziq bilan bo'lingan mayda kvadratlar bilan bir-biridan ajralib turadi. Shunday qilib, butun to'r har qatorda 16 va yana 4 ta bo'lingan mayda kvadratdan, ya'ni 20 qator bo'lib joylashgan (har qatorda 20 tadan kichik kvadratdan), jami 400 ta kichik kvadratdan tashkil topgan. Tom to'ri eritrotsitlarni sanash uchun kifoya qiladiyu biroq, leykotsitlarni sanash uchun kichikroq shunga ko'ra leykotsitlarni sanash uchun to'zni bir necha marta to'ldirish va sanash hamda o'rtacha raqamlarni olishga to'g'ri keladi. Tyurk to'ri markazi Tom to'ridan iborat, lekin yuzasi ancha katta bo'ladi. Chunonchi, unda shunday yuzalardan yana 8 tasi bor. Ana shu qushimcha yuzalar faqat katta kvadratlarga ajralgan. To'rda hammasi bo'lib, 9x16, har qatorda 12 tadan, jami 144 ta katta kvadrat bor. Predtechenskiy to'ri juda qulay bu to'rda 100 ta katta kvadrat bor, ularning bir qismi mayda kvadratlarga bo'lingan, bo'linganda ham to'ring har xil bo'limlarida bir tekis bo'lingan. Goryaev to'ri Predtechenskiy to'ring yanada mukammallashgan xili bo'lib, undan katta (15 ta qatorning har birida 15 tadan, jami 225 ta katta kvadratdan iborat) hozirgi vaqtda, bizda Byurker tipidagi kameralarda ishlatiladi.

4. Byurker to'ri Tyurk to'riga o'xshaydi, u ham 144 ta katta kvadratdan iborat, qon tanachalarini sanash vaqtida to'r bo'shlig'ida bir tekis tarqalgan mayda kvadratlardan foydalaniladi, bu kvadratlar katta kvadratlarni ajratib turadigan chizig'larning kesilishidan hosil bo'ladi. Goryaev to'ri hammasidan ham yaxshi. To'rda shaklliy elementlar kamera tomchi bilan to'ldirilganidan keyin, 2-3 minut o'tgach, sanaladi (qon elementlarining tinishiga imkon berish uchun). Kvadrat ichida yotgan hamma hujayralar, yarmidan ko'pi mazkur kvadrat ichiga kirib turgan bo'lsa, chegara chiziqlarida turgan hujayralar ham sanaladi. Bundan tashqari chegara chiziqlari yarmidan kesib o'tgan hujayralar ham hisobga qo'shiladi. Biroq ularning yoki ustki va chapki yoki pastki va o'ng tomonidagi chiziqlarda yotganlarigina sanaladi (ya'ni kvadratni cheklab turgan 4 ta chiziqdan ikkitasidagi hujayralar). Bitta hujayralarning o'zini ikki martadan sanab qo'ymaslik uchun shunday qilinadi. Yarmidan ko'pi mazkur kvadratdan tashqarida yotgan hujayralar shu kvadratda mutlaqo hisobga qo'shilmaydi. Qizil qon tanachalari kichik kvadratlardan sanaladi. Goryaev to'rlarida 16 ta kichik kvadratdan iborat katta kvadratlar tanlab olinadi va odatda, 5 ta katta kvadrat (ya'ni, 80 ta kichik kvadrat) sanaladi. Yaxshisi, to'ring har xil joylarida yotgan kvadratlarni tanlab olish kerak (eritrotsitlarning to'rda notekis tarqalishidan kelib

chiqadigan noaniqlikni kamaytirish uchun. Byurker to'rida katta kvadratlar o'rtasida (katta kvadratlarni bo'lib turadigan bo'shliqning kesishgan joylarida) joylashgan kichik kvadratlardan foydalaniladi. Butun to'r bo'ylab bir qatorda 10 ta kichik kvadrat bo'ladi. Odatda 6 qatordagi kichik kvadratlar va yana yettinchi qatordagi qanday bo'lmasin ikkita kichik kvadrat sanaladi. Bunga ham jami 80 ta kvadrat bo'lib chiqadi.

Bu quyidagicha bo'lib qilinadi: 16 ta katta kvadratga barobar bo'lgan 80 ta kichik kvadratdaga eritrotsitlar sanalganidan keyin, avvalo kichik kvadratdagi eritrotsitlarning o'rtacha soni hisoblab chiqiladi. Kichik kvadrat hajmi yuqorida aytilganidek 1 mm^3 ga teng bo'lganidan eritrotsitlar sanaladigan 1 mm^3 aralashmada eritrotsitlar bitta kichkina kvadratdagidan 4000 baravar ko'p bo'ladi. Olingan qon aralashtirgichda suyultirilgani (odatda 200 marta) sababli, kelib chiqqan sonni yana 200 ga ko'paytirish kerak. Misol. 80 ta kichik kvadratning hammasida 400 ta qizil qon tanachalarini sanadik, deb faraz qilaylik; demak bitta kichik kvadratda ular $400:80 = 5$ dir; melanjerdan olingan 1 mm^3 aralashmada $5 \times 4000 = 20\,000$, 1 mm^3 qonda. esa $20\,000 \times 200 = 4\,000\,000$ qizil qon tanachasi bor. Amalda 80 ta mayda kvadratda (yoki 5 ta katta kvadratda) sanab chiqilgan eritrotsitlar soniga 4 ta nol qo'yiladi (ya'ni o'sha son 10 000 ga ko'paytiriladi). Leykotsitlar katta kvadratlarda sanaladi. Tom kamerasida butun to'r yuzasida (ya'ni 400 ta kichik kvadratda) yotgan leykotsitlar sanaladi; kamida 3-4 ta tomchi sanab chiqiladi. Byurker to'rida 100 ta katta kvadrat sanaladi (96 tasi 8 qatordan va 4 tasi qanday bo'lmasin qatordan olinib), qatorlar birin-ketin olinmaydi. Yaxshisi Byurker to'rida to'r doirasida yotgan leykotsitlarni sanab chiqish kerak. To'r hajmi $0,9 \text{ mm}^3$ ga baravar. Modomiki shunday ekan, 1 mm^3 qondagi leykotsitlar sonini olish uchun butun to'rdan sanab chiqilgan leykotsitlar miqdorini $10/9$ ga va suyultirish raqamiga (10 yoki 20 ga) ko'paytirish kifoya. Goryaev to'rida ham 100 tadan katta kvadrat sanab chiqiladi, odatda «bo'sh» (kichik kvadratlarga bo'linmagan) kvadratlar tanlab olinadi - ular 4 tadan qator turadi. To'rdan bunday kvadratlar hammasi bo'lib 25 ta. 100 ta katta kvadratdan sanalgan leykotsitlar soni 100 ga, keyin 16 ga bo'linadi (bitta kichik kvadratga keltiriladi). Bitta kichik kvadratga to'rni keladigan leykotsitlarning o'rtacha soni 10 yoki 20 ga (1 : 10 yoki 1 : 20 suyultirilganiga qarab) va 4000 ga ko'paytiriladi.

Qondagi gemoglobin miqdorini aniqlash

Gemoglobinni (Hb) aniqlash uchun qo'lning to'rtinchi barmog'i uchidan maxsus pipetkaga qon olinadi, pipetkaning belgisigacha bo'lgan sig'imi 20 mm^3 . Olingan qon maxsus eritmaga suyultiriladi va MiniGEM da yoki hemometrda hemoglobin miqdori aniqlanadi.

Gemoglobinometr MiniGEM. MiniGEM gemoglobinometrlarning yangi avlodi bo'lib, keng imkoniyatga ega va 540 nm ishchi to'lqin uzunligida gemoglobinni hamma usulda aniqlaydi. Asosiy usul bu-gemoglobintsiyanid va gemixrom usulidir (134 surat).

Gemoglobinometr MiniGEM 523 nm to'lqin uzunlikda hemoglobinni aniqlash uskunasi ham mavjud bo'lib, bunda reagent sifatida $0,04\%$ li ammiak eritmasi ishlatiladi (modifikatsiyalangan Derviz-Vorobyov usuli).

Gemoglobin konsentratsiyasini aniqlash. Bemordan qon olinishi traditsion usulda bo'lib, 20 mkl kapilyar venoz qon olinadi. Sinamani tayyorlash vaqti 5-20 daqiqa va sinama hajmi 4-5 ml gacha. Qon eritmasi tayyorlangandan so'ng, kyuvetaga solinadi va hemoglobinometr MiniGEMning fotometrik yacheykasiga qo'yiladi va 1 soniyaga bormay MiniGEM displeyida konsentratsiya soni chiqadi. Eritmani optik zichligini hemoglobin konsentratsiyasiga avtomatik ravishda hisoblab beradi.

Gemoglobinometr MiniGEMning qulayligi shundan iboratki yoqib isitish va kalibrovka qilish shart emas. Kyuveta MiniGEM yacheykasiga tushirilgandan so'ng, avtomatik tarzda 134 surat apparat yonadi va o'lchashni boshlaydi va yacheykadan kyuveta olingandan so'ng hemoglobinometr keying sinamagacha kutish rejimiga o'tadi. Hemoglobinometrda har



2 soniyada hemoglobinni aniqlash mumkin. **Gemoglobinometr MiniGEM imkoniyati.** Optik zichlikda apparatning o'lchash diapozoni 0 dan 0,9 B gacha, bu hemoglobin konsentratsiyasini 0 dan 360 g/l ga to'g'ri keladi.

Gemoglobinni qonda gemiglobintsianid usulda aniqlash

Analiz o'tkazish tartibi. Qizil qon tuzi bilan (jelezosinerodist kaliy) hemoglobin metgemoglobin (gemiglobin) ga oksidlanadi. Hosil bilgan atsetotsiangidrin bilan bo'yalgan tsianmetgemoglobin (gemiglobintsianid) kalorimetrik usulda aniqlanadi.

Kerakli reaktivlar; 1. Transformatsiyalovchi atetontsiangidrin-0,5 mg; Qizil qon tuzi-0,2 g; Natriy gidrokarbonat-1 g; Distillangan suv-1 l; Eritma tiniq sariq rangda.

2. Gemiglobintsianid standart eritmasi kerak bo'ladi. 100 analizda kerak bo'ladigan eritma-transformatsiyalovchi eritma 600 ml va 1 ampula hemiglobintsianid standart eritmasi.

Analiz o'tkazish tartibi; Probirkadagi 5 ml transformatsiyalovchi eritmaga 20 mkl qon qo'shiladi, yaxshilab aralashtirilib 10 daqiqa to'xtaydi va MiniGEM da kyuvetaga solib tekshiriladi.

Bu eritmani 543 spektrofotometrda 1 sm qalinlikdagi kyuvetaga solinib nazorat sinama qarshisiga qo'yib ham aniqlasa bo'ladi.

Kalibrlovchi grafik tuzish uchun, standart eritmadan jadvalda ko'rsatilgandek suyultirilgan eritma tayyorlanadi;

№ t/r	Standart eritma, ml	Transformatsiyalo vchi standart eritma, ml	Gemoglobin konsentratsiyasi, g/l
1	□	6	□
2	2	4	50
3	4	2	100
4	6	□	150

Hemoglobin miqdorini kalibirlovchi grafik asosida standart gemiglobintsiyanid standart eritmasi asosida yoki quyidagi formula asosida aniqlanadi;

$$Hb \text{ (Г / л)} = \frac{E_{\text{оп}}}{E_{\text{ст}}} \cdot C \cdot K \cdot 0,001 \cdot 10$$

Bu yerda; $E_{\text{оп}}$ – tajriba sinamasi extinktsiyasi;

$E_{\text{ст}}$ – standart eritma extinktsiyasi;

C – standart eritmadagi gemiglobintsiyanid konsentratsiyasi mg/%;

K – qonning suyultirilgan koeffitsienti;

0,001 – qayta hisoblash koeffitsienti mg/100 ml g/100ml;

10 – qayta hisoblash koeffitsienti g% g/l da.

Sali gemometrda hemoglobinni aniqlash

Qon Sali gemometrining alohida probirkasiga puflab tushiriladi. Gemometr kolorimetrlning eng oddiy xilidir. U shtativga oʻrnatilgan ikkita kichkina probirkalardan iborat boʻlib, shtativning orqa tomoniga xira oyna qoʻyilgan. Apparatning bitta probirkasida standart suyuqlik, chunonchi gematin xloridning glitserindagi bir protsentli eritmasi bor; bu probirka ikkala tomonidan kavsharlangan. Soʻngi vaqtda asboblardagi shu probirka oʻrniga vaqt oʻtishi bilan rangi aynib ketmaydigan qoʻngʻir tUSDagi shisha tayoqchalar qoʻyilmoqda.

Birinchi probirka bilan bir xil kalibrda boʻladigan ikkinchi probirka boʻsh; uning devori 140 ga boʻlingan. Tekshiriladigan qon xuddi ana shu probirkaga solinadi. Pipetkadan qonni shu probirkaga tuflab tushirishdan oldin probirkaga 10 darajasigacha xlorid kislotaning detsinormal eritmasi quyiladi. Pipetka bilan aniqlanib oʻlchangan qon pipetka uchini suyuqlik yuzasiga tekizib turib va suyuqlikka havo kiritmaslikka harakat qilib, kislotaga tushiriladi (havo kirmasligi uchun soʻngi tomchini xlorid kislotadan sal yuqoriroqda probirka devoriga puflab tushirish, soʻngra probirkani sal engashtirib, uni yuvib olish kerak. Probirkadagi qonni xlorid kislotasi bilan obdon aralashtirib 10 minut qoʻyiladi. Shu vaqt ichida Hb xlorid kislotasi bilan birikib, gematin xloridga aylanadi va suyuqlik tusi jihatidan probirka yoki tayoqchanning rangiga oʻxshaydigan, ammo ancha toʻgʻriligi bilan undan ajralib turadigan rangga kiradi. Shu muddat oʻtganidan keyin probirkaga undagi suyuqlik rangi standart rang bilan baravarlashguncha suv quyila boshlaydi. Ayni vaqtda yoki maxsus shisha tayoqcha bilan yoki probirkani chayqatish yoʻli bilan suyuqlik aralashtirib turiladi. Suyuqlik rangi tusining toʻgʻriligi standart bilan

bir xil bo'lib qolgan suyuqlikning suyultirishdan keyingi sathi shkalaga qarab belgilanadi; tegishli daraja Hb ning normada 100 deb qabul qilinadigan miqdoriga nisbatan protsent miqdorini ko'rsatib beradi.

1. Gemoglobinni qonning kislorod sig'imiga qarab aniqlash eng to'g'ri yo'ldir 1,33 sm kislorod 1 gr gemoglobinga to'g'ri keladi. Normada erkaklarda 100 ml qonda 14-16, ayollarda esa 12-14 gr Hb bo'ladi. Gemometrda standart, 100 raqami qo'yilgan darajasi 100 ml qondagi 16 g Hb ga to'g'ri keladigan qilib tayyorlangan bo'lishi kerak. Afsuski ishlab chiqarilayotgan gemometrlar juda xilma-xil, ko'pincha haddan tashqari to'q tusda bo'ladi. Shu munosabat bilan Hb miqdori noaniq (ko'pincha juda past) chiqadi. Gemometrning ko'rsatishlarga «tuzatish» kiritish, qondagi gemoglobin miqdorining son qiymatlarini esa, grammlar bilan ifodalash kerak,

Qondagi eritrotsitlar sonini aniqlash

Eritrotsitlar Byurker yoki Goryaev kamerasida sanaladi. Buning uchun qon avval maxsus aralashtirgichda 3,5% osh tuzi eritmasi bilan 200 marta suyultirilib olinadi. Aralashtirgich o'rta qismida kengaygan joyi (rezervuari) bo'lgan shisha naychadan iboratdir. Qonni suyultirish uchun aralashtirgichning 0,5 belgisigacha qon tortib olinadi, so'ngra uni 101 belgisigacha 3,5% li osh tuzi eritmasi bilan to'ldiriladi va 3 minut mobaynida silkitiladi. Suyultirilgan qonning dastlabki tomchisi chiqarib yuboriladi va keyingi tomchisi ehtiyotlik bilan hisob kamerasiga tomiziladi. Hisob kamerasida maxsus to'r qo'yilgan maydoncha bo'ladi va qon tomchisi shu to'rga tarqaladi. To'rlarning har birida bir qancha katta, ularning ichida esa kichik kvadratlar bo'ladi. Masalan, Goryaev kamerasida har bir 16 ta kichik kvadratni o'z ichiga olgan 25 ta katta kvadrat mavjud. Bunday kamerada eritrotsitlar 5 ta katta kvadratga (ya'ni 80 ta kichkina kvadratga) sanaladi. Masalan, 80 ta kichik kvadratda 440 ta eritrotsit sanalgan bo'lsa, bitta kichik kvadratda $440:80=5,5$ ta, melanjerdan olingan 1 mm^3 aralashmada $5,5 \times 400=22000$, 1 mm^3 periferik qonda esa $22000 \times 20=4400000$ ta qizil qon tanachasi bo'ladi. Sog'lom odamlarda eritrotsitlar erkaklarda 1 litr qonda 4-5.10, ayollarda esa 3,9-4,7.10 atrofida bo'ladi.

Rang ko'rsatkichini aniqlash

Rang ko'rsatkichi qondagi qizil qon tanachalarining soni bilan ulardagi gemoglobin miqdori o'rtasidagi nisbatdan iborat. Gemoglobin 100% va eritrotsitlar 5000000 bo'lganda, bitta eritrotsitga to'g'ri keladigan gemoglobin miqdori birlik, deb qabul qilinadi. Formula bo'yicha hisoblab chiqiladi: topilgan gemoglobinning grammlar bilan ifodalangan miqdori 16 ga bo'linib (yoki topilgan gemoglobinning protsentlar bilan ifodalangan miqdori 100 ga bo'linib), topilgan eritrotsitlarning 5 000000 ga bo'lingan miqdoriga ko'paytiriladi. Rang ko'rsatkichi normada taxminan 1,05 ga teng.

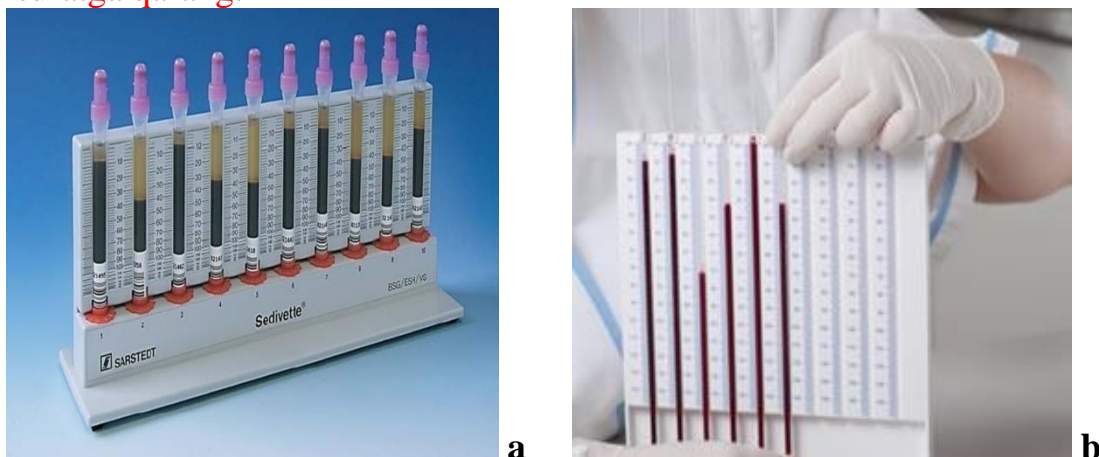
Rang ko'rsatkichi avvalo muayyan holda kamqonlikning nima hisobiga ko'proq gemoglobin yetishmasligi hisobigami (rang ko'rsatkichining pastligi) yoki ko'proq qizil qon tanachalarining kam ishlanib chiqishi hisobigami (rang ko'rsatkichining balandligi) yuzaga kelganligini ko'rsatib beradi. Shu bilan birga, bu ko'rsatkich, har bir eritrotsitning gemoglobinga naqadar to'yinganligini belgilab

beradi (o'рта hisobda). Normal sharoitlarda gemoglobin eritrotsitni batamom siqqunicha to'ldiradi. Bir eritrotsitdagi gemoglobin miqdori normadagidan ko'ra ko'proq bo'lib qolishi va shu yo'l bilan birga teng bo'lgan rang ko'rsatkichini ko'tarishi uchun eritrotsit o'zining maydoni yoki xajmini kattalashtirishi kerak. Mana shuning uchun ham shunday qondagi qizil qon tanachalari o'rtacha normadan katta bo'lsa, rang ko'rsatkichi katta bo'lib chiqadi.

Eritrotsitlarning cho'kish tezligini aniqlash

Eritrotsitlarning cho'kish tezligi (EChT) ni Panchenko apparatida aniqlanadi

135 suratga qarang.



135 a va b surat

Periferik qonda eritrotsitlar bir xil zaryadli bo'lgani uchun ular bir-biridan qochadi va hech qachon yopishmaydi. Tomirdan tashqarida esa ular og'irligi natijasida cho'ka boshlaydi va bir-biriga yopisha boshlaydi. Lekin bu cho'kish tezligi ayollarda 1 soatda 2-15 mm, erkaklarda 2-10 mm/s dan oshmasligi kerak. EChT qon plazmasida globulinlar, fibrinogen va mukopolisaxaridlar miqdoriga bog'liq.

Turli kasalliklarda eritrotsitlarning yopishqoqligini tezlashtiruvchi yuqoridagi moddalar qon plazmasida ko'payib ketadi va EChT ham tezlashadi.

Bu kasalliklar qatorida turli yuqumli kollagen kasalliklar, xavfli osmalar kiradi. Eritrotsitlarning cho'kish tezligi patologik holatning faolligini ko'rsatuvchi kattalik hisoblanadi. Ko'p yillardan beri EChTni aniqlashda Panchenkov asbobidan foydalanilmoqda.

Bu asbob shtativ va kengligi 1 mm li 100 ta bo'limli shisha naychalardan iborat. Shisha naychaning 50 deb belgilangan bo'limigacha 5 % li natriy tsitrat eritmasidan tortib olinib, uni soat oynasiga tushiriladi. Bemor barmog'idan yana 2 marta naychaning 100 bolimigacha qon tortib olinib, uni ham soat oynasidagi reaktiv bilan aralashtiriladi va yana naychaning 100 bo'limigacha to'ldiriladi. To'ldirilgan shisha naychani shtativga aniq vertikal holatda o'rnatiladi va 1 soatdan keyin qon ustunchasining qancha mm ga kamayganligi aniqlanadi.

Amaliy mashg'ulot 17

Qon tizimi kasalliklari. Anemiyalar klinikasi, diagnostikasi.

Laborator mashg'ulot: qonni tekshirish. Umumiy qon analizini klinik ahamiyati. Kamqonliklar simptomatologiyasi (temir yetishmovchilik, postgemorragik, gemolitik).

1. Amaliy mashg'ulot o'qitish moduli.

Mashg'ulot vaqti – 4 soat	Studentlar soni: 10 dan 12 gacha
Mashg'ulot formasi	Amaliy mashg'ulot
Amaliy mashg'ulot rejasi	Laborator mashg'ulot: qonni tekshirish. Umumiy qon analizini klinik ahamiyati. Kamqonliklar simptomatologiyasi (temir yetishmovchilik, postgemorragik, gemolitik).
Amaliy mashg'ulot maqsadi:	Laborator mashg'ulot: qonni tekshirish haqida tushuncha hosil qilish. Kamqonliklar simptomatologiyasi (temir yetishmovchilik, postgemorragik, gemolitik).
O'qitish uslubi	So'rov. Bemorlarni dmonstratsiya qilish, interaktiv o'qitish uslubi, amaliy ko'nikma.
O'qitish formasi	Kichik podgruppalarida.
O'qitish jihozlari	O'quv qo'llanma, amaliy mashg'ulotlar mundarijasi, proektor, kompyuter.
O'qitish holati	Metodik jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash	Og'zaki kontrol: savol-javob, testlar, muammoli masala.

1.2. Amaliy mashg'ulot texnologik kartasi

Ish bosqichlari va vaqti.	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi	34. Auditoriya tozaligini nazorat qiladi 35. Talabalarni mashg'ulotga tayyorgarligini tekshiradi 36. Davomatni nazorat qiladi	
1.O'quv mashg'ulotiga kirish bosqichi (10 daqiqa)	1.Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash. 2.Kirish ma'ruzasi uchun taqdimot silaydalarini tayyorlash 3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish	
2 – asosiy bosqich (160 daqiqa)	1. Talabalarni kichik guruhlarga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni beradi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalanadi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalanadi 4. Davolash ishlarini olib boradi 5. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi	Kichik guruhlarga bo'linadilar Tomosha qiladilar Qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar
3-yakuniy bosqich	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi	Tinglaydi Yozib oladi

(10 daqiqa)	3. Uyga vazifa beradi	Yozib oladi
-------------	-----------------------	-------------

3. Talabalarning nazariy bilimlarini baholash:

A) Frontal usuli:

20. Qonning umumiy tahlili nimani bildiradi
21. Qonning umumiy tahlili diagnostik ahamiyati
22. Qon olish texnikasi
23. Gemoglobinni aniqlash texnikasi
24. Qon shakliy elementlarini hisoblash
25. Eritrotsitlar cho'kish tezligini aniqlash
26. Leykotsitar formula nima
27. Qon umumiy tezligini normadagi ko'rsatkichlari
28. Qon yaratish organlarini punktsiya qilish
29. Gemolizni baholash
30. Kamqonlik to'g'risida tushuncha
31. Anemiyaning ko'rinishlari
32. Postgemorragik anemiya, klinik ko'rinishi
33. Temir etishmovchiligi anemiyasiga xarakteristika bering
34. Temir etishmovchiligi anemiyasini kelib chiqish sabablari
35. Temir etishmovchiligi anemiyasini klinik ko'rinishi
36. Temir etishmovchiligi anemiyasida qon tahlilidagi o'zgarishlar
37. V12 (foli kislota) etishmovchiligi anemiyasi etiopatogenezi
38. V12 (foli kislota) etishmovchiligi anemiyali bemorlarni umumiy ko'zdan kechirish

Anemiyalarda qonning laborator diagnostikasi

“Uch pog'onali intervyu” usuli

Har bir gruppada uchta talaba tanlab olinib, ular orasida “vrach”, “bemor” va “ekspert-UASh” rollari bo'linib beriladi. Bemor rolini tanlagan talabaga anonimno diagnozi aytiladi, va u shu diagnozga taaluqli shikoyatlar bildiradi, vrach diagnoz qo'yadi, ekspert UASh shiloyatlar va diagnoz mutanosubligini tekshiradi. Har bir guruh 10-15 daqiqa davomida konsultatsiya qilinadi, ekspert vrach faoliyatini 3 punk bo'yicha tekshiradi:

4. Nima to'g'ri qilindi
 5. Nima noto'g'ri qilindi
 6. Qanday qilish kerak
- Guruh konsultatsiyasi xulosasini ekspert xulosasi bilan taqqoslaydilar.

Boshqa xil turi: talabalar ekspert rovida poliklinikada, haqiqiy konsultatsiyada ishtirok etib, butun guruh bilan analiz qilinadi.

Mavzu bayoni

Anemiya (kamqonlik)-qonning hajm birligida eritrotsitlar, gemoglobinni va ularning eritrotsitlar tarkibida miqdorining kamayishi, ularning sifati o'zgarishi natijasida yuzaga keladigan kasallik bo'lib, kelib chiqishiga ko'ra irsiy va orttirilgan (birlamchi va ikkilamchi) bo'ladi.

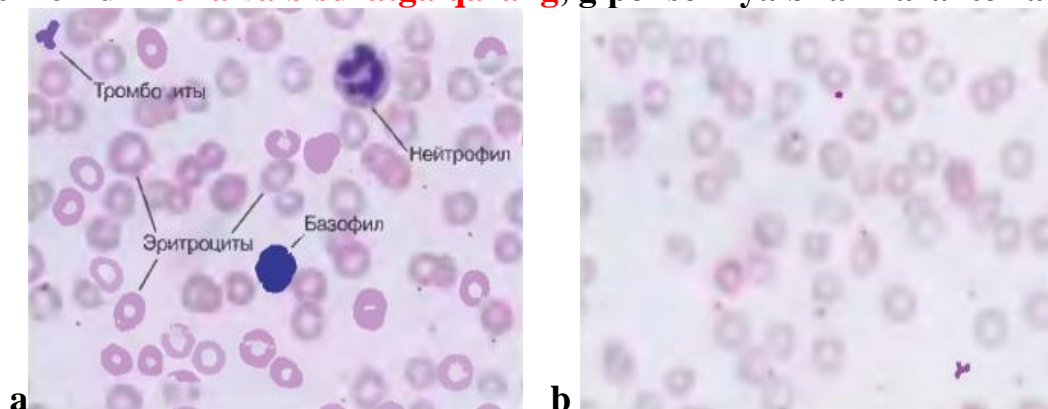
Anemiyani keltirib chiqaruvchi sabablar polietiologikdir va turli tabiatga ega. Anemiya kelib chiqishiga ko'ra, ekzogen va endogen omillarning ta'sirida kelib chiqadi. Ekzogen omillar o'z navbatida infeksiyon (bezgak qo'zg'atuvchisi) va noinfeksiyon (har xil toksik moddalar (fenilgidrazin), ilon, chayon chaqishi va h.k.), alimentar (vitamin B12 va folat kislotasi, temir moddasi yetishmasligi va

h.k.) omillarga bo'linadi. Endogen sabablarga misol sistemali kasalliklar. Anemiyaning kelib chiqishiga qarab sabablari ham turlicha bo'ladi. Anemiya bilan kasallangan bemorlarda birinchi navbatda eritrotsitlarning nafas funksiyasi, ya'ni to'qimalarga kislorod yetkazib berish faoliyatining buzilishi kuzatiladi va oqibatlar (agar tegishli choralar o'z vaqtida qo'llanilmasa) yomon tugashi bilan boshqa kasalliklardan farq qiladi. Ayni vaqtda, shuni ta'kidlash lozimki, anemiya nihoyatda har tomonlama, faqat tibbiy-biologik emas, ekologik-ijtimoiy, iqtisodiy va h.k. tomondan ham muhim ahamiyatga molik jiddiy muammodir. Anemiyalarda qonda eritrotsitlarning turli patologik shakllari paydo bo'lib, ular normal funktsional imkoniyatga ega bo'lmay, kislorod tashib berish qobiliyati pastdir. Ularning ayrimlari gemoglobinni kam tutganligi tufayli kislorodni yetarli miqdorda biriktirmaydi, boshqalari esa, masalan, yosh eritrotsitlar, bir tomondan, kislorodni kam biriktirsa, ikkinchidan, kislorodni o'zlarining hayoti uchun sarflaydi (ular turli sharoitlarga nisbatan chidamsiz bo'lib, yashash davrlari qisqa bo'ladi va h.k.).

Temir tanqis kamqonlik

Temirning organizmdagi umumiy miqdorini (5 gr) taqsimoti:

Anemiyaning bu turida eritrotsitlar soni deyarli o'zgarmay turib, ularning asosan gemoglobinga to'yinishi pasayishi (30-35 pgdan) hisobiga yuzaga kelib gipoxromdir **131a va b suratga qarang, gipoksemiya bilan xarakterlanadi.**



131 surat

Klinikasi: Sub'ektiv: So'rab surishtirish – interrogatio.

Shikoyatlar – anemik, gipoksemik simptomlar: ko'z oldi qorong'ulashishi, ish qobiliyati pasayishi, tez charchash, hansirash, darmonsizlik, bosh aylanishi, yurak urishi, yurak sohasida og'riq, quloqlarda shovqin, terida sezuvchanlikni susayishi, badanda, terida chumoli yurish hisi paydo bo'lishi, ishtaha pasayishi, ko'ngil aynishi, tam bilish qobiliyatini yo'qolishi, kesak, bo'r istemol qilish, kerasin va benzin hidlash (Pico xloratika), kekirish, ovqatdan so'ng epigastral sohada noxush holat, ba'zan ichi suyuq o'tishi, qo'l va oyoqlar uyushishi, sideropenik disfagiya, ta'm bilishni buzilishi (disgiviya), g'ayriodatiy hidlarga moyillik paydo bo'lishi (Rossolimo-Bexteroov sindromi 1900-1901y aniqlangan va keyinchalik, Plummer va Vinsonlar aniqladilar).

Gipoksik sindromlar bilan birga markaziy asab tizimi tomonidan-bosh og'rig'i, bosh aylanishi, ko'z oldida sharpalar uchishi, diqqatni uzoq jamlay olmaslik, fikrlash qobiliyatini pasayishi, xotirasini susayishi, uyquning buzilishi, qo'zg'aluvchanlik, bolalarda psixomotor rivojlanishda orqada qolish, yig'loqi

bo'lish, astenovegetativ buzilishlar va uzoq muddatda subfebril isitma asab tizimi tomonidan bezovta qiladi.

Yurak-qon tomir tizimi tomonidan pulsning labilligi, taxikardiya, tomirlarda «bo'richa shovqini», yurak uchida sistolik shovqin eshitiladi. Og'ir holatlarda bemorlar juda behol, kuchsiz, uyquchan, yig'loqi bo'ladilar. Bemorlar ko'zdan kechirilganda ranglari oqargan qo'g'irchoq yuzidek rangda yoki biroz sarg'ish rang tovlanadilar. Bemorlar yuzi shishgan, oyoqlarda, tizzada shish, teri va shilliq qavatlarda ekximoz kuzatiladi. Teri quruq, oyoqlar sovuq, muskulatura bo'shalgan.

Anamnez morbi; kasallikning boshlanishi, qancha davom etishi, sochlarining holati, tirnoqlari holati-koylonixiya, sideropenik sindromlar va hokazo o'zgarishlarga etibor qaratish lozim.

Anamnez vitae; hayoti davomida Me'da ichak traktida yallig'lanish, gijja kasalliklari bo'lganligi, bola emizishi, homiladorligi, hayz tsiklining uzayishi va surunkali ravishda ko'p qon yo'qotishi, Me'daning giposekretsiyasi va boshqa omillarning kasallik rivojlanishiga olib keladi.

TTA yuzaga keladigan sindromlar

/r	Tam bilishning buzilishi (Pico xloratica)	Sideropenik sindromlar
	Tam bilishning buzilishi; bo'r, ohak, tish pastasi va tish poroshogi, o'chirgich, qum, tuproq, xom go'sht, xamir istemol qilish, namlik, loy, ko'mir iste'mol qilishga intilish kabi belgilari	Terining qurishi, teri tarangligini (turgor) pasayishi, og'iz burchaklarining bichilishi yoki yorilishi, tovonning (oyoq) yorilishi (giperkeratoz) ;
	Har xil yomon tasir qiluvchi hidlarni; Kerasin, benzin, atseton, mazut, rezina, kosmetik lak va bo'yoqlar hidlashni xush ko'rish va h.k.	Sochning ingichkalashishi, qurushi, oqarishi, tez sinishi, uchlarini yorilishi (ikkiga bo'linishi) va ko'p to'kilishi;
	To'satdan ba'zi bir oziq ovqat maxsulotlarini istemol qilgisi kelishi	Koylonixiyaning rivojlanishi-tirnoqlarning yupqalashib yassilanishi, qiyshayishi, ichkariga botishi (qoshiqsimon bo'lishi), shakli o'zgarishi, sinuvchan bo'lishi, tirnoq oldi to'qimasi yalig'lanishi, ularda ko'ndalang chiziqlarni hamda deformatsiya paydo bo'lishi;
		Og'iz burchagi yorilishi, og'iz bo'shlig'ida gingivit, angulyar stomatit, shilliq qavat atrofiyasi, glossit, laklangan til, tishlar kariesi va sinishining sodir bo'lishi hamda qizilo'ngach epiteliysi distrofiyasi va shu sababli disfagiyaga shikoyat qiladi. Qattiq ovqatni yutish qiyinligi.

		Oshqozonda atrofik gastrit va gipoatsid holatning kuzatilishi, duodenit, enterit, kolit qayd etilishi;
--	--	--

Ob'ektiv: – **sideropeniya simptomlari:** burun halqumquyi qismlari va qizilo'ngach yuqori qismi epiteliylari shikastlanishi natijasida sideropenik disfagiya (Plummer-Vinson sindromi) kuzatiladi. Shu sababli quruq va qattiq ovqatni yutishi buzilishi, ovqatni qayta chiqishi hamda bu qizilo'ngachni yuqori uchligini og'rishi bilan kechadi. Til epiteliylarini o'zgarishi uning so'rg'ichlarini atrofiyasiga olib keladi shu tufayli til silliq, yaltiroq, bu tilni achishib kuyishi va og'rishiga olib keladi. **Ko'zdan kechirish** - Inspectsio; bolalar o'sishdan orqada qolib, infantilizm rivojlanadi, terisi va shilliq qavatlar rangpar (terini mumsimon oqarishi), terisi quruq va ko'chuvchan, tirnoqlar yupqalashib, yassilashishi, sinuvchan bo'lib qolishi, shakli o'zgarishi, qoshiqsimon bo'lib qolishi-**koylonixiya** (132 surat), sochlarni oqarishi,



132 surat

Suratda qoshiqsimon tirnoq-**koylonixiya**

ingichkalashishi, mo'rt bo'ladi va to'kiladi, quruq va sinuvchanligi kuzatiladi, mushaklarni susayishi. **Og'iz bo'shlig'i o'zgarishlari.** Og'iz burchaklari yoriladi, yaralar paydo bo'ladi va og'iz bo'shlig'idagi o'zgarishlardan angulyar stomatit, gingivit, glossit, til so'rg'ichlari atrofiyasi, tish milkklarida yiringli yallig'lanishlar (alveolyar pioreya), tishlarida yaltirash yo'qolib temir preparatlari qabul qilish natijasida qorayadi va destruktiviyaga olib keladi, bu tishlarni tezda shikastlanishiga olib keladi, gastrit, duodenit, kolit paydo bo'ladi.

Palpatsiya - Palpatsio; yurak turtki zarbi maydoni kengayishini aniqlash mumkin. Bolalarda jigar biroz kattalashishi mumkin.

Perkussiya - Percussio; yurak chegaralari kattalashishi mumkin asosan chap qorincha.

Auskultatsiya - Auskultatsio; yurak uchida va o'pka arteriyasida sistolik shovqin eshitiladi, qon tomirlari auskultatsiya qilinganda asosan bo'yin venalarini qonning reologik xususiyatlari pasayganligi tufayli qon oqimi tezlashadi, shu tufayli "bo'richa" shovqini eshitiladi, asosan o'ng tomonda va bu shovqin bo'yinni teskari tomonga burganda kuchayadi.

Laborator: Qonning umumiy tahlili; Gematokrit soni; Zardobdagi temir miqdori; Trombotsitlar sonini aniqlash lozim.

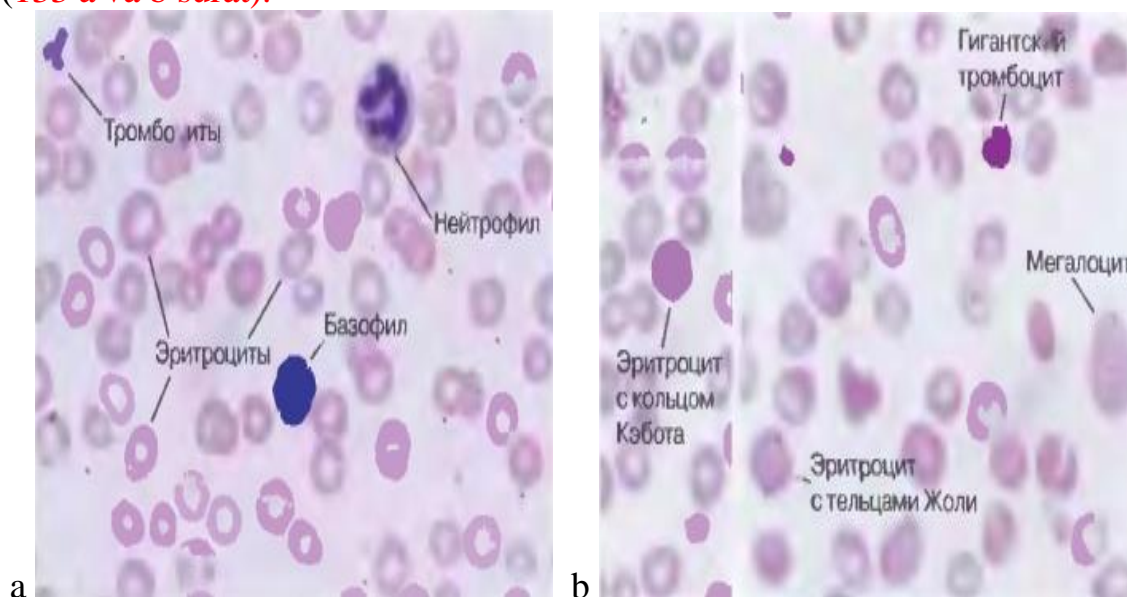
Gemogrammada birinchi navbatda eritrotsitlar va ko'proq gemoglobinning keskin kamayganligi ko'zga tashlanib, qonning rang ko'rsatkichi 0,6 (0,85-1,05

normada) gacha va undan ham kam bo'lishi mumkin. Qon surtmasida gipoxromiya, mikrotsitoz, anizotsitoz, poykilotsitoz kuzatilib, gipoxromiya bilan mikrotsitozning ifodalanish darajasi kasallikning og'ir kechishidan dalolat beradi. Retikulotsitlar soni normaga yaqin bo'lib, qon ketish davrlarida biroz ko'payishi mumkin. Trombotsitopeniya kuzatiladi, nisbiy limfotsitoz, monotsitoz, eozinopeniya kuzatilishi mumkin. Qon zardobida temirning kamayishi 1,5-2,5 marta va transferinni temir moddasiga toyinishi 15 marta kamayadi. Temir saqlovchi fermentlar faolligi pasayishi munosabati bilan me'da va ichaklar shilliq qavatlarida atrofik jarayonlar kechib, axlorgidriya va axiliya ya'ni me'da shirasi ishlab chiqarilishi pasayishi kuzatiladi.

Instrumental: Steril punktsiya; Rentgenologik tekshirishda qizilo'ngach, me'da va ichaklar shilliq qavatlari burmachalari atrofiyaga uchrab tekislanadi, ularni gastrofibroskopiya o'tkazganda yana aniqroq ko'rishimiz mumkin. Morfologik tekshirish.

Vitamin B12 va folat tanqis anemiyasi

Bu kamqonlikda qon hosil bo'lishini buzilishi vitamin B12 yetishmovchiligi natijasida yizaga keladi va giperxrom va megaloblastik tip kamqonlik hisoblanadi (133 a va b surat).



133 a va b surat

So'rab surishtirish. Addison-Birmer kasalligining klinikasi va qondagi o'zgarishlari asosan retsdiv paytida yaqqol bilinadi va keksa yoshdagi insonlar ko'proq kasallanib, asosan erkaklar orasida ko'p tarqalgan. Kasallik bilinar bilinmas rivojlanadi va boshlang'ich simptomlari holsizlik, tez charchash, til qurishi sezgilarini paydo bo'lishi, dispeptik holatlar bezovta qilib turadi. Yurak urishi (taxikardiya) bezovta qiladi, **palpatsiyada** puls yumshoq va tezlashgan. Yurak chap tomonga siljishi mumkin, **auskultatsiyada** yurak uchida sistolik shovqin, bo'yin venalarida "bo'richa" shovqini eshitiladi. EKGda tishchalar amplitudasi asosan T pasayadi, ST segment izoliniyadan pastga yoki yuqoriga siljishi mumkin. Ba'zan asab sistemasi faoliyati buzilishi bilan kechib, funikulyar miyeloz belgilari namoyon bo'ladi. Addison-Birmer kasalligining xuruji davrida

klirikasi triada sindromlar bilan kechadi: bular - anemik, hazm-ichaklar tizimi, nevrologik sindromlardir.

Anemik sindromlarga quyidagilar kiradi: holsizlik, bosh aylanishi, quloqda shovqin, hansirash, kuchlanish vaqtida yurak sohasida sanchiq bo'lib, stenokardiya ni eslatadi. Bemorlar ko'zdan kechirilganda terisi va ko'rinib turgan shilliq qavatlar rangpar bo'lib limon sariq tovlanadi, teri osti yog' qavati rivojlangan bo'ladi. Bu toifadagi bemorlarda qon bosimi past bo'ladi, auskultatsiyada sistolik shovqin eshitilib, tomirlarga beriladi. EKGda miokarda diffuz distrofik o'zgarishlar namoyon bo'ladi.

Hazm-ichaklar tizimidagi o'zgarishlar bular tilning achishi, ko'p holatlarda tam sezgisini yo'qolishi, tilning og'rishi, ishtahaning yo'qolishi, epigastral sohada og'riq va noxush holat, ichining suyuq o'tishi bezovta qiladi. Bemorlarni ko'zdan kechirganda teri qoplami va shilliq qavatlar oqimtir sarg'ish rangdaligini hamda yuzlari shishganligini ko'rish mumkin. **Og'iz bo'shlig'idagi o'zgarishlar**-tili to'q qizil rangda (malina rangi), yaltiroq, til so'rg'ichlari asosan til uchi hamda yon tomonlarida atrofiyaga uchraganligi tufayli yuzasi silliq (atrofik Gunter glossiti), til uchi va yon tomonlarida og'iz shilliq qavatlari va orqa devori atrofiyaga uchrab tekislanadi, ba'zan og'iz bo'shlig'i shilliq qavatlari va til uchida, atroflarida yaralar paydo bo'ladi, tishlar kariesga moyil bo'lib, kasallanadi.

Me'da shirasi tekshirilganda gastromukoproteinlar va pepsinning bo'lmasligi hamda axlorgidriya kuzatiladi va bu remissiya davrida ham saqlanadi. Palpatsiyada jigar og'riqli va kattalashgan, yumshoq. Ba'zan taloq ham kattalashadi. Perkussiyada yassi va naysimon (katta boldir) suyaklarda suyak ko'migi giperplaziyasi tufayli og'riq seziladi. Fibrogastroduodenoskopiyada me'da shilliq qavatlari atrofiyaga uchrab, shilliq qavat burmachalarida polipsimon o'zgarishlar bo'lib qalinlashganligini ko'rishimiz mumkin.

Nevrologik sindromlari. Vitamin B12 yetishmovchiligi natijasida orqa miyaning yon-biqin devori (stolblar) shikastlanib distrofik o'zgarishlarga olib keladi va bu **funikulyar miyelozga** olib keladi. Ba'zanda miyada ishemik o'choqlar paydo bo'lib nerv hujayralari yumshayadi. Asosiy klinik simptomi paresteziya, chuqur va vibratsion sezgirligining yo'qolishi, asosan oyoqlarda. Shu tufayli ataksiya kuzatilib, harakat buziladi. Qo'l oyoqlarda holsizlik, parezlar, pay reflekslarini pasayishi yoki yo'qolishi. Shular bilan birga Babinskiy, Rossolimo patologik reflekslari paydo bo'ladi. Xuruj davrida tana harorati ko'tarilishi mumkin.

Bemorlar qoni xuruj vaqtida tekshirilganda asosan eritrotsitlar miqdori kamligi va kam miqdorda ular tarkibida gemoglobinni kontsentratsiyasi ortishi kuzatiladi. Bu kasallikka chalingan bemorlarda qonning rang ko'rsatkichi 1,05 dan baland bo'lib, gipperxromdir. Qonda har xil shaklli va har xil razmerli (anizotsitoz, poykilotsitoz) eritrotsitlar paydo bo'ladi, leykopeniya neytropeniya bilan, eozinopeniya, monotsitopeniya, trombositopeniya kuzatilib, EChT oshadi. Retikulotsitlar soni davolanish boshlangandan so'ng oshib ketadi va bu eritropoezni kuchayganligidan dalolat beradi. Qon surtmasida gemoglobinga boy

eritrotsitlar ya'ni megalotsitlar, Jolli tanachalari va Kebot halqalarini mikroskop ostida ko'rish mumkin.

Gemolitik anemiyalar

Gemolitik hamqonlikning asosiy belgisi eritrotsitlarning yuqori darajada parchalanishi va ular yashash davrining qisqarishidir. Fiziologik sharoitlarda eritrotsitlarning yashash davri 100-120 kunning tashkil qiladi. Qarib borayotgan eritrotsitlar taloq sinuslarida va ilikda sekvestratsiya (o'lik elga aylanish)ga uchraydi (parchalanadi). Eritrotsitlarning fiziologik parchalanishi natijasida hosil bo'lgan bilirubin pigmenti qonda erkin bilirubin holatida aylanib Jigar hujayralariga yetkaziladi. U yerda fermentlar ta'sirida glyukuron kislotasi bilan birikadi. Hosil bo'lgan bilirubin-glyukuronid (bog'langan bilirubin) jigar hujayralaridan o't yo'llariga o'tadi va o't bilan ichakka ajralib chiqadi.

Gemolitik anemiyalar orasida irsiy turlari bo'lib, eritrotsitlarning chidamligining pasayganligi bilan bog'liqdir. Gemolitik anemiyaning 3 xil turini farqlash mumkin: 1. Parchalanish - gemolizning sababi eritrotsitlarning o'zida bo'lgan anemiyalar; 2. Parchalanishga turli zaharli moddalar sabab bo'ladigan (gemotoksik) anemiyalar; 3. Parchalanish sababi antitanalar bilan bog'liq (autoimmun, immunogemolitik) anemiyalar.

Gemolitik anemiyaning bir turida eritrotsitlarning gemolizi hujayra (makrofaglar) ichida bo'lsa, boshqa turida gemoliz qonning o'zida ham yuzaga kelishi mumkin, bunday hollarda gemoglobinuriya kuzatiladi.

Irsiy gemolitik anemiya

Klassifikatsiyasi. Ular 3 turga bo'linadi:

Membranopatiya. Bu anemiya asosan eritrotsit membranasidagi oqsilning irsiy defekti tufayli kelib chiqadi. Ushbu anemiyada oqsilning irsiy defekti hamda ATF-aza, fosfolipidlar va xolesterinning yetishmasligi tufayli eritrotsitlar membranasining o'tkazuvchanligi ortib, kaliy-natriy nasosi buziladi. Natijada hujayra ichida natriy va uning ortidan suv to'planadi, hujayra bo'kadi, shakli o'zgaradi (sferik shaklga o'tib qoladi). Bunday eritrotsitlar, ya'ni sferotsitlar o'z shakllarini o'zgartirish qobiliyatiga ega bo'lmaydi, taloqda sinuslardan o'tishi qiyinlashadi, va eritrotsitning bir qismi ajralib qoladi (mikrosferotsit) tiqilib o'tadi va nobud bo'ladi, oxirida taloq makrofaglari tomonidan gemolizga uchraydi, yutib yuboriladi - anemiya yuzaga keladi.

Klinikasi kasallik xuruj qilganda asosan bemorlarni holsizlik, bosh aylanish, tana haroratining ko'tarilishi bezovta qiladi. Kasallikning asosiy belgilaridan biri teri va shilliq qavatlarining sarg'ayishi, uzoq cho'ziluvchan, qiyin davolanadigan yaralarning tizzada payda bo'lishidir. Bu jigarning bilirubinni qay darajada bog'lash xususiyatiga bog'liq bo'ladi. Axlatning rangi sterkobilin ko'pligi tufayli qoramtir-sarg'ish rangda bo'ladi. Bemorlarda rivojlanishni orqada qolishi va yuz skeleti tuzilishini buzulishi "minora bosh" ko'rinishida, tanglayni yuqori turishi, tishlarni rivojlanishi va joylashishini buzulishi, ko'z olmasini torayishi, egarsimon burun kabi o'zgarishlar kuzatiladi. Bemorlarni palpatsiya qilganda taloqning va ba'zanda jigarning kattalashganini aniqlashimiz mumkin. Kasallik qonning to'xtovsiz gemolizi bilan birga kriz bilan kechadi.

Enzimopatiya. Bu turdagi anemiya asosan ressesiv yo'l orqali avloddan avlodga beriladi. Mikrosferotsitar anemiyadan farqi eritrotsitning normal shakli va osmotik rezistentligi normal yoki yuqori bo'lgan eritrotsitlar paydo bo'ladi. Enzimopatiyaga eritrotsitlar membranasida glyukoza-6-fosfatdegidrogenaza, glyutation reduktaza, piruvatkinaza, glyutation peroxidaza fermentlari yetishmasligiga bog'liq anemiyani misol qilib keltirish mumkin. Bu anemiyada NADF ning NADFH gacha qaytarilishi sekinlashib, oksidlangan glyutationdan, qaytarilgan (tiklangan) glutationning hosil bo'lishi buziladi. Natijada organizmda kechadigan bioximiyoviy jarayonlar borishi bilan birga va turli dorilar ta'sirida hosil bo'ladigan kislorodning faol shakllari (atomaar kislorod) va peroksid birikmalar eritrotsitlarning qobig'ini shikastlab ularni gemolizga uchratadi.

Klinikasi. Og'ir holatlarda bemorlarda tana haroratining ko'tarilishi, holsizlik, orqada umurtqalar atrofida, qorinda og'riq, ko'p miqdorda qusish bilan birgalikda hansirash, yurak urishi bezovta qiladi. Ba'zan bemorlar hushdan ketadilar. Eritrotsitlarning (gemoglobinning) parchalangan qoldiqlari buyrak kanalchalarida tiqilib qoladi va buyrak yetishmovchiligiga olib keladi. Bemorlarning terisi va ko'rinib turgan shilliq qavatlar sarg'ish rang tovlanib, siydigi rangi qoramtir rangda bo'lib, bu siydikda gemosiderin ajralishi bilan bog'liq. Palpatsiyada taloqning va ba'zanda jigarni kattalashganligini aniqlashimiz mumkin.

Gemoglobinopatiya. O'roqsimon-(yarimoysimon) hujayrali anemiya. Bu anemiya gemoglobinning birlamchi tuzilishida defekt - nuqson borligi tufayli yuzaga keladi. Bemorning qonida HbF aniqlanadi (normada HbA), bunday gemoglobin molekulasidagi Hb ning β zanjirlaridan birida 6-gidrofil glutamin kislotasi o'rnini valin egallaganligi tufayli gemoglobinning gipoksiyaga chidamliligining susayishi anemiyaga sabab bo'ladi.

Talasemiya. Talasemiya gemoglobinning polipeptid zanjirlari sintezining buzilishiga bog'liq bo'lib, α zanjirining sintezi buzilganda α -talasemiya, β zanjirining sintezi buzilganda β -talasemiya yuzaga keladi.

α -talasemiya. Gemoglobin sintezi vaqtida α -zanjir uchun javobgar xromosoma mutatsiyaga uchraydi va Hb ning α -zanjiri sintezi buziladi. Bunda bolalarda Bart Hb va kattalarda HbH sintezlanadi. Bunday gemoglobin saqlovchi eritrotsitlar tez oksidlanadi, elastikligi yo'qoladi, umri qisqa bo'ladi va ular taloqda parchalanib yuboriladi.

β - talasemiyada. Hb tarkibidagi globinning β -zanjirida ortiqcha HbA2 va HbF (Fetal) sintezlanadi va α -zanjiri sintezi vujudga keladi. Bunday eritrotsitlar membranasida kaltsiyga o'tkazuvchanlik oshadi, natijada eritrotsitlarni elastikligi yo'qoladi va fermentlarga sezuvchan bo'lib tez parchalanadi.

Talasemiyada eritrotsitlar a'zoldagi (taloq, jigar va b.) makrofaglarda gemolizga uchraydi. Gemolitik anemiyalarda ko'pincha qondagi eritrotsitlar bilan gemoglobin bir tarzda kamayadi, shuning uchun qonning rang ko'rsatkichi polixromatofill normoblastlar va sideroblastlar soni ko'payadi. Bo'yalgan qon surtmasida poykilotsitoz, gipoxromiya va nishonsimon eritrotsitlarni ko'rish mumkin. Eritrotsitlarning diametri odatdagidan kichik, retikulotsitlar soni

ko'payib, qonda normoblastlar ham uchrashi mumkin. Leykotsitlar soni me'yoridan biroz ko'proq bo'ladi.

Klinik kechishiga ko'ra talasemiyaning «kichik» va «katta» deb atalgan turlari bo'lib, «kichigi» geterozigotlarda uchraydi va uning yengil turi hisoblanadi. «Kattasi» og'ir turi gomozigotlarda uchraydi va bolalik davridanoq o'zini namoyon qiladi. Gomozigot β talasemiya (Kuli anemiyasi) chaqaloqlarda, tug'ilgandan 7 oy o'tgach klinik belgilari namoyon bo'la boshlaydi, bu HbF ning HbA ga almashinuv davriga to'g'ri keladi.

Klinikasi. Bunday bolalarda holsizlik, lanjlik, rangparlik, ko'zi oqi va shilliq pardalarda mo'tadil sariqlik kuzatiladi, shular bilan birga gepatosplenomegaliya va qorinning kattalashuvi namoyon bo'ladi. Bunday bolalarda bosh suyagining rivojlanishini buzilishi, uning minorsimon shaklga va yuzining mo'g'ilsimon qiyofaga kirishiga olib keladi.

Rentgenologik tekshiruv suyaklarla asosan osteoparoz, naysimon suyaklarni ingichkalashishi, bosh suyagida cho'tkasimon (tipratikan ignachalari) kabi o'zgarishlar kuzatiladi.

Laborator tekshiruvda bemorlar qonida nishon (mishen) li eritrotsitlar, anizotsitoz, paykilotsitoz, ko'pgina eritro va normablastlar hamda retikulotsitoz bo'ladi. Boshqa turdagi gemolitik kamqonliklardan farqli, Kuli kamqonligida eritrotsitlarning osmotik chidamliligi oshadi.

Gomozigot β -talasemiya bilan kasallangan bemorlarda HbF 90% gacha oshgan, HbA1 sintezi kamaygan bo'lib va HbA2 kamayishi mumkin yoki meyorda bo'lib, oshishi ham mumkin.

Oilaviy- irsiy (shajaraviy) tahlil Kuli kamqonligi bo'yicha proband β talasemiya genlarini bir vaqtda ota va onasidan olganligini bildiradi.

Ortirilgan gemolitik anemiya

Klinikasi: Klinik kechishiga ko'ra o'tkir va surunkali autoimmun GA farqlanadi. O'tkir shaklida kasallik kutilmaganda holsizlik, yurak urishi, hansirash, tana harorati ko'tarilishi, teri va shilliq qavatlarning sarg'ayishi bilan boshlanadi. Surunkali shaklida kasallik asta-sekin boshlanib, bemorlarning holatida kamroq o'zgarish kuzatiladi. Bemorlar garchi shikoyat qilmasada, palpatsiyada ularning talog'i va ba'zan jigari kattalashganligini aniqlash mumkin. Kasallik gemolitik kriz bilan kechadi va bu infeksiya hamda sovuq ta'sirida yuzaga keladi. Kasallikning o'tkir shaklida lekotsitoz leykotsitar formulaning chapga siljishi bilan miyelotsitlargacha. Surunkali shaklida garchi leykotsitlar soni normada bo'lsa ham EChT yuqori bo'ladi. Suyak ko'migida giperplaziya kuzatiladi. Qonda bog'lanmagan bilirubin miqdori oshadi, najas bilan sterkobilin ajralishi ko'payadi.

Paroksizmal kechqurungi gemoglobinuriya va doimiy gemosiderinuriya bilan kechadigan GA (Markiafav – Mikel kasalligi)

Birinchi bo'lib Markiafav – Mikel (1928 y) tomonidan bir vaqtda aniqlangan kasallik bo'lib, ortirilgan GA turiga kiradi va doimiy tomir ichidagi gemoliz bilan kechib, siydik orqali gemosiderin ajralib chiqadi. Har 1:500000 aholiga uchrab, bolalar va kattalar (30-40 yoshda) kasallanadilar.

Klinikasi. Bemorlar asosan holsizlikka, bosh aylanishiga, tez charchash, hansirashga, yurak urishiga shikoyat qiladilar. Kriz vaqtida qorinda og'riq bo'lishi xarakterli, bu mezenterial tomirlarni trombozi bilan bog'liqdir. Ba'zanda periferik tomirlarda ham tromboz kuzatiladi (qo'l, oyoq, miya, taloq, buyrak). Kriz vaqtida tana harorati ham ko'tarilishi mumkin. Siydikning rangi tarkibida gemosiderin va gemoglobin borligi tufayli to'q rangli bo'ladi. Gemoglobinuriya ba'zanda kechqurunga yuzaga keladi shu tufayli kechqurungi paroksizmal gemoglobinuriya deyiladi. Bu kechqurunda atsidoz va properdinni faollashuvi bilan bog'liqdir. Bu kasallik uchun eng xarakterlisi hemoglobinuriyadir.

Kechqurungi paroksizmal gemoglobinuriya diagnostikasida asos bo'ladigan omillar quyidagilardir:

1. Retikulotsitoz va gipoxromiya.
2. Neytropeniya va trombositopeniya
3. Qon plazmasida bog'lanmagan bilirubin miqdori oshishi va gemoglobinuriya, gemosiderinuriya mavjudligi.
4. Xem (Gem) (kislotali) va saxaroz usuli musbatligi.
5. Kumbs usuli manfiyligi.

Asosiy zomonaviy tashxis usullari bu eritrotsit va trombositlarda CD55 va CD59 ekspressiyasining tsitoflyuorimetriyasi usulida aniqlanganda bo'lmasligidir.

Aplastik anemiya

Aplastik yoki gipoplastik anemiyada qon yaratuvchi to'qimalarda (suyak ko'migi) bo'linuvchi hujayralar faoliyatining pasayishi, pantsitopeniya, ya'ni qon hujairalarining hamma turlarining kamayishi kuzatiladi. Bu kasallikning asosida hujayralar proliferatsiyasi va differentsiatsiyasini buzilishi yotadi. Gipoplastik anemiyaga qaraganda, aplastik anemiyada qon ishlab chiqarilishi chuqurroq buziladi.

Klinika. Bemorlarni asosan holsizlik, tez charchash, hansirash, yurak urishi bezovta qilib, o'tkir va o'tkir osti kechishida burundan, milklardan qon ketishi, ayollarda hayz tsiklini uzayishi va kopayishi, tana harorati oshishi bezovta qiladi.

Bemorlarni ko'zdan kechirganda terilari rangpar, limon rangiga tovlanadi va sariq rang tus oladi. Aplastik yoki gipoplastik anemiyada gemoragik sindromlar rivojlanadi-petexiyalar, ekximozlar, teri osti qon quyilishlari va gematomalar asosan in'ektsiya joylarida paydo bo'ladi. Shuning uchun bu bemorlarda jgut simptomi musbat bo'ladi. Bemorlarda ba'zan og'iz bo'shlig'i shilliq qavatlarida, ko'zning to'r pardasida, ba'zan miyada qon quyilishi mumkin. Qon bosimi pasayadi. Auskultatsiyada hamma nuqtada sistolik shovqin eshitiladi va bu shovqinlar katta qon tomirlariga beriladi.

Laborator o'zgarishlar. Qon surtmalarida esa normotsitoz, normaxromiya kuzatiladi. Kasallik leykopeniya bilan kechadi va organizmning o'zini turli biologik omillardan himoya qilish qobiliyati pasayadi. Bu anemiyaning o'ziga xos ko'rinishlaridan biri trombositlar sonining kam bo'lishi va shu tufayli qon ivishining buzilishi, qon ketishidir. Suyak ko'migi punktsiya qilinganida yadro saqlovchi hujayralarni kamayishi, eritroid, myeloid, megakariotsitar hujayra

rivojlanishini tormozlanishi kuzatiladi. Bu tur anemiyada suyak ko'migi butunlay yog' hujayralar bilan almashadi.

O'tkir postgemoragik anemiya

O'tkir postgemorragik anemiya turli sabablarga ko'ra yuzaga keladi. Bular quyidagilardir: travmalar, shikastlanishlar, operatsiyalar, tomirlarning kesilishi, homiladorlikdagi (tug'ruqdan keyin yo'ldosh ko'chmasligi, (Shixan sindromi-quyiga qaranq)) patologik holatlarda, bachadon nayida homila rivojlanishida va h.k.

Shixan sindromi - bu gipofizning tug'ruqdan keying nekrozidir. Bu holat tug'ruqdan keyin juda ko'p o'tkir qon yo'qotilishi natijasida yuzaga keluvchi asorat bo'lib, arterial gipotoniya rivojlanishi bilan kechadi. Buning sababi homiladorlik vaqtida gipofizning hajmi kattalashadi, ammo qon bilan taminlanish oldingi darajada qoladi. Tug'ruqdan keying o'tkir qon yo'qotilishlar va arterial gipotoniya gipofizni qon bilan taminlanishini kamaytirib yuboradi va gipoksiya va nekroz rivojlanishiga olib keladi.

Klinikasi o'tkir qon yo'qotilgandan so'ng bemorlarda holsizlik, bosh aylanishi, ko'z oldi qorong'ulashishi, ko'ngil aynishi, qusish, qulog'ida shovqin, yurak urishi, ko'z oldida sharpalar uchib yurishi hisi bezovta qiladi. Bemorlar ichki a'zolaridan qon ketganida qon qusish (qizilo'gachdan ketsa toza qon va Me'dadan ketsa kofesimon qusuq massasi), najas bilan qon ketishi (melena, qoramtir Me'da va ingichka ichakdan va toza yoki ivigan qon yo'g'on ichakdan qon ketganda) kabi o'zgarishlar vujudga keladi. Ba'zanda ichki a'zoldan qon ketishini aniqlash qiyin bo'ladi, qachonki bo'shliqlarda qon ketsa. Bularga bo'shliqlarga qon ketishi misol bo'ladi, plevra bo'shlig'i (gemotorax), ichki a'zolar travmasida qorin bo'shlig'ida, (jigar, taloq yorilishi tufayli) qon ketsa va h.k.

Bemorlarni ko'zdan kechirganda teri va ko'rnib turgan shilliq qavatlar rangpar, terisi sovuq ter bilan qoplangan, nafas olishi tezlashgan, yuzaki, puls tezlashgan, ipsimon, yumshoq, qon bosimi ham sistolik ham diastolik bosim tushadi.

Auskultatsiya. Yurak auskultatsiya qilinganda tonlar tezlashgan, funktsional shovqin va I tonni kuchayganligini eshitishimiz mumkin. Qon tomirlari auskultatsiya qilinganda asosan bo'yin venalarini qonning reologik xususiyatlari pasayganligi tufayli qon oqimi tezlashadi, shu tufayli "Bo'richa" shovqini eshitiladi, asosan o'ng tomonda va bu shovqin bo'yinni teskari tomonga burganda kuchayadi.

Qon yo'qotilgandan so'ng 24-48 soat davomida gemogrammada deyarli ko'zga tashlanuvchi o'zgarishlar kuzatilmaydi. Bunda qonning faqat umumiy hajmi kamayib, uning o'lchov birligida eritrotsitlar soni, gemoglobin miqdori, rang ko'rsatkichi va gematokrit ko'rsatkichi normada bo'lishi mumkin. Mikroskop bilan qon surtmasi tekshirilganda normotsitoz, normoxromiya kuzatiladi. Keyinchalik (1-2 kun o'tgach) yo'qotilgan qon hajmi o'rni to'qimalardan o'tuvchi suyuqlik hisobiga to'ldirilib, qon suyuladi, uning o'lchov birligida eritrotsitlar va gemoglobin miqdori kamayadi, lekin qonning rang ko'rsatkichi o'zgarmaydi. 3-4 kundan so'ng qonda retikulotsitlar soni orta borib, ularning ko'payish cho'qqisi

haftaning oxirgi kunlariga to'g'ri keladi va bunda yadroli eritrotsitlar ham paydo bo'lishi mumkin. Endi yosh eritrotsitlar hisobiga qonning rang ko'rsatkichi biroz kamayadi. Suyak ko'migi qiltomirlarga nihoyatda boy to'qima bo'lib, ular sfinkterlar bilan ta'minlangandir. Eritropoez ma'lum muddatda davom etib, eritrotsitlar voyaga yetguncha qiltomirlar sfinkteri berk bo'ladi. Eritrotsitlar yetilgan vaqtda sfinkterlar bo'shashib hujayralar umumiy qon oqimiga o'tadi. Regeneratsiya kuchayganda ko'mikda doimo yosh hujayralar bo'lgani tufayli qiltomir sfinkterining bo'shashishi hujayralarning ham yetilmagan davriga to'g'ri kelib, hujayralar qonga o'tadi. Demak, o'tkir postgemorragik anemiya giperregenerator anemiya hisoblanadi. Bunda eritropoez bilan birga leykopoez ham kuchayadi (neytrofiliya). Trombopoez ham kuchayishi mumkin.

Bu turdagi anemiyada tez va sekin kompensator mexanizmlar ishga tushadi. Bular quyidagilardir; - birinchi kunlari-Yurak faoliyatini tezlashishi; Nafas olishni tezlashishi; Qon tomirlarni torayishi; Depoga to'xtagan qonning qon tomiriga otib ishga tushishi; To'qima oraliq'i suyuqligining qon tomiriga o'tishi;

- 3-4 kun o'tgandan so'ng; Qon ivishini kuchayishi; Suyak ko'migida qon ishlab chiqarilishini (eritropoezni) kuchayishi kuzatiladi.

Surunkali postgemorragik anemiya

Surunkali postgemorragik anemiya turli surunkali (masalan, me'dava 12 barmoq ichak yaralari, bavoasil, ayollarda qon ketish bilan kechadigan kasalliklar, gemofiliya, Me'da-ichaklar, o'pka, buyrak va boshqa a'zolar o'smalarini parchalanish bosqichida, bronxoektazda, gemorragik diatezlar va b.q.) kam miqdorda uzoq muddat qon ketishi bilan kuzatiladigan kasalliklarda kuzatiladi.

Klinikasi surunkali qon yo'qotilgandan so'ng bemorlarda holsizlik, bosh aylanishi, ko'z oldi qorong'ulashishi, ko'ngil aynishi, qusish, qulog'ida shovqin, yurak urishi, ko'z oldida sharpalar uchib yurishi hisi bezovta qiladi. Bemorlar najas bilan qon ketishi (melena, qoramtir Me'da va ingichka ichakdan va toza yoki ivigan qon yo'g'on ichakdan qon ketganda) kabi o'zgarishlar vujudga keladi.

Bemorlarni ko'zdan kechirganda teri va ko'rnib turgan shilliq qavatlar rangpar, terisi nam, ter bilan qoplangan, nafas olishi tezlashgan, yuzaki, puls tezlashgan, ipsimon, yumshoq, qon bosimi ham sistolik ham diastolik bosim pasayadi.

Auskultatsiya. Yurak auskultatsiya qilinganda tonlar tezlashgan, funktsional shovqin va I tonni kuchayganligini eshitishimiz mumkin. Qon tomirlari auskultatsiya qilinganda asosan bo'yin venalarini qonning reologik xususiyatlari pasayganligi tufayli qon oqimi tezlashadi, shu tufayli "Bo'richa" shovqini eshitaladi, asosan o'ng tomonda va bu shovqin bo'yinni teskari tomonga burganda kuchayadi.

Qon surtmasida gipoxromiya, poykilotsitoz, anizotsitoz, mikrotsitoz ko'riladi. Trombotsitlar soni me'yoridan biroz kam bo'ladi. Leykotsitlar soni kam yoki nisbiy leykotsitoz kuzatiladi. Qon yo'qotilgan vaqtlarda biroz retikulotsitoz, leykotsitoz (vaqtincha) kuzatilishi mumkin. Qon oqishi tufayli yuzaga keladigan surunkali kamqonlikda oq qon bir muncha kam o'zgaradi: regenerator fazada leykotsitlar sal ko'payadi ham (chapga suriladi), giporegenerator fazada, keyingi

davrda leykotsitlar miqdori biroz kamayadi (o'ngga suriladi). Qon oqqanda keyin yuzaga keladigan kamqonlik prognozi uni keltirib chiqargan sabablarga bog'liq. Agar bu sabablarni bartaraf qilib bo'lmasa, kamqonlik og'irlashib boradi va applastik formaga o'tadi. Agar bu sabablari bartaraf qilish mumkin bo'lsa, ko'mik vaqt o'tishi bilan asli holiga kelishi, kamqonlik esa yo'qolib ketishi mumkin.

Amaliy mashg'ulot texnologik xaritasi

Amaliy mashg'ulot №1

Ovqat hazm qilish tizimi. Bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish.

1.1. Amaliy mashg'ulotning texnologik modeli.

Mashg'ulot soati 4 vsaat	Talabalar soni 10 gacha
Oqitish joyi	Kompyuter, multimediya va plakatlar bilan jihozlangan auditoriya
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashg'ulot
Amaliy mashg'ulot rejasi	Ovqat hazm qilish tizimi. Bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish
Amaliy mashg'ulot maqsadi	Talabalarga bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish usullarini o'rgatish
O'qitish uslubi	So'rov, amaliy konikmalarni bajarish, bemorlarni kuratsiya qilish
O'qitish shakli	Kichik guruhlariga bo'lib
O'qitish jihozlari	O'quv-uslubiy majmua, Darslik, multimediyalar, plakatlar, mulyaj
Baholash tartibi	Interfaol oyinlar, assessment, Wenn diagrammasi, muammoli masala va testlar bilan 100 ballik tizim bo'yicha

1.2. Amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Talim beruvchi	Talim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi (5 daqiqa)	1. Auditoriya tozaligi nazorat qilinadi 2. Talabalarni davomati tekshiriladi 3. Talabalarni mashg'ulotlarga tayyorgarligini takshirish	Eshitib tayyorlanib turadil
O'quv jarayonini o'tkazish etapi (10 daqiqa)	1. Mavzu boyicha tayyorgarlik qilish 2. Kirish ma'ruza uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash, kompyuterni tayyorlash 3. Multimediya, videofilmlarni qo'yish 4. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish	Talabalar tayyorlanib turadilar

Nazariy mashg'ulot (55 daqiqa)	1. Talabalarni kichik guruhlarga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni Assesment, Wenn diagramma va b.q. beriladi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalaniladi 4. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi	Kichik guruhlarga bo'linadilar Tomosha qiladilar qatnashadilar tinglaydilar va savollarga javob beradilar
Klinik mashg'ulot (80 daqiqa)	1.O'qituvchi bilan birgalikda bemorlarni kuratsiya qilinadi 2. Talabalar har biriga bemor beriladi va ular mustaqil kuratsiya qiladilar.	Talabalar bemorlarning tahlil natijalarini va kuratsiya natijalari daftarga yozadilar
Yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi

Amaliy mashg'ulot №2

Asosiy klinik sindromlar: hazm qilish yetishmovchiligi sindromi, ichak so'rilish yetishmovchiligi sindromi, o'tkir qorin, ovqat hazm qilish tizimidan o'tkir qon ketishlar

1.1. Amaliy mashg'ulotning texnologik modeli.

Mashg'ulot soati 4 vsaat	Talabalar soni 10 gacha
Oqitish joyi	Kompyuter, multimediya va plakatlar bilan jihozlangan auditoriya
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashg'ulot
Amaliy mashg'ulot rejasi	Asosiy klinik sindromlar. Bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish
Amaliy mashg'ulot maqsadi	Talabalarga bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish usullarini o'rgatish
O'qitish uslubi	So'rov, amaliy konikmalarni bajarish, bemorlarni kuratsiya qilish
O'qitish shakli	Kichik guruhlarga bo'lib
O'qitish jihozlari	O'quv-uslubiy majmua, Darslik, multimediyalar, plakatlar, mulyaj
Baholash tartibi	Interfaol oyinlar, assesment, Wenn diagrammasi, muammoli masala va testlar bilan 100 ballik tizim bo'yicha

1.2. Amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Talim beruvchi	Talim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi	1. Auditoriya tozaligi nazorat qilinadi 2. Talabalarni davomati tekshiriladi	Eshitib tayyorlanib turadil

(5 daqiqa)	3. Talabalarni mashg'ulotlarga tayyorgarligini takshirish	
O'quv jarayonini o'tkazish etapi (10 daqiqa)	1. Mavzu boyicha tayyorgarlik qilish 2. Kirish ma'ruza uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash, kompyuterni tayyorlash 3. Multimediya, videofilmlarni qo'yish 4. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish	Talabalar tayyorlanib turadilar
Nazariy mashg'ulot (55 daqiqa)	1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni Assesment, Wenn diagramma va b.q. beriladi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalaniladi 4. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi	Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar qatnashadilar tinglaydilar va savollarga javob beradilar
Klinik mashg'ulot (80 daqiqa)	1. O'qituvchi bilan birgalikda bemorlarni kuratsiya qilinadi 2. Talabalar har biriga bemor beriladi va ular mustaqil kuratsiya qiladilar.	Talabalar bemorlarning tahlil natijalarini va kuratsiya natijalari daftarga yozadilar
Yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi

Amaliy mashg'ulot №3

Ovqat hazm qilish tizimi kasalliklari: qizilo'ngach kasalliklari, gastritlar

1.1. Amaliy mashg'ulotning texnologik modeli.

Mashg'ulot soati 4 vsot	Talabalar soni 10 gacha
Oqitish joyi	Kompyuter, multimediya va plakatlar bilan jihozlangan auditoriya
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashg'ulot
Amaliy mashg'ulot rejasi	Ovqat hazm qilish tizimi kasalliklari: qizilo'ngach kasalliklari, gastritlar.. Bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish
Amaliy mashg'ulot maqsadi	Talabalarga bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish usullarini o'rgatish
O'qitish uslubi	So'rov, amaliy konikmalarni bajarish, bemorlarni kuratsiya qilish
O'qitish shakli	Kichik guruhlariga bo'lib
O'qitish jihozlari	O'quv-uslubiy majmua, Darslik, multimediyalar, plakatlar, mulyaj
Baholash tartibi	Interfaol oyinlar, assesment, Wenn diagrammasi, muammoli masala va testlar bilan 100 ballik tizim bo'yicha

1.2. Amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Talim beruvchi	Talim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi (5 daqiqa)	1. Auditoriya tozaligi nazorat qilinadi 2. Talabalarni davomati tekshiriladi 3. Talabalarni mashg'ulotlarga tayyorgarligini takshirish	Eshitib tayyorlanib turadil
O'quv jarayonini o'tkazish etapi (10 daqiqa)	1. Mavzu boyicha tayyorgarlik qilish 2. Kirish ma'ruza uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash, kompyuterni tayyorlash 3. Multimediya, videofilmlarni qo'yish 4. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish	Talabalar tayyorlanib turadilar
Nazariy mashg'ulot (55 daqiqa)	1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni Assesment, Wenn diagramma va b.q. beriladi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalaniladi 4. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi	Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar qatnashadilar tinglaydilar va savollarga javob beradilar
Klinik mashg'ulot (80 daqiqa)	1. O'qituvchi bilan birgalikda bemorlarni kuratsiya qilinadi 2. Talabalar har biriga bemor beriladi va ular mustaqil kuratsiya qiladilar.	Talabalar bemorlarning tahlil natijalarini va kuratsiya natijalari daftarga yozadilar
Yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi

Amaliy mashg'ulot №4

Yara kasalligi, mal'absorbtsiya sindromi, surunkali kolitlar

1.1. Amaliy mashg'ulotning texnologik modeli.

Mashg'ulot soati 4 vsoat	Talabalar soni 10 gacha
Oqitish joyi	Kompyuter, multimediya va plakatlar bilan jihozlangan auditoriya
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashg'ulot
Amaliy mashg'ulot rejasi	Yara kasalligi, mal'absorbtsiya sindromi, surunkali kolitlar. Bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish
Amaliy mashg'ulot maqsadi	Talabalarga bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish usullarini o'rgatish
O'qitish uslubi	So'rov, amaliy konikmalarni bajarish, bemorlarni kuratsiya qilish
O'qitish shakli	Kichik guruhlariga bo'lib
O'qitish jihozlari	O'quv-uslubiy majmua, Darslik, multimediyalar, plakatlar, mulyaj

Baholash tartibi	Interfaol oyinlar, assessment, Wenn diagrammasi, muammoli masala va testlar bilan 100 ballik tizim bo'yicha
------------------	---

1.2. Amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Talim beruvchi	Talim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi (5 daqiqa)	1. Auditoriya tozaligi nazorat qilinadi 2. Talabalarni davomati tekshiriladi 3. Talabalarni mashg'ulotlarga tayyorgarligini takshirish	Eshitib tayyorlanib turadil
O'quv jarayonini o'tkazish etapi (10 daqiqa)	1. Mavzu boyicha tayyorgarlik qilish 2. Kirish ma'ruza uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash, kompyuterni tayyorlash 3. Multimediya, videofilmlarni qo'yish 4. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish	Talabalar tayyorlanib turadilar
Nazariy mashg'ulot (55 daqiqa)	1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni Assesment, Wenn diagramma va b.q. beriladi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalaniladi 4. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi	Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar qatnashadilar tinglaydilar va savollarga javob beradilar
Klinik mashg'ulot (80 daqiqa)	1. O'qituvchi bilan birgalikda bemorlarni kuratsiya qilinadi 2. Talabalar har biriga bemor beriladi va ular mustaqil kuratsiya qiladilar.	Talabalar bemorlarning tahlil natijalarini va kuratsiya natijalari daftarga yozadilar
Yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi

Amaliy mashg'ulot №5

Jigar va o't yo'llari. Tekshirish usullari: so'rab-surishtirish, fizik tekshirish usullari (ko'zdan kechirish, pal`patsiya, perkussiya)

1.1. Amaliy mashg'ulotning texnologik modeli.

Mashg'ulot soati 4 vsoat	Talabalar soni 10 gacha
Oqitish joyi	Kompyuter, multimediya va plakatlar bilan jihozlangan auditoriya
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashg'ulot
Amaliy mashg'ulot rejasi	Jigar va o't yo'llari. Tekshirish usullari: so'rab-surishtirish, fizik tekshirish usullari. Bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish
Amaliy mashg'ulot maqsadi	Talabalarga bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya,

	laborator va instrumental tekshirish usullarini o'rgatish
O'qitish uslubi	So'rov, amaliy konikmalarni bajarish, bemorlarni kuratsiya qilish
O'qitish shakli	Kichik guruhlariga bo'lib
O'qitish jihozlari	O'quv-uslubiy majmua, Darslik, multimediyalar, plakatlar, mulyaj
Baholash tartibi	Interfaol oyinlar, assessment, Wenn diagrammasi, muammoli masala va testlar bilan 100 ballik tizim bo'yicha

1.2. Amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Talim beruvchi	Talim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi (5 daqiqa)	1. Auditoriya tozaligi nazorat qilinadi 2. Talabalarni davomati tekshiriladi 3. Talabalarni mashg'ulotlarga tayyorgarligini takshirish	Eshitib tayyorlanib turadil
O'quv jarayonini o'tkazish etapi (10 daqiqa)	1. Mavzu boyicha tayyorgarlik qilish 2. Kirish ma'ruza uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash, kompyuterni tayyorlash 3. Multimediya, videofilmlarni qo'yish 4. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish	Talabalar tayyorlanib turadilar
Nazariy mashg'ulot (55 daqiqa)	1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni Assesment, Wenn diagramma va b.q. beriladi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalaniladi 4. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi	Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar qatnashadilar tinglaydilar va savollarga javob beradilar
Klinik mashg'ulot (80 daqiqa)	1. O'qituvchi bilan birgalikda bemorlarni kuratsiya qilinadi 2. Talabalar har biriga bemor beriladi va ular mustaqil kuratsiya qiladilar.	Talabalar bemorlarning tahlil natijalarini va kuratsiya natijalari daftarga yozadilar
Yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi

Amaliy mashg'ulot №6

Jigar va o't yo'llari. Tekshirish usullari: laborator-asbobiy tekshirish usullari).

Asosiy klinik sindromlar

1.1. Amaliy mashg'ulotning texnologik modeli.

Mashg'ulot soati 4 vsaat	Talabalar soni 10 gacha
Oqitish joyi	Kompyuter, multimediya va plakatlar bilan jihozlangan auditoriya
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashg'ulot

Amaliy mashg'ulot rejasi	Jigar va o't yo'llari. Tekshirish usullari: laborator-asbobiy tekshirish usullari). Asosiy klinik sindromlar . Bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish
Amaliy mashg'ulot maqsadi	Talabalarga bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish usullarini o'rgatish
O'qitish uslubi	So'rov, amaliy konikmalarni bajarish, bemorlarni kuratsiya qilish
O'qitish shakli	Kichik guruhlariga bo'lib
O'qitish jihozlari	O'quv-uslubiy majmua, Darslik, multimediyalar, plakatlar, mulyaj
Baholash tartibi	Interfaol oyinlar, assessment, Wenn diagrammasi, muammoli masala va testlar bilan 100 ballik tizim bo'yicha

1.2. Amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Talim beruvchi	Talim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi (5 daqiqa)	1. Auditoriya tozaligi nazorat qilinadi 2. Talabalarni davomati tekshiriladi 3. Talabalarni mashg'ulotlarga tayyorgarligini takshirish	Eshitib tayyorlanib turadil
O'quv jarayonini o'tkazish etapi (10 daqiqa)	1. Mavzu boyicha tayyorgarlik qilish 2. Kirish ma'ruza uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash, kompyuterni tayyorlash 3. Multimediya, videofilmlarni qo'yish 4. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish	Talabalar tayyorlanib turadilar
Nazariy mashg'ulot (55 daqiqa)	1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni Assesment, Wenn diagramma va b.q. beriladi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalaniladi 4. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi	Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar qatnashadilar tinglaydilar va savollarga javob beradilar
Klinik mashg'ulot (80 daqiqa)	1. O'qituvchi bilan birgalikda bemorlarni kuratsiya qilinadi 2. Talabalar har biriga bemor beriladi va ular mustaqil kuratsiya qiladilar.	Talabalar bemorlarning tahlil natijalarini va kuratsiya natijalari daftarga yozadilar
Yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi

Amaliy mashg'ulot №7

Jigar va o't yo'llari. Surunkali gepatitlar

1.1. Amaliy mashg'ulotning texnologik modeli.

Mashg'ulot soati 4 vsoat	Talabalar soni 10 gacha
Oqitish joyi	Kompyuter, multimediya va plakatlar bilan jihozlangan auditoriya
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashg'ulot
Amaliy mashg'ulot rejasi	Jigar va o't yo'llari. Surunkali gepatitlar. Bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish
Amaliy mashg'ulot maqsadi	Talabalarga bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish usullarini o'rgatish
O'qitish uslubi	So'rov, amaliy konikmalarni bajarish, bemorlarni kuratsiya qilish
O'qitish shakli	Kichik guruhlariga bo'lib
O'qitish jihozlari	O'quv-uslubiy majmua, Darslik, multimediyalar, plakatlar, mulyaj
Baholash tartibi	Interfaol oyinlar, assessment, Wenn diagrammasi, muammoli masala va testlar bilan 100 ballik tizim bo'yicha

1.2. Amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Talim beruvchi	Talim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi (5 daqiqa)	1. Auditoriya tozaligi nazorat qilinadi 2. Talabalarni davomati tekshiriladi 3. Talabalarni mashg'ulotlarga tayyorgarligini takshirish	Eshitib tayyorlanib turadil
O'quv jarayonini o'tkazish etapi (10 daqiqa)	1. Mavzu boyicha tayyorgarlik qilish 2. Kirish ma'ruza uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash, kompyuterni tayyorlash 3. Multimediya, videofilmlarni qo'yish 4. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish	Talabalar tayyorlanib turadilar
Nazariy mashg'ulot (55 daqiqa)	1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni Assesment, Wenn diagramma va b.q. beriladi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalaniladi 4. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi	Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar qatnashadilar tinglaydilar va savollarga javob beradilar
Klinik mashg'ulot (80 daqiqa)	1. O'qituvchi bilan birgalikda bemorlarni kuratsiya qilinadi 2. Talabalar har biriga bemor beriladi va ular mustaqil kuratsiya qiladilar.	Talabalar bemorlarning tahlil natijalarini va kuratsiya natijalari daftarga yozadilar
Yakuniy	1. Yakunlovchi xulosa qiladi	Tinglaydi

bosqich (10 daqiqa)	2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi	Yozib oladi
------------------------	---	-------------

Amaliy mashg'ulot №8

Jigar sirrozi, surunkali xoletsistit. Oraliq nazorat № 3

1.1. Amaliy mashg'ulotning texnologik modeli.

Mashg'ulot soati 4 vsaat	Talabalar soni 10 gacha
Oqitish joyi	Kompyuter, multimediya va plakatlar bilan jihozlangan auditoriya
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashg'ulot
Amaliy mashg'ulot rejasi	Jigar sirrozi, surunkali xoletsistit. Bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish
Amaliy mashg'ulot maqsadi	Talabalarga bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish usullarini o'rgatish
O'qitish uslubi	So'rov, amaliy konikmalarni bajarish, bemorlarni kuratsiya qilish
O'qitish shakli	Kichik guruhlariga bo'lib
O'qitish jihozlari	O'quv-uslubiy majmua, Darslik, multimediyalar, plakatlar, mulyaj
Baholash tartibi	Interfaol oyinlar, assessment, Wenn diagrammasi, muammoli masala va testlar bilan 100 ballik tizim bo'yicha

1.2. Amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Talim beruvchi	Talim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi (5 daqiqa)	1. Auditoriya tozaligi nazorat qilinadi 2. Talabalarni davomati tekshiriladi 3. Talabalarni mashg'ulotlarga tayyorgarligini takshirish	Eshitib tayyorlanib turadil
O'quv jarayonini o'tkazish etapi (10 daqiqa)	1. Mavzu boyicha tayyorgarlik qilish 2. Kirish ma'ruza uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash, kompyuterni tayyorlash 3. Multimediya, videofilmlarni qo'yish 4. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish	Talabalar tayyorlanib turadilar
Nazariy mashg'ulot (55 daqiqa)	1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni Assesment, Wenn diagramma va b.q. beriladi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalaniladi 4. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni	Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar qatnashadilar tinglaydilar va savollarga

	umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi	javob beradilar
Klinik mashg'ulot (80 daqiqa)	1.O'qituvchi bilan birgalikda bemorlarni kuratsiya qilinadi 2. Talabalar har biriga bemor beriladi va ular mustaqil kuratsiya qiladilar.	Talabalar bemorlarning tahlil natijalarini va kuratsiya natijalari daftarga yozadilar
Yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi

Amaliy mashg'ulot №9

Buyrak va siydik ajratish tizimi. Tekshirish usullari: surab-surishtirish, fizik tekshirish usullari (ko'zdan kechirish, pal`patsiya, perkussiya, laborator-asbobiy – tekshirish usullari).

1.1. Amaliy mashg'ulotning texnologik modeli.

Mashg'ulot soati 4 vsoat	Talabalar soni 10 gacha
Oqitish joyi	Kompyuter, multimediya va plakatlar bilan jihozlangan auditoriya
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashg'ulot
Amaliy mashg'ulot rejasi	Buyrak va siydik ajratish tizimi. Tekshirish usullari: . Bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish
Amaliy mashg'ulot maqsadi	Talabalarga bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish usullarini o'rgatish
O'qitish uslubi	So'rov, amaliy konikmalarni bajarish, bemorlarni kuratsiya qilish
O'qitish shakli	Kichik guruhlariga bo'lib
O'qitish jihozlari	O'quv-uslubiy majmua, Darslik, multimediyalar, plakatlar, mulyaj
Baholash tartibi	Interfaol oyinlar, assessment, Wenn diagrammasi, muammoli masala va testlar bilan 100 ballik tizim bo'yicha

1.2. Amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Talim beruvchi	Talim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi (5 daqiqa)	1. Auditoriya tozaligi nazorat qilinadi 2. Talabalarni davomati tekshiriladi 3. Talabalarni mashg'ulotlarga tayyorgarligini takshirish	Eshitib tayyorlanib turadil
O'quv jarayonini o'tkazish	1. Mavzu boyicha tayyorgarlik qilish 2. Kirish ma'ruza uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash, kompyuterni tayyorlash	Talabalar tayyorlanib turadilar

etapi (10 daqiqa)	3. Multimediya, videofilmlarni qo'yish 4.Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish	
Nazariy mashg'ulot (55 daqiqa)	1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni Assesment, Wenn diagramma va b.q. beriladi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalaniladi 4. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi	Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar qatnashadilar tinglaydilar va savollarga javob beradilar
Klinik mashg'ulot (80 daqiqa)	1.O'qituvchi bilan birgalikda bemorlarni kuratsiya qilinadi 2. Talabalar har biriga bemor beriladi va ular mustaqil kuratsiya qiladilar.	Talabalar bemorlarning tahlil natijalarini va kuratsiya natijalari daftarga yozadilar
Yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi

Amaliy mashg'ulot №10

Buyrak va siydik ajratish tizimi kasalliklari.Asosiy klinik sindromlar

1.1. Amaliy mashg'ulotning texnologik modeli.

Mashg'ulot soati 4 vsaat	Talabalar soni 10 gacha
Oqitish joyi	Kompyuter, multimediya va plakatlar bilan jihozlangan auditoriya
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashg'ulot
Amaliy mashg'ulot rejasi	Buyrak va siydik ajratish tizimi kasalliklari.Asosiy klinik sindromlar. Bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish
Amaliy mashg'ulot maqsadi	Talabalarga bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish usullarini o'rgatish
O'qitish uslubi	So'rov, amaliy konikmalarni bajarish, bemorlarni kuratsiya qilish
O'qitish shakli	Kichik guruhlariga bo'lib
O'qitish jihozlarii	O'quv-uslubiy majmua, Darslik, multimediyalar, plakatlar, mulyaj
Baholash tartibi	Interfaol oyinlar, assesment, Wenn diagrammasi, muammoli masala va testlar bilan 100 ballik tizim bo'yicha

1.2. Amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Talim beruvchi	Talim oluvchilar
--------------------------	----------------	------------------

Tayyorlov bosqichi (5 daqiqa)	1. Auditoriya tozaligi nazorat qilinadi 2. Talabalarni davomati tekshiriladi 3. Talabalarni mashg'ulotlarga tayyorgarligini takshirish	Eshitib tayyorlanib turadil
O'quv jarayonini o'tkazish etapi (10 daqiqa)	1. Mavzu boyicha tayyorgarlik qilish 2. Kirish ma'ruza uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash, kompyuterni tayyorlash 3. Multimediya, videofilmlarni qo'yish 4. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish	Talabalar tayyorlanib turadilar
Nazariy mashg'ulot (55 daqiqa)	1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni Assesment, Wenn diagramma va b.q. beriladi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalaniladi 4. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi	Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar qatnashadilar tinglaydilar va savollarga javob beradilar
Klinik mashg'ulot (80 daqiqa)	1. O'qituvchi bilan birgalikda bemorlarni kuratsiya qilinadi 2. Talabalar har biriga bemor beriladi va ular mustaqil kuratsiya qiladilar.	Talabalar bemorlarning tahlil natijalarini va kuratsiya natijalari daftarga yozadilar
Yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi

Amaliy mashg'ulot №11

O'tkir va surunkali glomerulonefrit

1.1. Amaliy mashg'ulotning texnologik modeli.

Mashg'ulot soati 4 vsoat	Talabalar soni 10 gacha
Oqitish joyi	Kompyuter, multimediya va plakatlar bilan jihozlangan auditoriya
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashg'ulot
Amaliy mashg'ulot rejasi	O'tkir va surunkali glomerulonefrit . Bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish
Amaliy mashg'ulot maqsadi	Talabalarga bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish usullarini o'rgatish
O'qitish uslubi	So'rov, amaliy konikmalarni bajarish, bemorlarni kuratsiya qilish
O'qitish shakli	Kichik guruhlariga bo'lib
O'qitish jihozlari	O'quv-uslubiy majmua, Darslik, multimediyalar, plakatlar, mulyaj
Baholash tartibi	Interfaol oyinlar, assesment, Wenn diagrammasi, muammoli masala va testlar bilan 100 ballik tizim

	bo'yicha
--	----------

1.2. Amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Talim beruvchi	Talim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi (5 daqiqa)	1. Auditoriya tozaligi nazorat qilinadi 2. Talabalarni davomati tekshiriladi 3. Talabalarni mashg'ulotlarga tayyorgarligini takshirish	Eshitib tayyorlanib turadil
O'quv jarayonini o'tkazish etapi (10 daqiqa)	1. Mavzu boyicha tayyorgarlik qilish 2. Kirish ma'ruza uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash, kompyuterni tayyorlash 3. Multimediya, videofilmlarni qo'yish 4. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish	Talabalar tayyorlanib turadilar
Nazariy mashg'ulot (55 daqiqa)	1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni Assesment, Wenn diagramma va b.q. beriladi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalaniladi 4. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi	Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar qatnashadilar tinglaydilar va savollarga javob beradilar
Klinik mashg'ulot (80 daqiqa)	1. O'qituvchi bilan birgalikda bemorlarni kuratsiya qilinadi 2. Talabalar har biriga bemor beriladi va ular mustaqil kuratsiya qiladilar.	Talabalar bemorlarning tahlil natijalarini va kuratsiya natijalari daftarga yozadilar
Yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi

Amaliy mashg'ulot №12

O'tkir va surunkali pielonefritlarni simpto-matologiyasi. O'tkir va surunkali buyrak yetishmovchiligi

1.1. Amaliy mashg'ulotning texnologik modeli.

Mashg'ulot soati 4 vsoat	Talabalar soni 10 gacha
Oqitish joyi	Kompyuter, multimediya va plakatlar bilan jihozlangan auditoriya
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashg'ulot
Amaliy mashg'ulot rejasi	O'tkir va surunkali pielonefritlarni simpto-matologiyasi. O'tkir va surunkali buyrak yetishmovchiligi. Bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish
Amaliy mashg'ulot maqsadi	Talabalarga bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish usullarini o'rgatish

O'qitish uslubi	So'rov, amaliy konikmalarni bajarish, bemorlarni kuratsiya qilish
O'qitish shakli	Kichik guruhlariga bo'lib
O'qitish jihozlari	O'quv-uslubiy majmua, Darslik, multimediyalar, plakatlar, mulyaj
Baholash tartibi	Interfaol oyinlar, assessment, Wenn diagrammasi, muammoli masala va testlar bilan 100 ballik tizim bo'yicha

1.2. Amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Talim beruvchi	Talim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi (5 daqiqa)	1. Auditoriya tozaligi nazorat qilinadi 2. Talabalarni davomati tekshiriladi 3. Talabalarni mashg'ulotlarga tayyorgarligini takshirish	Eshitib tayyorlanib turadil
O'quv jarayonini o'tkazish etapi (10 daqiqa)	1. Mavzu boyicha tayyorgarlik qilish 2. Kirish ma'ruza uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash, kompyuterni tayyorlash 3. Multimediya, videofilmlarni qo'yish 4. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish	Talabalar tayyorlanib turadilar
Nazariy mashg'ulot (55 daqiqa)	1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni Assesment, Wenn diagramma va b.q. beriladi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalaniladi 4. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi	Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar qatnashadilar tinglaydilar va savollarga javob beradilar
Klinik mashg'ulot (80 daqiqa)	1. O'qituvchi bilan birgalikda bemorlarni kuratsiya qilinadi 2. Talabalar har biriga bemor beriladi va ular mustaqil kuratsiya qiladilar.	Talabalar bemorlarning tahlil natijalarini va kuratsiya natijalari daftarga yozadilar
Yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi

Amaliy mashg'ulot №13

Suyak-mushak va biriktiruvchi tuqima tizimi. Tekshirish usullari: so'rab-surishtirish, fizik tekshirish usullari, laborator-asbobiy tekshirish usullari. Asosiy klinik sindromlar.

1.1. Amaliy mashg'ulotning texnologik modeli.

Mashg'ulot soati 4 vsaat	Talabalar soni 10 gacha
Oqitish joyi	Kompyuter, multimediya va plakatlar bilan jihozlangan auditoriya
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashg'ulot

Amaliy mashg'ulot rejasi	Suyak-mushak va biriktiruvchi tuqima tizimi. Tekshirish usullari: so'rab-surishtirish, fizik tekshirish usullari, laborator-asbobiy tekshirish usullari. Asosiy klinik sindromlar. Bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish
Amaliy mashg'ulot maqsadi	Talabalarga bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish usullarini o'rgatish
O'qitish uslubi	So'rov, amaliy konikmalarni bajarish, bemorlarni kuratsiya qilish
O'qitish shakli	Kichik guruhlariga bo'lib
O'qitish jihozlari	O'quv-uslubiy majmua, Darslik, multimediyalar, plakatlar, mulyaj
Baholash tartibi	Interfaol oyinlar, assessment, Wenn diagrammasi, muammoli masala va testlar bilan 100 ballik tizim bo'yicha

1.2. Amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Talim beruvchi	Talim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi (5 daqiqa)	1. Auditoriya tozaligi nazorat qilinadi 2. Talabalarni davomati tekshiriladi 3. Talabalarni mashg'ulotlarga tayyorgarligini takshirish	Eshitib tayyorlanib turadil
O'quv jarayonini o'tkazish etapi (10 daqiqa)	1. Mavzu boyicha tayyorgarlik qilish 2. Kirish ma'ruza uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash, kompyuterni tayyorlash 3. Multimediya, videofilmlarni qo'yish 4. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish	Talabalar tayyorlanib turadilar
Nazariy mashg'ulot (55 daqiqa)	1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni Assesment, Wenn diagramma va b.q. beriladi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalaniladi 4. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi	Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar qatnashadilar tinglaydilar va savollarga javob beradilar
Klinik mashg'ulot (80 daqiqa)	1. O'qituvchi bilan birgalikda bemorlarni kuratsiya qilinadi 2. Talabalar har biriga bemor beriladi va ular mustaqil kuratsiya qiladilar.	Talabalar bemorlarning tahlil natijalarini va kuratsiya natijalari daftarga yozadilar
Yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi

Amaliy mashg'ulot №14

Ichki sekretsiya bezlari va modda almashinuvi tizimi. Tekshirish usullari. So'rab-surishtirish, fizikal-tekshirish usullari. Laborator-asbobiy tekshirish usullari

1.1. Amaliy mashg'ulotning texnologik modeli.

Mashg'ulot soati 4 vsoat	Talabalar soni 10 gacha
Oqitish joyi	Kompyuter, multimediya va plakatlar bilan jihozlangan auditoriya
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashg'ulot
Amaliy mashg'ulot rejasi	Ichki sekretsiya bezlari va modda almashinuvi tizimi. Tekshirish usullari. So'rab-surishtirish, fizikal-tekshirish usullari. Laborator-asbobiy tekshirish usullari. Bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish
Amaliy mashg'ulot maqsadi	Talabalarga bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish usullarini o'rgatish
O'qitish uslubi	So'rov, amaliy konikmalarni bajarish, bemorlarni kuratsiya qilish
O'qitish shakli	Kichik guruhlariga bo'lib
O'qitish jihozlari	O'quv-uslubiy majmua, Darslik, multimediyalar, plakatlar, mulyaj
Baholash tartibi	Interfaol oyinlar, assessment, Wenn diagrammasi, muammoli masala va testlar bilan 100 ballik tizim bo'yicha

1.2. Amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Talim beruvchi	Talim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi (5 daqiqa)	1. Auditoriya tozaligi nazorat qilinadi 2. Talabalarni davomati tekshiriladi 3. Talabalarni mashg'ulotlarga tayyorgarligini takshirish	Eshitib tayyorlanib turadil
O'quv jarayonini o'tkazish etapi (10 daqiqa)	1. Mavzu boyicha tayyorgarlik qilish 2. Kirish ma'ruza uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash, kompyuterni tayyorlash 3. Multimediya, videofilmlarni qo'yish 4. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish	Talabalar tayyorlanib turadilar
Nazariy mashg'ulot (55 daqiqa)	1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni Assesment, Wenn diagramma va b.q. beriladi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalaniladi 4. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi	Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar qatnashadilar tinglaydilar va savollarga javob beradilar

Klinik mashg'ulot (80 daqiqa)	1.O'qituvchi bilan birgalikda bemorlarni kuratsiya qilinadi 2. Talabalar har biriga bemor beriladi va ular mustaqil kuratsiya qiladilar.	Talabalar bemorlarning tahlil natijalarini va kuratsiya natijalari daftarga yozadilar
Yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi

Amaliy mashg'ulot №15

Ichki sekreksiya bezlari va modda almashinuvi tizimi kasalliklari

1.1. Amaliy mashg'ulotning texnologik modeli.

Mashg'ulot soati 4 vsoat	Talabalar soni 10 gacha
Oqitish joyi	Kompyuter, multimediya va plakatlar bilan jihozlangan auditoriya
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashg'ulot
Amaliy mashg'ulot rejasi	Ichki sekreksiya bezlari va modda almashinuvi tizimi kasalliklari . Bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish
Amaliy mashg'ulot maqsadi	Talabalarga bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish usullarini o'rgatish
O'qitish uslubi	So'rov, amaliy konikmalarni bajarish, bemorlarni kuratsiya qilish
O'qitish shakli	Kichik guruhlariga bo'lib
O'qitish jihozlari	O'quv-uslubiy majmua, Darslik, multimediyalar, plakatlar, mulyaj
Baholash tartibi	Interfaol oyinlar, assessment, Wenn diagrammasi, muammoli masala va testlar bilan 100 ballik tizim bo'yicha

1.2. Amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Talim beruvchi	Talim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi (5 daqiqa)	1. Auditoriya tozaligi nazorat qilinadi 2. Talabalarni davomati tekshiriladi 3. Talabalarni mashg'ulotlarga tayyorgarligini takshirish	Eshitib tayyorlanib turadil
O'quv jarayonini o'tkazish etapi (10 daqiqa)	1. Mavzu boyicha tayyorgarlik qilish 2. Kirish ma'ruza uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash, kompyuterni tayyorlash 3. Multimediya, videofilmlarni qo'yish 4.Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish	Talabalar tayyorlanib turadilar

Nazariy mashg'ulot (55 daqiqa)	1. Talabalarni kichik guruhlarga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni Assesment, Wenn diagramma va b.q. beriladi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalaniladi 4. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi	Kichik guruhlarga bo'linadilar Tomosha qiladilar qatnashadilar tinglaydilar va savollarga javob beradilar
Klinik mashg'ulot (80 daqiqa)	1.O'qituvchi bilan birgalikda bemorlarni kuratsiya qilinadi 2. Talabalar har biriga bemor beriladi va ular mustaqil kuratsiya qiladilar.	Talabalar bemorlarning tahlil natijalarini va kuratsiya natijalari daftarga yozadilar
Yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi

Amaliy mashg'ulot №16

Qon tizimi. Tekshirish usullari. Fizik tekshirish usullari laborator-asbobiy tekshirish usullari

1.1. Amaliy mashg'ulotning texnologik modeli.

Mashg'ulot soati 4 vsoat	Talabalar soni 10 gacha
Oqitish joyi	Kompyuter, multimediya va plakatlar bilan jihozlangan auditoriya
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashg'ulot
Amaliy mashg'ulot rejasi	Qon tizimi. Tekshirish usullari. Fizik tekshirish usullari laborator-asbobiy tekshirish usullari. Bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish
Amaliy mashg'ulot maqsadi	Talabalarga bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish usullarini o'rgatish
O'qitish uslubi	So'rov, amaliy konikmalarni bajarish, bemorlarni kuratsiya qilish
O'qitish shakli	Kichik guruhlarga bo'lib
O'qitish jihozlari	O'quv-uslubiy majmua, Darslik, multimediyalar, plakatlar, mulyaj
Baholash tartibi	Interfaol oyinlar, assesment, Wenn diagrammasi, muammoli masala va testlar bilan 100 ballik tizim bo'yicha

1.2. Amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Talim beruvchi	Talim oluvchilar
--------------------------	----------------	------------------

Tayyorlov bosqichi (5 daqiqa)	1. Auditoriya tozaligi nazorat qilinadi 2. Talabalarni davomati tekshiriladi 3. Talabalarni mashg'ulotlarga tayyorgarligini takshirish	Eshitib tayyorlanib turadil
O'quv jarayonini o'tkazish etapi (10 daqiqa)	1. Mavzu boyicha tayyorgarlik qilish 2. Kirish ma'ruza uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash, kompyuterni tayyorlash 3. Multimediya, videofilmlarni qo'yish 4. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish	Talabalar tayyorlanib turadilar
Nazariy mashg'ulot (55 daqiqa)	1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni Assesment, Wenn diagramma va b.q. beriladi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalaniladi 4. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi	Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar qatnashadilar tinglaydilar va savollarga javob beradilar
Klinik mashg'ulot (80 daqiqa)	1. O'qituvchi bilan birgalikda bemorlarni kuratsiya qilinadi 2. Talabalar har biriga bemor beriladi va ular mustaqil kuratsiya qiladilar.	Talabalar bemorlarning tahlil natijalarini va kuratsiya natijalari daftarga yozadilar
Yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi

Amaliy mashg'ulot №17

Qon tizimi kasalliklari. Anemiyalar

1.1. Amaliy mashg'ulotning texnologik modeli.

Mashg'ulot soati 4 vsotat	Talabalar soni 10 gacha
Oqitish joyi	Kompyuter, multimediya va plakatlar bilan jihozlangan auditoriya
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashg'ulot
Amaliy mashg'ulot rejasi	Qon tizimi kasalliklari. Anemiyalar. Bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish
Amaliy mashg'ulot maqsadi	Talabalarga bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish usullarini o'rgatish
O'qitish uslubi	So'rov, amaliy konikmalarni bajarish, bemorlarni kuratsiya qilish
O'qitish shakli	Kichik guruhlariga bo'lib

O'qitish jihozlari	O'quv-uslubiy majmua, Darslik, multimediyalar, plakatlar, mulyaj
Baholash tartibi	Interfaol oyinlar, assessment, Wenn diagrammasi, muammoli masala va testlar bilan 100 ballik tizim bo'yicha

1.2. Amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Talim beruvchi	Talim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi (5 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Auditoriya tozaligi nazorat qilinadi 2. Talabalarni davomati tekshiriladi 3. Talabalarni mashg'ulotlarga tayyorgarligini takshirish 	Eshitib tayyorlanib turadil
O'quv jarayonini o'tkazish etapi (10 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mavzu boyicha tayyorgarlik qilish 2. Kirish ma'ruza uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash, kompyuterni tayyorlash 3. Multimediya, videofilmlarni qo'yish 4. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish 	Talabalar tayyorlanib turadilar
Nazariy mashg'ulot (55 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni Assesment, Wenn diagramma va b.q. beriladi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalaniladi 4. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi 	<p>Kichik guruhlariga bo'linadilar</p> <p>Tomosha qiladilar</p> <p>qatnashadilar</p> <p>tinglaydilar va savollarga javob beradilar</p>
Klinik mashg'ulot (80 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> 1. O'qituvchi bilan birgalikda bemorlarni kuratsiya qilinadi 2. Talabalar har biriga bemor beriladi va ular mustaqil kuratsiya qiladilar. 	Talabalar bemorlarning tahlil natijalarini va kuratsiya natijalari daftarga yozadilar
Yakuniy bosqich (10 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi 	<p>Tinglaydi</p> <p>Yozib oladi</p>

Amaliy ko'nikmalarni bajarish tartibi
Amaliy ko'nikma № 1
Bajarilish tartibi etaloni.

<i>№</i>	<i>Xarakteratlar ketma-ketligi (kadamba kadam bajarilishi lozim bulgan xarakteratlar):</i>	<i>Баллар</i>
1.	Talaba zondni sterilizastiyadan utkazadi	6
2.	Bemorga muolajaning maksadi, uning xavfsizligi tushuntiriladi	6
3.	Bemor stulga, uning suyanchigiga maxkam suyanib utiradi	6
4.	Oyoklari ostiga togora yoki chelak kuyiladi	6
5.	Talaba bemorning ung tomoniga utadi	6
6.	Bemor kukragi kleyonka yoki fartuk bilan bekitiladi	6
7.	Zondni yuborishga kadar xar bir bemorda kindikdan to kurak tishlarigacha bulgan masofa ulchab belgilanadi, zond yutkiziladi	6
8.	Bemor ogzini katta ochib «a» deb tovush chikaradi va burun orkali chukur nafas oladi	6
9.	Talaba chakkonlik bilan zondni til ildizi orkasiga kiritadi	6
10.	Bemor ogzini yumadi va bir necha yutish xarakteratlari kiladi	6
11.	Zondning bush uchiga 20 gr shprist kiygiziladi	6
12.	Me'da suyukligi 1 soat mobaynida 15 minutlik interval bilan 4-probirkaga tuldiriladi	6
13.	Zond orkali yana 200 ml ilik bulyon kiritiladi yoki bemorga pentagastrin utkaziladi	7
14.	Sungra me'da suyukligi xar 15 minutda 4-probirkaga bir soat ichida takroran suriladi	7
15.	Olingan me'da shirasi 8 ta probirkaga olinib, laboratoriyaga uzatiladi	7
16.	Muolaja tugagandan sung zond sekin tortib olinadi	7
Jami:		100

Amaliy ko'nikma № 2

Me'dani yuvish texnikasi

Zarur jihozlar: Me'da zondi, togora, kleyonka, voronka, distillangan suv, 20 gr shprist

	<i>Xarakteratlar ketma-ketligi (kadamba kadam bajarilishi lozim bulgan xarakteratlar):</i>	<i>Баллар</i>
1.	Bemorni stulga utkazib, kullarini stul suyanchigiga choyshab bilan boglab, kukragiga fartuk tutib kuyiladi, xamshira va kichik tibbiy xodim xam fartuk tutib oladi.	10
2.	Bemorning yonboshida turib, avval zondning medaga tushish	10

	uzunligini ulchab olamiz. Buning uchun kurak tushlaridan-kindikkacha ulchab , unga 5 sm kushiladi.	
3.	Bemorning boshini biroz orkaga tashlab , uning ogzini ochishi buyuriladi yoki ogiz ochishgich bilan ochiladi, kukragi biroz oldinga bukiladi.	10
4.	Ung kulidagi steril zondning ovalsimon uchini perosimon kilib ushlab, zond ilik suv bilan namlabolinadi, bemorning til ildiziga kuyib , yutinish va burundan chukur-chukur nafas olish buyuriladi.	10
5.	Bemor yutinayotganda, zond asta –sekinlik bilan me’daga kiritish kerak, agar bemor yotib, nafas olishi kiyinlashib, kukarib ketsa, zudlik bilan zondni tortib olish kerak. Bu xoll zondning nafas yuliga , xikkildok yoki traxeyaga tushib kolganini kursatadi.	10
6.	Zond kerakli belgiga etgach , uning erkin uchiga voronkani kiygizib, tezda bemorning tizzasiga tushiridadi, voronkadan me’da shirasi okib chikadi, agar chikmasa , zondni xarakatlantiriladi.	10
7.	Shu xolda voronkani bir oz kiyshaytirib , unga 1 litrgacha suv kuyiladi.	10
8.	Voronka asta-sekin tubida suv kolguncha yukoriga kutariladi, sung voronkani pastga tushiriladi, undan suv oka boshlaydi. Me’dadan chikkan suv –kuyilgan suv bilan teng bulishi kerak. Bordiyu, chikkan suv kamrok bulsa,bemordan sal kuchanishni iltimos kilinadi.	10
9.	Shu xarakat to voronkadan , ya’ni me’dadan toza suv chikkuncha takrorlanadi.	10
10.	Me’dani yuvib bulgach , voronkani olib, zondni me’dadan tortib olinadi, yaxshilab okar suvda yuvilib, distillangan suvda 30 dakika kaynatib sterillanadi.	10
Jami:		100

Amaliy ko`nikma № 3

Bemorlarning hazm qilish organlarini rentgenologik tekshirishga tayyorlashni ko`rsating.

№	Xarakatlar ketma-ketligi (kadamba kadam bajarilishi lozim bulgan xarakatlar):	Ballar
---	---	--------

1.	Kattik parxez tutiladi	10
2.	Ichaklar suyuklikdan va gazdan xoli kilinadi	10
3.	Bemorga engil xazm buladigan ovkatlar buyuriladi	10
4.	Bemorga uch kungacha moychechak damlamasi beriladi	10
5.	Bir kun avval bemor kechasi soat 20 dan ovkat kabul kilishi man etiladi	15
6.	Soat 22 da tozalash klizmasi kilinadi	15
7.	Ichaklarda gaz tuplanmasligi uchun gaz xaydaydigan naycha kuyiladi	15
8.	Ertalab bemorga yana tozalash klizmasi kilinadi	15
Jami:		100

Amaliy ko`nikma № 4

Duodenal zondlash texnikasini kursating

Zarur jihozlar: Duodenal zond,togora,kleyonka, distillangan suv,voronka

Bajarilish tartibi etaloni.

<i>№</i>	<i>Xarakterlar ketma-ketligi (kadamba kadam bajarilishi lozim bulgan xarakterlar):</i>	<i>Баллар</i>
1.	Bemor stulga joylashtirib utkiziladi	7
2.	Bemor oldiga sochik tutilib oyokka, tizza oldiga togora tutiladi	7
3.	Bemor psixologik tayyorlanadi (bemorga chukur nafas olib bezovta bulmaslik, xamshira aytganini tinch, vazmin xolatda bajarishi tayinlanadi)	7
4.	Bemorga ogzini «a-a-a» deb ochish va tilini chikarish buyuriladi	7
5.	Bemorga ogzini «a-a-a» deb ochish va tilini chikarish buyuriladi	7
6.	Bemorga ogzini yopib, zondni tishlamasdan sekin-asta yutish buyuriladi	7
7.	Bemorning shu zondni 3 ta belgisigacha yutishi, ya'ni 20-30-45 minut davom etadi	7
8.	Bemor kushetkaga ung tomoni bilan boshi pastrok kilib (yostiksiz) yotkiziladi	7
9.	Bemorning ung kovurga ostiga kattik buyum kuyilib, ilik grelka kuyiladi	7
10.	Duodenal zond ichi shtativdagi 1 chi probirkaga solinib kuyiladi	7

	(probirkalar bemorga nisbatan pastda buladi). 1 chi porstiya 12 barmok ichak suyukligi olinadi	
11.	Shundan keyin bemor chalkancha yotkizilib, zond uchidan 50-60 ml 33% li magneziiy sulfat eritmasi yuboriladi va 10 dakika zond uchi kisib kuyiladi	8
12.	Kiskich olinib 2-probirkaga ut pufagidan chikadigan suyuklik yigiladi	6
13.	Suyuklik rangining uzgarishiga karab 2 chi probirkadan zond 3chi probirkaga kuchiriladi, ya'ni 3chi porstiya yigiladi	8
14.	Duodenal zond uchidan suyuklik chikishi tuxtagandan keyin bemor urnidan turgizilib, stulga utkaziladi va zond sekin-asta tortib olinadi, olingan suyuklik tekshirishga yuboriladi (laboratoriyaga).	8

Amaliy ko`nikma № 5

Tozalovchi klizma kilib kursating.

Zarur jihozlar:

1. Esmarx krujkasi, 2. Rezina naycha jumrak bilan, 3. Vazelin, 4. Uchlik, 5. Togora
6. Ilik suv, 7. Kleyonka, 8. Kushetka, 9. Termometr

Bajarilish tartibi etaloni.

№	Xarakteristikalar ketma-ketligi (kadamba kadam bajarilishi lozim bulgan xarakteristikalar):	Ballar
1.	Kerakli narsalarni tayyorlab, bemor kushetkasi yoniga kuyiladi	7
2.	Esmarx krujkasiga ilik suv tuldiriladi, suv 1-2 l gacha, 37-38 darajada	7
3.	Naycha ichida xavo kolmasligi uchun uchi pastga karatilib, Esmarx krujkasi yukoriga kutariladi	7
4.	Xavo chikarilgandan sung jumrak bekitiladi	7
5.	Kushetka ustiga kleyonka tushaladi	7
6.	Bemor kushetka ustiga, chetiga yakin, chap yonboshi bilan tizzalarini bukib, korniga tortib yotkiziladi	7
7.	Naycha ustiga steril vazelin yupka kilib surtiladi	7
8.	Bemorning dumbalari chap kul barmoklari yordamida kiritiladi, orka chikaruv teshigiga vazelin surtiladi	7
9.	Uchlik orka chikaruv teshigiga 8-10 sm yukoriga va oldinga karatib, keyin sal orkaga karatib, aylanma xarakteristikalar bilan kiritiladi	7
10.	Jumrak ochiladi, Esmarx krujkasi kutarilib turiladi	7

11.	Krujkada ozgina suv kolganida jumrak yopiladi	8
12.	Uchlik orka chikaruv teshigidan chikarib olinadi	6
13.	Bemor yana bir necha minutdan sung xojatxonaga borib, ichaklarni bushatadi	8
14.	Rezina naychadan uchlik ajratiladi va yukumsizlantiriladi	8
Jami:		100

Amaliy ko`nikma № 6

Jigarni perkussiyasi (Kurlov buyicha) texnikasini kursating

Bajarilish tartibi etaloni.

	<i>Xarakterlar ketma-ketligi (kadamba kadam bajarilishi lozim bulgan xarakterlar):</i>	<i>Баллар</i>
1.	bemor yotgan xolda ung urta umrov chizigi buyicha perkutor tovush tumtoklashganga kadar perkussiya kilib boriladi.	10
2.	Bu 6 kovurgaga tugri keladi.	10
3.	Pastdan xuddi shu liniya buyicha kindik tugrisida timpanik perkutor tovushni tumtoklashgunga kadar perkussiya kilinadi.	10
4.	Bu 10 kovurgaga tugri keladi.	10
5.	1 vertikal liniyaning yukori nuqtasidan tanani oldingi urta chizigiga karab taxminan chizik utkazilib, kesishgan joyiga nukta kuyiladi.	15
6.	Pastdan kindikdan yukoriga karab perkutor tovush tumtoklashgunga kadar perkussiya kilinadi.	15
7.	Bu xanjarsimon usik bilan kindik urtasidagi soxasni yukorigi 3 dan 1 kismiga tugri keladi.	15
8.	chap kovurga yoyi buylab 10 kovurga soxasidan to tumtok tovush bulgunga kadar perkussiya kilib kelinadi.	15
9.	Normada 1 ulcham 10-12, 2 ulcham 8-10, 3 ulcham 5-7 sm bulishi kerak.	
Jami:		100

Amaliy ko`nikma № 7

Siydikni Zimmistkiy usuli buyicha tekshirish texnikasi.

Zarur jihozlar: 8 ta toza banka, blanka

Bajarilish tartibi etaloni.

<i>№</i>	<i>Xarakterlar ketma-ketligi (kadamba kadam bajarilishi lozim bulgan xarakterlar):</i>	<i>Баллар</i>
1.	8 ta toza banka tayyorlanadi	14
2.	Xar bir bankaga yullanma yoziladi	14
3.	Bemor ertalab soat 6 da kovugini bushatadi, bu siydik tukib tashlanadi	14
4.	3 soatlik tanaffus beriladi, soat 6-9 da birinchi porstiya siydik olinadi	14
5.	Shuningdek bir sutka davomida bemor 8 marta kovugini bushatadi	14
6.	Ertasi ertalab soat 6 da oxirgi porstiya yigiladi	14
7.	Siydikning 8 porstiyasi laboratoriyaga uzatiladi	16
Jami:		100

Amaliy ko`nikma № 8

Siydikni Addis-Kakovskiy usuli buyicha tekshirish texnikasini kursating.

Zarur jihozlar: 3 ta toza banka, blanka

Bajarilish tartibi etaloni.

<i>№</i>	<i>Xarakterlar ketma-ketligi (kadamba kadam bajarilishi lozim bulgan xarakterlar):</i>	<i>Баллар</i>
1.	Bemorning tashki jinsiy organlari yuviladi	10
2.	Siydikni yigish uchun toza idish kattarak bulishi lozim	10
3.	Siydik yigishdan oldin idishga konservant solinadi: bir necha timol ristalchasi yoki farmalkdegid tomchisi	10
4.	Siydikni uch soat ichida yigish lozim	10
5.	Soat 22 da bemor kovukni bushatadi	15
6.	Soat 22 dan to ertalab 8 gacha siydik yigiladi	15
7.	Ertalab soat 8 da siydik yigiladi va laboratoriyaga uzatiladi	15
8.	Bemorga reakstiya beruvchi moddalar	15
Jami:		100

Mustaqil ta'lim mavzulari

Mustaqil ish 1

Disfagiya rivojlanish sabablari, xavf omillar etiologiya, patogenez, og'riq xosil bo'lish mexanizmi.

1) Disfagiya izoh bering

- 2) Disfagiya rivojlanish sabablari
- 3) Disfagiya xavf omillar
- 4) Disfagiya etiologiya
- 5) Disfagiya patogenezi,
- 6) Disfagiya og'riq xosil bo'lish mexanizmi
- 7) Disfagiya olib keluvchi ichki kasalliklar
- 8) Disfagiya diagnostikasi
- 9) Disfagiyaning tekshirish usullari

1-mavzu

Mavzuning nomi	Ball	Baho	Talabning bilim darajasi
Tibbiy deontologiyasi, evtonaziya muammolari, yatrogeniya.	86-100	A'lo	Xulosa va qaror qabul qila oladi, ijodiy fikrlay oladi, mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	71-85	Yaxshi	Mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	55-70	Qoni qarli	Mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	0-54	Qoni qarsiz	Tasavvurga ega emas, bilmaydi.

Mustaqil ish 2

Yara kasalligining klinik ko'rinishlari, kliniko-laborator mezonlari, asorati va davolash usullari.

- 1) Yara kasalligi haqida tushuncha (tarifi)
- 2) Yara kasalligi klinik ko'rinishlari
- 3) Yara kasalligi etiologiyasi
- 4) Yara kasalligi rivojlanish mexanizmi
- 5) Yara kasalligi klinikasi
- 6) Yara kasalligi bemorlarni ko'zdan kechirish
- 7) Yara kasalligi bemorlar ni palpatsiyasi
- 8) Yara kasalligi bemorlarni laborator tekshirish
- 9) Najasni Gregerson usulida tekshirish
- 10) Yara kasalligi bemorlarni rentgenologik tekshiruvini
- 11) Yara kasalligi bemorlarni endoskopik tekshirish

Mavzuning nomi	Ball	Baho	Talabning bilim darajasi
Asosiy va qoshimcha nafas shovqinlari qiyosiy diagnostikasi. Pnevmoniyalar	86-100	A'lo	Xulosa va qaror qabul qila oladi, ijodiy fikrlay oladi, mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.

	71-85	Yaxshi	Mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	55-70	Qoni qarli	Mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	0-54	Qoni qarsiz	Tasavvurga ega emas, bilmaydi.

Mustaqil ish 3

Pankreatit etiologiyasi, patogenezini, va tasnifi. Oshqozon osti bezi o'smasida o'tkaziladigan diagnostik tekshiruvlar.

1. Pankreatit kasalligi haqida tushuncha (tarifi)
2. Pankreatit kasalligi klinik ko'rinishlari
3. Pankreatit kasalligi etiologiyasi
4. Pankreatit kasalligi rivojlanish mexanizmi
5. Pankreatit kasalligi klinikasi
6. Pankreatit kasalligi bemorlarni ko'zdan kechirish
7. Pankreatit kasalligi bemorlar ni palpatsiyasi
8. Pankreatit kasalligi bemorlarni laborator tekshirish
9. Pankreatit kasalligida najas tekshiruvini diagnostik ahamiyati
10. Pankreatit kasalligi bemorlarni rentgenologik tekshiruvini
11. Pankreatit kasalligi bemorlarni endoskopik tekshirish

3-mavzu

Mavzuning nomi	Bal l	Bah o	Talabning bilim darajasi
Plevritlar. Bronxial astma	86-100	A'lo	Xulosa va qaror qabul qila oladi, ijodiy fikrlay oladi, mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	71-85	Yaxshi	Mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	55-70	Qoni qarli	Mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	0-54	Qoni qarsi z	Tasavvurga ega emas, bilmaydi.

Mustaqil ish 4

Nospetsefik yarali kolit asoratlari va ichakni diagnostik tekshiruv mezonlari.

1. Nospetsefik yarali kolit kasalligi haqida tushuncha (tarifi)
- 2 Nospetsefik yarali kolit kasalligi diferentsial diagnostikasi
3. Nospetsefik yarali kolit kasalligi etiologiyasi
- 4 Nospetsefik yarali kolit kasalligi rivojlanish mexanizmi
5. Nospetsefik yarali kolit kasalligi klinikasi
6. Nospetsefik yarali kolit kasalligi bemorlarni ko'zdan kechirish
7. Nospetsefik yarali kolit kasalligi bemorlarni palpatsiyasi
8. Nospetsefik yarali kolit kasalligi bemorlarni laborator tekshirish
9. Nospetsefik yarali kolit kasalligida najas tekshiruvini diagnostik ahamiyati
10. Nospetsefik yarali kolit kasalligi bemorlarni rentgenologik tekshiruvi
11. Nospetsefik yarali kolit kasalligi bemorlarni endoskopik tekshirish

4-mavzu

Mavzuning nomi	Ball	Bah o	Talabning bilim darajasi
Organik va funksional shovqinlarni qiyosiy diagnostikasi	86-100	A'lo	Xulosa va qaror qabul qila oladi, ijodiy fikrlay oladi, mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	71-85	Yaxshi	Mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	55-70	Qoni qarli	Mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	0-54	Qoni qarsi z	Tasavvurga ega emas, bilmaydi.

Mustaqil ish 5

Gepatomegaliya bilan kechuvchi kasalliklar etiopatogenezi, klinik ko'rinishlari, kasallikning sindromal diagnostikasi.

1. Gepatomegaliya haqida tushuncha
2. Gepatomegaliya bilan kechuvchi kasalliklar
3. Gepatomegaliya etiologiyasi
- 4 Gepatomegaliya rivojlanish mexanizmi
5. Gepatomegaliya klinikasi
- 6 Gepatomegaliya bilan bemorlarni ko'zdan kechirish
- 7 Gepatomegaliya bor bemorlar bemorlar ni palpatsiyasi
8. Gepatomegaliyada laborator tekshirish
9. Gepatomegaliyada bemorlarni instrumental tekshirish
10. Gepatomegaliyada bemorlarni radioizotop tekshirish

5-mavzu

Mavzuning nomi	Ball	Baho	Talabanning bilim darajasi
Yurak nuqsonlari Yurak tonlari normasi va patologiyada o'zgarishi	86-100	A'lo	Xulosa va qaror qabul qila oladi, ijodiy fikrlay oladi, mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	71-85	Yaxshi	Mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	55-70	Qoni qarli	Mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	0-54	Qoni qarsiz	Tasavvurga ega emas, bilmaydi.

Mustaqil ish 6

Jigar sirrozi etiopatogenezi, klinik ko'rinishlari, va diagnostikasi.

1. Jigar sirrozi etiopatogenezi haqida tushuncha (tarifi)
2. Jigar sirrozi klinik ko'rinishlari
3. Jigar sirrozi etiologiyasi
4. Jigar sirrozi rivojlanish mexanizmi
5. Jigar sirrozi klinikasi
6. Jigar sirrozi bemorlarni ko'zdan kechirish
7. Jigar sirrozi bilan bemorlar palpatsiyasi
8. Jigar sirrozi, bemorlarni laborator tekshirish
9. Jigar sirrozi, najas tekshiruvini diagnostik ahamiyati
10. Jigar sirrozi jigar palpatsiyasi, perkussiyasi

6-mavzu

Mavzuning nomi	Ball	Baho	Talabanning bilim darajasi
Bakterial endokardit simptomatologiyasi	86-100	A'lo	Xulosa va qaror qabul qila oladi, ijodiy fikrlay oladi, mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	71-85	Yaxshi	Mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	55-70	Qoni qarli	Mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	0-54	Qoni qarsiz	Tasavvurga ega emas, bilmaydi.

Mustaqil ish 7

Sariqlik bilan kechuvchi kasalliklar etiopatogenezi, klinik ko'rinishlari, kasallikning sindromal diagnostikasi.

1. Sariqlik etiopatogenezi haqida tushuncha (tarifi)
2. Sariqlik klinik ko'rinishlari
3. Sariqlik etiologiyasi
4. Sariqlik rivojlanish mexanizmi
5. Sariqlik klinikasi
6. Sariqlik bemorlarni ko'zdan kechirish
7. Sariqlik bilan bemorlar palpatsiyasi
8. Sariqlik, bemorlarni laborator tekshirish
9. Sariqlik najas tekshiruvini diagnostik ahamiyati
10. Sariqlik jigar palpatsiyasi, perkussiyasi
11. Parenximatoz sariqlik
12. jigar usti sariqligi
13. jidar osti sariqligi

7-mavzu

Mavzuning nomi	Ball	Baho	Talabning bilim darajasi
Postinfarkt kardioskleroz simptomatologiyasi	86-100	A'lo	Xulosa va qaror qabul qila oladi, ijodiy fikrlay oladi, mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	71-85	Yaxshi	Mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	55-70	Qoni qarli	Mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	0-54	Qoni qarsiz	Tasavvurga ega emas, bilmaydi.

Mustaqil ish 8

Buyrakning yallig'lanish va immun yallig'lanish kasalliklarining etiologiyasi, patogenezi, kasallikning klinik namoyon bo'lishi, diagnostikasi va aktivlik mezonlari.

1. Buyrakning yallig'lanish etiopatogenezi haqida tushuncha (tarifi)
2. Buyrakning yallig'lanish klinik ko'rinishlari
3. Buyrakning yallig'lanish etiologiyasi
4. Buyrakning yallig'lanish rivojlanish mexanizmi
5. Buyrakning yallig'lanish klinikasi
6. Buyrakning yallig'lanish bemorlarni ko'zdan kechirish
7. Buyrakning yallig'lanish bilan bemorlar palpatsiyasi

8 Buyrakning yallig'lanish, bemorlarni laborator tekshirish

9. Immun yallig'lanish kasalliklarining etiologiyasi, patogenezi, kasalliknin klinik namoyon bo'lishi, diagnostikasi va aktivlik mezonlari.

10. Buyrakning yallig'lanish palpatsiyasi, perkussiyasi

8-mavzu

Mavzuning nomi	Ball	Bah o	Talabaning bilim darajasi
Dilyatatsion kardiomiopatiya simptomatologiyasi	86-100	A'lo	Xulosa va qaror qabul qila oladi, ijodiy fikrlay oladi, mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	71-85	Yaxshi	Mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	55-70	Qoni qarli	Mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	0-54	Qoni qarsi z	Tasavvurga ega emas, bilmaydi.

Mustaqil ish 9

Nefropatiyalarning etiologiyasi, patogenezi va kasallikni aniqlash usullari.

1. Nefropatiyalarning etiologiyasi
2. Nefropatiyalarning patogenezi
3. Nefropatiyalarning kasallikni aniqlash usullari.
4. Nefropatiyalarning klinikasi
5. Nefropatiya bemorlarni ko'zdan kechirish
6. Nefropatiya bilan bemorlar palpatsiyasi
- 7 Nefropatiya bemorlarni laborator tekshirish
8. Nefropatiya instrumental tekshiruvini diagnostik ahamiyati
9. Nefropatiyalarning aniqlash usullari.

9-mavzu

Mavzuning nomi	Ball	Bah o	Talabaning bilim darajasi
Yurak ishemik kasalliklari	86-100	A'lo	Xulosa va qaror qabul qila oladi, ijodiy fikrlay oladi, mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.

	71-85	Yaxshi	Mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	55-70	Qoni qarli	Mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	0-54	Qoni qarsi z	Tasavvurga ega emas, bilmaydi.

Mustaqil ish 10

Surunkali buyrak yetishmovchiligi etiologiyasi, patogenezini, tasnifi, klinik sindromlari, diagnostikasi va davolashda qo'llaniladigan dori vositalar

1. Surunkali buyrak yetishmovchiligi etiopatogenezini haqida tushuncha (tarifi)
2. Surunkali buyrak yetishmovchiligi klinik ko'rinishlari
3. Surunkali buyrak yetishmovchiligi etiologiyasi
4. Surunkali buyrak yetishmovchiligi rivojlanish mexanizmi
5. Surunkali buyrak yetishmovchiligi klinikasi
6. Surunkali buyrak yetishmovchiligi bemorlarni ko'zdan kechirish
7. Surunkali buyrak yetishmovchiligi bilan bemorlar palpatsiyasi
8. Surunkali buyrak yetishmovchiligi bemorlarni laborator tekshirish
9. Surunkali buyrak yetishmovchiligi instrumental tekshiruvini diagnostik ahamiyati
10. Surunkali buyrak yetishmovchiligi palpatsiyasi, perkussiyasi
11. Surunkali buyrak yetishmovchiligi siydik tekshiruvini diagnostik ahamiyati

Mavzuning nomi	Ball	Bah o	Talabanning bilim darajasi
Yurak ishemik kasalliklari	86-100	A'lo	Xulosa va qaror qabul qila oladi, ijodiy fikrlay oladi, mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	71-85	Yaxshi	Mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	55-70	Qoni qarli	Mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	0-54	Qoni qarsi z	Tasavvurga ega emas, bilmaydi.

Mustaqil ish 11

Shish sindromi etiologiyasi, patogenezini, klinik namoyon bo'lishi va diagnostikasi.

1. Shish sindromi haqida tushuncha (tarifi)
2. Shish sindromi klinik ko'rinishlari
3. Shish sindromi etiologiyasi
4. Shish sindromi rivojlanish mexanizmi
5. Shish sindromi klinikasi
6. Shish sindromi bemorlarni ko'zdan kechirish
7. Shish sindromi bilan bemorlar palpatsiyasi
8. Shish sindromi bemorlarni laborator tekshirish
9. Shish sindromi najas tekshiruvini diagnostik ahamiyati
10. Shish sindromi palpatsiyasi, perkussiyasi

Mavzuning nomi	Ball	Bah o	Talabning bilim darajasi
Yurak ishemik kasalliklari	86-100	A'lo	Xulosa va qaror qabul qila oladi, ijodiy fikrlay oladi, mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	71-85	Yaxshi	Mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	55-70	Qoni qarli	Mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	0-54	Qoni qarsi z	Tasavvurga ega emas, bilmaydi.

Mustaqil ish 12

Revmatizm va revmatoidli artrit kasalliklarining diagnostik mezonlari.

1. Revmatizm va revmatoidli artrit haqida tushuncha (tarifi)
2. Revmatizm va revmatoidli artrit klinik ko'rinishlari
3. Revmatizm va revmatoidli artrit etiologiyasi
4. Revmatizm va revmatoidli artrit rivojlanish mexanizmi
5. Revmatizm va revmatoidli artrit klinikasi
6. Revmatizm va revmatoidli artrit bemorlarni ko'zdan kechirish
7. Revmatizm va revmatoidli artrit bilan bemorlar palpatsiyasi
8. Revmatizm va revmatoidli artrit bemorlarni laborator tekshirish
9. Revmatizm va revmatoidli artrit najas tekshiruvini diagnostik ahamiyati
10. Revmatizm va revmatoidli artrit palpatsiyasi, perkussiyasi

Mavzuning nomi	Ball	Bah o	Talabanning bilim darajasi
Yurak ishemik kasalliklari	86-100	A'lo	Xulosa va qaror qabul qila oladi, ijodiy fikrlay oladi, mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	71-85	Yaxshi	Mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	55-70	Qoni qarli	Mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	0-54	Qoni qarsi z	Tasavvurga ega emas, bilmaydi.

Mustaqil ish 13

Seronegativ spondiloartritlarning (Reaktiv artrit, Bexterev kasalligi, psoriatik artrit) diagnostik mezonlari.

1. Reaktiv artrit, Bexterev kasalligi, psoriatik artrit haqida tushuncha (tarifi)
2. Reaktiv artrit, Bexterev kasalligi, psoriatik artrit klinik ko'rinishlari
3. Reaktiv artrit, Bexterev kasalligi, psoriatik artrit etiologiyasi
4. Reaktiv artrit, Bexterev kasalligi, psoriatik artrit rivojlanish mexanizmi
5. Reaktiv artrit, Bexterev kasalligi, psoriatik artrit klinikasi
6. Reaktiv artrit, Bexterev kasalligi, psoriatik artrit bemorlarni ko'zdan kechirish
7. Reaktiv artrit, Bexterev kasalligi, psoriatik artrit bilan bemorlar palpatsiyasi
8. Reaktiv artrit, Bexterev kasalligi, psoriatik artrit bemorlarni laborator tekshirish
9. Reaktiv artrit, Bexterev kasalligi, psoriatik artrit najas tekshiruvini diagnostik ahamiyati
10. Reaktiv artrit, Bexterev kasalligi, psoriatik artrit palpatsiyasi, perkussiyasi

Mavzuning nomi	Ball	Bah o	Talabanning bilim darajasi
Yurak ishemik kasalliklari	86-100	A'lo	Xulosa va qaror qabul qila oladi, ijodiy fikrlay oladi, mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	71-85	Yaxshi	Mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	55-70	Qoni qarli	Mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.

	0-54	Qoni qarsi z	Tasavvurga ega emas, bilmaydi.
--	------	--------------	--------------------------------

Mustaqil ish 14

Biriktiruvchi to'qima diffuz kasalliklarining diagnostik mezonlari, faollik darajalari va davolash usullari.

1. Biriktiruvchi to'qima diffuz kasalliklarohaqida tushuncha (tarifi)
2. Biriktiruvchi to'qima diffuz kasalliklariklinik ko'rinishlari
3. Biriktiruvchi to'qima diffuz kasalliklari etiologiyasi
4. Biriktiruvchi to'qima diffuz kasalliklaririvojlanish mexanizmi
5. Biriktiruvchi to'qima diffuz kasalliklariklinikasi
6. Biriktiruvchi to'qima diffuz kasalliklari bemorlarni ko'zdan kechirish
7. Biriktiruvchi to'qima diffuz kasalliklari bilan bemorlar palpatsiyasi
8. Biriktiruvchi to'qima diffuz kasalliklari bemorlarni laborator tekshirish
9. Biriktiruvchi to'qima diffuz kasalliklari intrumental tekshiruvi
10. Biriktiruvchi to'qima diffuz kasalliklari palpatsiyasi, perkussiyasi

Mavzuning nomi	Ball	Bah o	Talabaning bilim darajasi
Yurak ishemik kasalliklari	86-100	A'lo	Xulosa va qaror qabul qila oladi, ijodiy fikrlay oladi, mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	71-85	Yaxshi	Mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	55-70	Qoni qarli	Mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	0-54	Qoni qarsi z	Tasavvurga ega emas, bilmaydi.

Mustaqil ish 15

Dermatomiozit va tizimli vaskulit kasalliklarining diagnostik mezonlari, aktivlik darajalari, davolash usullari va profilaktikasi.

1. Dermatomiozit va tizimli vaskulit haqida tushuncha (tarifi)
2. Dermatomiozit va tizimli vaskulit klinik ko'rinishlari
3. Dermatomiozit va tizimli vaskulit etiologiyasi

4. Dermatomiozit va tizimli vaskulit rivojlanish mexanizmi
5. Dermatomiozit va tizimli vaskulit klinikasi
6. Dermatomiozit va tizimli vaskulit bemorlarni ko'zdan kechirish
7. Dermatomiozit va tizimli vaskulit bilan bemorlar palpatsiyasi
8. Dermatomiozit va tizimli vaskulit bemorlarni laborator tekshirish
9. Dermatomiozit va tizimli vaskulit instrumental tekshiruvini diagnostik ahamiyati
10. Dermatomiozit va tizimli vaskulit palpatsiyasi, perkussiyasi

Mavzuning nomi	Ball	Bah o	Talabaning bilim darajasi
Yurak ishemik kasalliklari	86-100	A'lo	Xulosa va qaror qabul qila oladi, ijodiy fikrlay oladi, mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	71-85	Yaxshi	Mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	55-70	Qoni qarli	Mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	0-54	Qoni qarsi z	Tasavvurga ega emas, bilmaydi.

Mustaqil ish 16

Tugunchali periartrit va nospetsifik aortoarteriit kasalligining Diagnostik mezonlari, aktivlik darajalari, davolash usullari va profilaktikasi.

1. Tugunchali periartrit va nospetsifik aortoarteriit haqida tushuncha (tarifi)
2. Tugunchali periartrit va nospetsifik aortoarteriit klinik ko'rinishlari
3. Tugunchali periartrit va nospetsifik aortoarteriit etiologiyasi
4. Tugunchali periartrit va nospetsifik aortoarteriit rivojlanish mexanizmi
5. Tugunchali periartrit va nospetsifik aortoarteriit klinikasi
6. Tugunchali periartrit va nospetsifik aortoarteriit bemorlarni ko'zdan kechirish
7. Tugunchali periartrit va nospetsifik aortoarteriit bilan bemorlar palpatsiyasi
8. Tugunchali periartrit va nospetsifik aortoarteriit bemorlarni laborator tekshirish
9. Tugunchali periartrit va nospetsifik aortoarteriit instrumental tekshiruvini diagnostik ahamiyati
10. Tugunchali periartrit va nospetsifik aortoarteriit palpatsiyasi, perkussiyasi

Mavzuning nomi	Ball	Bah o	Talabaning bilim darajasi
----------------	------	-------	---------------------------

Yurak ishemik kasalliklari	86-100	A'lo	Xulosa va qaror qabul qila oladi, ijodiy fikrlay oladi, mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	71-85	Yaxshi	Mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	55-70	Qoniqarli	Mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	0-54	Qoniqarsiz	Tasavvurga ega emas, bilmaydi.

Baholash

TEMATIK REYTING BAHOLASH

IKP va klinik farmakologiya kafedrasida IKP fani bo'yicha talabalar bilimini nazorat qilish va baholash uchun «Oliy ta'lim muassasalarida talabalar balimini nazorat qilish va baholarning reyting tizimi to'g'risida Nizom» hamda tibbiyot oily ta'lim muassasalari rektorlari Rayosati tomonidan tavsiya etilgan nizom asosida kelib chiqishi.

Baholash tartibi va mezonlari.

Talabalarning bilim saviyasi, ko'nikma va malakalarini nazorat qilishning reyting tizimi asosida talabalarning IKP fani bo'yicha o'zlashtirish darajasi ballar orqali ifodalanadi.

«IKP» fani bo'yicha talabaning semestr davomidagi o'zlashtirish ko'rsatkichi 100 ballik tizimda baholanadi.

Ushbu 100 ball nazorat turlari bo'yicha quyidagicha taqsimlanadi:

Joriy baholash - 45 ball;

Oraliq baholash – 20 ball;

Mustaqil ish - 5 ball;

Yakuniy baholash – 30 ball (15 ball OSKE va 15 ball test);

Davolash va tibbiy pedagogika fakulteti 3 kurs talabalarini «IKP» fani bo'yicha o'qitish uslublarini o'ziga xosligini inobatga olgan holda bilimni baholashda JB, TMI, OB va YABlarning qiymatini hisobga olish uchun koeffitsenti qo'llaniladi.

№	Baholash turi	Maksimal ball	Saralash bali	koeffitsenti
1.	Joriy baholash	45	24,75	0,45
2.	TMI	5	2.75	0,05
3.	Oraliq baholash	20	11,0	0,2

4.	Yakuniy baholash	30	16,5	0,3
	JAMI	100	55,0	1

Talabanning baholash va tibbiy pedagogika 3 kurs «IKP» fani bo'yicha o'zlashtirish ko'rsatkichini nazorat qilishda quyidagi namunaviy mezonlar tavsiya etiladi:

a) 86-100 ball uchun talabanning bilim darajasi quyidagilarga javob berish lozim:

xulosa va qaror qabul qilish;

ijodiy fikrlay olish;

mustaqil mushohada yurita olish;

olgan bilimlarini amalda qo'llay olish;

mohiyatini tushunish;

bilish, aytib berish;

tasavvurga ega bo'lish.

b) 71-85 ball uchun talabanning bilim darajasi quyidagilarga javob berish lozim:

mustaqil mushohada yurita olish;

olgan bilimlarini amalda qo'llay olish;

mohiyatini tushunish;

bilish, aytib berish;

tasavvurga ega bo'lish.

v) 55-70 ball uchun bilim darajasi quyidagilarga javob berish lozim:

mohiyatini tushunish;

bilish, aytib berish;

tasavvurga ega bo'lish.

e) quyidagi hollarda talabanning bilim darajasi-54 ballgacha baholanishi lozim:

aniq tasavvurga ega bo'lmaslik, bilmaslik.

namunaviy mezonlarga muvofiq mutaxassislik IKP fanlar bo'yicha tayanch ta'lim muassasi (TTA) tomonidan yakuniy nazorat uchun baholash mezonlar topshiriqlari ishlab chiqilib, institut Ilmiy- uslub kengashi tomonidan tasdiqlanadi va turdosh oliy ta'lim muassasalariga yetkaziladi.

Talabalarning IKP fani bo'yicha mustaqil ishi joriy, oraliq va yakuniy nazoratlar jarayonida tegishli topshiriqlarini bajarishi va unga ajratilgan ballardan kelib chiqqan holda baholanadi.

Talabanning IKP fan bo'yicha reytingi aniqlanadi:

$$R_f = \frac{V \cdot O'}{100}$$

buyerd:

V–V semestrda IKP faniga ajratilgan umumiy o'quv yuklamasi (306 soat).

O' –fan bo'yicha o'zlashtirish darajasi (ballarda).

IKP fani bo'yichya joriy, oraliq va yakuniy nazoratlarning har birida ajratilgan ballning 55 foizi saralash ball etib belgilanadi.

Joriy va oraliq nazoratlarning har birida ajratilgan ballning saralash ballining 55 foizidan ortiq ball to'plagan barcha talabalar ushbu fan bo'yicha yakuniy nazoratga kiritiladi.

Agar talaba yakuniy nazoratda shu nazorat turi bo'yicha saralash balidan yuqori to'plasa, bu ball joriy va oraliq nazoratlardan to'plangan ballarga qo'shiladi. Aks holda talaba IKP fani bo'yicha o'zlashtirmagan hisoblanadi.

Glossariy

HAZM SISTEMASI

Anasiditas	Meda shirasida ozod xlorit kislotaning bo'lmasligi
Anereksiya	Ishtaxaning butunlay yo'qolishi
Axiliya	Meda shirasda proteolitik fermentlar va xlorid kislotaning bo'lmasligi
Axlorgidriya	Mada shirasida xlorid kilotaning bo'lmasligi
Abdominalnie boli	Qorin bo'shlig'l organlari zararlanganda seziladigan og'riqlar
Bryushnaya jaba	O'qtin-o'qtin qoin bo'shlig'ida turadigan og'riqlar
Gastrit	Meda shilliq pardasining yallig'lanishi
Gastroptoz	Medaning kengayib va cho'zilib pastga tushishi
Gastroskopiya	Medaning shilliq pardasini gastroskop yordamida tekshirish
Gastroenterologiya	Hazm organlarini o'rganadigan fan

Giperasiditas	Meda shirasida ozod xlorid kilatasining oshib ketishi
Gipersalivasiya	Suyakning ortiq miqdorda ajralishi
Gipersekresiya	Meda shirasining ko'p miqdorda ajralishi
Gastrokardialniy sindrom	Ovqatlangandan so'ng yurak ohasida siqilish va og'riqning paydo bo'lishi
Bolezn Gipshpringa	Yo'g'on ichakning idiopatik kengayishi va cho'zilishi natijasida qabziyat kelib chiqishi
Gipoasiditas, gipoxlorgidriya	Meda shirasida ozod xlorid kislotasining kamayishi
Giposalivasiya	Suyakning kam miqdorda ajralishi
Giposekresiya	Meda shirasining kam miqdorda ajralishi
Defekasiya	Ich kelishi
Diariya	Ichning suyuq ketishi
Diskeneziya kishhechnika	Ichaklarning harakat funksiyasining buzilishi
Dispepsiya brodilnaya	Achish dispepsiyasi ichakda uglevodlar hazm bo'lishining buzilishi bilan bog'liq bo'lgan ich

	ketishi. Bunda bemorda qorinning kudirishi, qorinda shish paydo bo'lishi, natijasining suyuq holatga kelishi va achchiq reaksiyaga ega bo'lishi bilan birga o'simlik to'qimasi va kraxmal donachalarining ko'payib ketishi
Dempink sindrom	
Dispepsiya gnilostnaya	medasi rezeksiya qilingan bemorlarda ovqat yeyilgandan keyin yoki ovqatlanayotgan paytda birdaniga kuch quvvatsiz bo'lib qolish, yurakning tez-tez urish hollari
Dispepsiya jeludka	Meda shirasida xlorid kislotasi bo'lmaganidan oqsillarning ichakda yetarlicha hazm bo'lmaganligi aloqador patologik holat. Reaksiyasi ishqorli bo'lgan badbo'y hidli tarkibida hazm bo'lmagan ovqat bo'laklari bo'lgan ich ketishi bilan xarakterkaladi,
Disfagiya	Meda funksiyasining buzilishi, bu, og'riq, bemor ishtaxasining pasayishi, kekirish, jig'ildon qaynashi, ko'ngil aynishi, qayt qilish bilan davom etadi.
Duodenit	Ovqatning qizilo'ngachdan o'tishining qiyinlashishi
Dolixosigma	O'n ikki barmoq ichak shilliq pardasining yallig'lanishi (duodenit)
Zapori	Sigmasimon ichakning tug'ma uzun bo'lishi
Irrigskopiya	Ich qotishi (qabziyat)
Izjoga	Yog'on ichakni roentgen orqali rasmga tushirish
Kal	Jig'ildon qaynashi
	Nafas, axlat, defikasiya paytida yog'on ichakning

Kolit	pastki bo'limidan chiqadigan massa
Kollonoskopiya	Yo'g'on ichak shilliq qavatining yallig'lanishi
Kolloptoz	Yo'g'on ichak shilliq qavatini kolonoskop yordamida tekshirish
Kreatopiya	Yo'g'on ichakning pastga tushishi
Melena	Najasda hazm bo'lmagan muskul tolalarining ko'plab paydo bo'lishi
Meteorizm	Qoramoyssimon najas, bu simptom ichakning yuqori qismidan qon oqishidan dalolat beradi
Pankreatit	Meda osti bezining yallig'lanishi. O'tkir va surunkali pankreatitlar mavjud
Proktit	To'g'ri ichak shilliq qavatining yallig'lanishi
Peritonit	Qorin pardasining yallig'lanishi
Polifagiya	Haddan tashqari ko'p ovqat iste'mol qilish
Toshnota	Ko'ngil aynishi
Gipersalivatsiya (Ptializm)	So'lak ajralishining ko'payishi
Pvota	Medadagi ovqat aralashmasini beixtiyor qizilo'ngach orqali qayt qilish (qusish)
Rektoromonaskop	To'g'ri va sigmasimon ichaklarning shilliq holatini

Salivasiya	tekshirish usuli
Symptom defekta	So'lak ajralishi
Symptom "nishi"	Nuqson simptomi. Bunda rentgenda meda o'smasining tasviri ko'rinadi.
Srigivaniye	"Tokcha" simon simptom. Bu simptom rentgenda meda va o'n ikki barmoq ichak devorida hosil bo'lgan chuqurlik holida ko'rinadi. U yara hosil bo'lganini ko'rsatadi. Bu kasallikni aniqlash uchun meda va o'n ikki barmoq ichak bariy bilan to'ldiradi.
Steatoreya	Ovqatning qizilo'ngachdan tezda og'ir bo'shlig'iga qaytib chiqishi
Tenezmi	Najasda ko'p yog' bo'lishi
Fibroendoskopiya	Kuchayish. To'g'ri ichakning yallig'lanish kasalligi. Ichakning tez-tez qisqarisi natijasida kuchayish paydo bo'lib, og'riq turishi. Bu simptom ko'pincha dizenteriya kasalligida uchraydi.
Enteroptoz	Fibroskop yordamida birorta ichki organing shilliq qavatini ko'rish, nishonlangan biopsiya va suratga olish yordamida tekshirish. Qizil o'ngachning shilliq qavatini ezofagoskop yordamida tekshirish
Enterit	Ingichka ichakning pastga tushib qolishi
Yazvennaya bolezn jeludka I dvenadsatiperstnoy kishki	Ingichka ichak shilliq qavatining yallig'lanishi
	Umumiy xronik va qaytalanuvchi kasallik bo'lib, meda va o'n ikki barmoq ichakning devorida yara

	paydo bo'lishi bilan davom etadi.
--	-----------------------------------

GEPATOBILIARNAYA SISTEMA.

GEPATOBILIAR SISTEMA.

Axolichniy kal	Axlatning rangsizlanishi, o't (safro) ning ichakka tushmasligi natijasida sodir bo'ladi.
Bilurubinuriya	Bilirubining siydik bilan birga ajralishi
Gapatargiya	Jigar yetishmovchiligi tufayli markaziy nerv sistemasining zararlanishi keltirib chiqrgan
Gepatit	Jigar hujayralarining yallig'lanishi Jigarni radioizotop yordamida tekshirish. Bu usul

Gepatografiya	<p>izotopning jigarga kirish tezligi, kirish darajasi, to'planishi va radioaktiv moddaning jigardan ichakka o'tish tezligini grafik rafishda tasvirlashga asoslangan. Radipaktiv modda sifatida Bengal atirguli bo'yog'i va nishonlangan yod 131 ishlatiladi</p>
Gepatolienalniy sindrom	<p>Turli sabablar natijasida jigar bilan taloqning bir vaqtda kattalashishi. Bu sindrom, masalan, qon kasalliklarida, gepatit, sirrozlarda va darvoza vena trombozlarida uchraydi.</p>
Gepatologiya	<p>Jigar o't pufagi va o't yo'llari kasalliklarini o'rganadigan fan</p> <p>Jigarning kattalashishi</p> <p>Qonda bilirubin miqdorining oshishi</p>
Gepatomegaliya	
Giperbilirubinemiya	<p>"Meduza boshi" kindik atrofidagi kengaygan, shishgan chugalchangsimon venoz kollaterallarning shulasimon tarqalishi. "Meduza boshi" venada bosimning oshishi va darvoza vena tarmoqlarining kovak venalar bilan anastomozlanishi (birlashishi) natijasida vujudga keladi. Medusa boshi jigar sirrozida uchraydi.</p>
Medusa boshii	
Diskeneziya	<p>O't pufagi va o't yo'llari harakat (motorik) funksiyasining buzilishi. Gipermotor va gipomotor diskeneziya bo'lishi mumkin</p>
Interus	<p>Qonda bilirubin miqdorining oshib ketishi natijasida, teri va shilliq qavatlarining sariq rangga bo'yalishi.</p>
O't yo'llari obturasiya	<p>O't yo'llarining berkilishi</p>
Punksionnaya biopsiya	<p>Jigar tuzilishini tekshirish. Bu usulda Vim-Silverman, Mengini ninasi bilan jigar to'qimasining kichik qismini olib, mikroskop ostida tekshirish,</p>

Portalnaya gipertaniya	Darvoza venada qon bosimining ko'tarilishi
Skanirovanie pecheni	Skaner (yoki gammatopograf) apparati yordamida jigarning tuzilishi va funksional holatini tekshirish. Radioizotop sifatida oldin 198 va bengal atirguliishlatiladi.

MOCHEVIDELITELNAYA SISTEMA

SIYDIK AJRATISH SISTEMASI

Azotemiya	Qonda azot chiqindilarining ko'payishi
Azotistie shlaki	Organizmdan siydik bilan birga chiqariladigan azot (oqsil almashinuvining) oxirgi maxsulotlari
Anuriya	Siydikning tamomila ajralib chiqmasligi (anuriya)

Amiloidoz	Temir devorlarining oraliq substansiyalarida amiloid massalar to'planib, ular diamonokislotalarga boy maxsus oqsildan iborat. Bu massalar oqsil almashinuvining qattiq aynishi natijasida hosil bo'ladi. Amiloid buyraklar kattalashgan, yaltillaydigan, och sariq ko'rinishida bo'ladi. Buyraklar amiloidozi aksari boshqa organlar (jigar, taloq, ichaklar) amiloidozi bilan birga davom etadi (amiloidoz)
Asetonuriya	Siydikda keton tanachalarining paydo bo'lishi. Bularga aseton, asetosirka, betta-oksimoym kislota mansubdir. Asetonuriya – diabetik koma alomatidir.
Gematuriya	Qonning siydik bilan ajralishi (gematuriya)
Gemodializ	Qonning azot chiqindilaridan tozalanishi (gemodializ)
Giperstenuriya	Siydik solishtirma og'irligining (1026 dan ziyod) oshishi (giperstenuriya)
Gipostenuriya	Siydik solishtirma og'irligining (1015 dan kam) pasayishi (gipostenuriya)
Gidronefroz	Siydik naylari tiqilishi hisobiga buyrakda suyuqlik to'planishi
Stranguriya	Og'riq bilan qiynalib siyish
Glikozuriya	Kanadli apparat zararlanishi oqibatida rivojlanib, siydik bilan glyukoza ajralishi.
Diurez	Ma'lum vaqt ichida ajralib chiqqan siydik miqdori (bir sutkalik diurez normada 1 dan 2 l gacha ajraladi) diurez
Izostenuriya	Qon plazmasining solishtirma og'irligiga teng bo'lgan siydikning turli porsiyalaridagi o'zgarmaydigan, deyarli bir xil solishtirma og'irlik

Dizuriya	(izostenuriya) Siydik ajralishini buzilishi
Anuriya	Siydikning siydik pufagida tutilib qolishi (anuriya), kelib chiqishi infeksiyon-allergik bo'lgan buyraklar koptokchalari apparatining yallig'lanishida bo'ladi.
Nefrit	Nefrit albuminuriya, gematuriya, gipoprotenemiya, gipertoniya va shishlar bilan birga kechadi (nefrit)
Nefroz	Buyrak kanalchalari epiteliysining distrofik o'zgarishlari (nefroz)
Nefralogiya	Buyrak kasalliklarining o'rganadigan fan (nefralogiya)
Nefroskleroz	Ateroskleroz, gipertoniya kasalligi, nefritlar asorati sifatida rivojlanadigan sindrom. Buyraklartomirlari apparatining zararlanishi bilan xarakterlanib, organning bujmayishi va uremiya bilan tugaydi (nefroskleroz)
nefrotik sindrom	Ifodalangan proteinuriya va shishlar borligi bilan xarakterlanadigan sindrom (nefrotik sindrom).
Nefrokalsinoz	Buyrak to'qimalari (parenximasida) kalsiy tuzlarining yig'ilishi (nefrokalsinoz)
Nefroptoz	Buyraklarning pastga tushishi (nefroptoz)
Nikturiya	Siydikning asosan tunda ajralishi (nikturiya)
Oksalaturiya	Oksalat tuzlari va kalsiy tuzlarining siydikda ko'plab ajralishi (oksalaturiya)
Oliguriya	Bir sutkada ajralib chiqqan siydik miqdorining keskin kamayishi (oliguriya)
Paranefrit	Buyrak atrofidagi to'qimalarning yallig'lanishi (paranefrit)
Pielonefrit	Buyrak jomlari va parenximasining bakterial yallig'lanishi (pielonefrit)

Pielit	Buyrak jomlarining yallig'lanishi (pielit)
Pionefrit	Buyrakning yiringli yallig'lanishi (pionefrit)
Poliuriya	Bir sutkada ajraladigan siydik miqdorining ko'payishi (poliuriya)
Pollakiuriya	Tez-tez siyib turish (pollakiuriya)
Protenuriya	Siydikda oqsilning paydo bo'lishi (protenuriya)
Renin	Buraklarning yukstaglomerulyar apparati ishlab chiqaradigan, tomir toraytiruvchi ta'sir qiladigan modda (renin)
Simptom Pasternaskogo	Bel sohasining qo'l bilan urib turilganda seziladigan og'riq (pasternaskiy simptom)
Uraturiya	Siydikda amorf-ammniy tuzlari va urat kislota tuzlarining ko'p miqdorda ajralib chiqishi (uraturiya)
Piuriya	Siydik tarkibida yiring bo'lishi (Leykositlarning siydik bilan birga ko'plab ajralishi (piuriya))
Glomerulonefrit	Buyrak koptokchalarining yallig'lanishi (glomerulonefrit)
Glyukozuriya	Qandning siydik bilan birga ajralishi (glikozuriya)
Uremiya	Organizmning azot chiqindilarining to'planishi va zaxarlanishi natijasida rivojlanadigan simptomlar kompleksi (uremiya)
Urolitiaz	Siydik pufagida toshlarning bo'lishi (urolitiaz)
Sistit	Siydik pufagining yallig'lanishi (sistit)
Silindruriya	Bemorning ko'ndalang siydidi tarkibida slindrlar shakliga ega bo'lgan oqsil moddalarining paydo bo'lishi Gialingi donador, epitelial va mumsimon silindrlar bo'ladi (silindruriya)
Ekskretornaya urografiya	Kontrast modda yuborish vositasida siydik chiqarish yo'llarini rentgenografik tekshirish. Buyrak kosachalari va jomlarning shakllari va o'lchovlari, siydik yo'llari tekshiriladi. Eksretor urografiya kontrast moddani siydik pufagiga kiritish tezligini aniqlash imkonini beradi (ekskretor

	urogfiya)
--	-----------

QON SISTEMASI

Anaplaziya	Hujayraning yetilish qobiliyatini yo'qotishi (anaplaziya)
Anemiya	Kamqonlik. Qon eritrositlar soni va gemoglobin miqdorining amayib ketishi bilan ifodalanuvchi potologik holat. 1 mm kub qonda eritrositlar soni 4 000 000 dan kam bo'ladi (anemiya)
Aniositoz	Qonda kattaligi turli xil bo'lgan eritrositlarning paydo bo'lishi (anizositoz)
Anizoxramiya	Gemoglobinning turli miqdorda bo'lishi tufayli eritrositlarning har xil rangda (ochiq va to'q) bo'lishi (anizoxramiya)
Anezinofiliya	Qonda eozinfillarning bo'lmasligi (aneozinofiya)
Aplastic anemiya	Ko'mikning regenerativ funksiyasining susayishi yoki zararlanishi, atrofiyasi (aplastik anemiya)
Aleykemiya	Qonda leykosidlar miqdorining kamayishi (aleykemiya)
Bolezn Shenleyn Genoxa	Qon tomir devorlari o'tkazuvchanligining buzilishi natijasida qonning organlarga shilliq parda va teriga sizib chiqishi
Gepatomegaliya	Jigarning kattalashishi (gepatomegaliya)
Gematologiya	Qon va qon yaratuvchi to'qima kasalliklarini o'rganadigan fan (gematologiya)
Gemoliz	Eritrositlar qobig'ining yorilishi, bunda ichidagi gemoglobin qon plazmasiga chiqib, uni qip-qizil rangga bo'yaydi (gemoliz)
Gemopoez	Qon yaratuvchi to'qimalarda qon tanachalarining rivojlanish jarayoni (gimopoez)
Gemorragicheskiy kapillyarotiksikoz	Gemorragik diatez kasalligining bir turi, u tomirlar devorining ortiqcha o'tkazuvchan bo'lishi zaminida teriga va shilliq ardalarga qon quyilishiga namoyon bo'ladi (gemorragik kapillyarotoksikoz)
Gemorragicheskiy diatez	Asosan qon ketishi bilan xataklanadigan kasallik . verlrof, Shenleyn-Genox va gemofiliya kasalliklari bunga visol bo'la oladi (gemorragik diatez)
Gemolicheskaya anemiya	Gemoligik kamqonlik erish, eritrositlar qobig'ining yorilishi (eritrositlarning parchalanishi)
Gemorragiya	Qon oqishi, qon ketishi (gemorragiya)
Gemofiliya	Qon to'xtamasligi bilan xarakterlanadi, tug'ma kasalliklardan biri bo'lib, bu kasallik qon ivishining buzilishi bilan izoxlanadi, qon ivishining 8, 9, 11, omillari bo'lmasligidan kelib chiqadi (gemofiliya)

Geofagiya	Xloroz kasalligida uchrab, kasal kesak, bo'r iste'mol qilishga o'ziga xos moyillik sezadi (geofagiya)
Giperplaziya	Qon ishlab chiqaruvchi to'qimalarda qon hujayralarining tez va ko'p miqdorda ishlab chiqarilishi (giperplaziya)
Giperproteinemiya	Zardobda oqsil moddalarining (8 foizdan ko'p) oshib ketishi giperproteinemiya.
Giperxromiya	Eritrositlarning ortiqcha darajada bo'yalishi (geperxromiya)
Gipoproteinemiya	Qon zardobida oqsilning (6 foizdan) kam bo'lishi (gipoproteinemiya)
Gipoxromiya	Eritrositlar bo'yalishining susayishi
Disproteinemiya	Qon zardobdagi oqsil tanachalarining son va sifat jihatidan o'zgarishi (disproteinemiya o'xshash(albuminlar kamyib globulinlar ko'payadi))
Koylonexii	Tirnoqning qoshiqqa o'xshash shaklga kirishi (koylonexiyalar)
Leykoma (leykemiya)	Oq qon tanachalarini ishlab chiqaruvchi to'qimaning system kasalligi, u ko'mik oq tana o'simtasining giperplaziyasi, metaplaziyasi, anaplaziyasi va qonda leykositlarning yetilmagan shakllarining paydo bo'lishi nilan ta'riflanadi.
Leykopeniya	Leykositlar sonining kamayishi, 5 00 dan oz kamayib ketishi (leykopeniya)
Leykoz	Ko'mikda oq qon tanachalarining rivojlanish jarayoni (leykoz)
Leykositarnaya formula	Leykositlar ayrim shakllarining present nisbati
Leykositoz	1 mm kub qonda leykositlar sonining 9 000 dan oshib ketishi (leykositoz)
Limpofeniya	1 mm kub qon limfositlar umumiy sonining 20 % dan kamayib ketishi
Limfositoz	1 mm kub qonda limfositlar sonining 35 % dan oshib ketishi (limfositoz)

Makrositoz	Qonda diametric katta (9-10mk) bo'lgan eritrositlarning ustun kelishi (makrositoz)
Megalositoz	Qonda eritrositlardan farqli o'laroq katta diometri (10-12mkga) bir qadar ellips shaklidagi va gemoglobinga to'yingan megalositlarning paydo bo'lishi (megalositoz)
Medulla	Mieloma to'qimasining o'sishi (medulla)
Metaplaziya	To'qimalar ayrim turlarining boshqa toqima turlariga aylanishi (metaplaziya)
Mielogramma	Suyak ko'migi hujayralar elementlarini present nisbatida yozib olish (mielogramma)
Mikrositoz	Qonda diametric kichik bo'lgan (6 mikron va bundan oz bo'lgan) eritrositlarning ko'p bo'lishi (mikrositoz)
Mieloma	Ko'mikning o'sib ketishi.
Mieloz	Ko'mik, suyak iligi
Monositoz	Monositlarning ko'payib (1 mm kub qonda 8 % dan ko'p) ketishi.
Neytropeniya	Neytrofillar sonining kamayishi (1 mm kub qonda 50% dan oz)
Neytofillyoz Neytrofilliya	Qonda neytrofillar sonining (1 mm kub qonda neytrofillar 70 % dan ortiq) ko'payishi
Normoblastoz	Qonda normoblastlarning yavni yadro saqlovchi eritrositlarning paydo bo'lishi (normoblastoz)
Poykilositoz	Qonda turli shakldagi eritrositlarning paydo bo'lishi (poykilositoz)
Polixromatofiliya	Qonda kislota va ishqoriy bo'yoqlar bilan kulrang binafsha rangga bo'yaluvchi eritrositlarning ko'p miqdorda paydo bo'lishi (polixromatofiliya)
Retikulositoz	1 mm kub qonda retikulositlarning 1% dan ziyod ko'payib ketishi (retikulositoz)
Splenomegaliya	Taloqning kattalashuvi (splenomegaliya)
Transfuziologiya	Qon va qon o'rnini bosadigan suyuqliklarni qo'yish, tayyorlash va saqlash metodlarini o'rganadigan fan

Trombositoz	(transfuziologiya) 1 mm kub qonda trombositlarning 400 000 dan ziyod ortib ketishi (trombositoz)
Trombositopenicheskaya purpura (bolezn Verligofa)	Gemorragik diatezning bir turi bo'lib, qonda trombositlar sonining kamayishi yoki yetilmagan trombositlarning paydo bo'lishi bilan tariflanadi (Verlgof kasalligi, trombositopenik purpura)
Trombositopeniya	1 mm kub qonda trombositlarning 220 000 dan kam bo'lishi (trombositopeniya)
Trombositopoez	Trombositlarning ko'mikda hosil bo'lishi va rivijlanish jarayoni (trombositopoez)
Funukual	Ingichka shnur, ip arqoncha (funikual)
Xloroz	Temir moddasining yetishmasligidan kelib chiqadigan kamqonlik (xloroz)
Shizositoz	Qonda mayda, noto'g'ri shakldagi eritrositlarning paydo bo'lishi (shizositoz)
Eozinofiliya	Qonda eozinofillar sonining 4 % dan ziyod ko'payib ketishi (eozinofiliya)
Eritropoez	Ko'mikda eritrositlarning hosil bo'lishi va rivojlanish jarayoni (eritropoez)
Eritrositoz	1 mm kub qonda eritrositlar sonining 5 000 000 dan ziyod bo'lishi (eritrositoz polisitemiya)

ENDOKRIN VA MODDALAR ALMASHINUVI KASALLIKLARI.

Addisonova bolezni	Bu kasallik buyrak usti bezidagi gormonlarning kam yoki umumiy ishlab chiqarilmasligi natijasida kelib chiqadi (Addison kasalligi)
Adinamiya	Qattiq quvvatsizlik (adinamiya)
Adinaza-genitalnaya distrofiya	Bu kasallik gipotalamogipofiz sistemasining zararlanishi bilan bog'liq bo'lib jinsiy bezlarning chala rivojlanishi va yog' bosishi bilan xarakterlanadi
Akromegaliya	Akromegaliya gipofiz va gipotalamusning zararlanishi bilan bog'liq bo'lgan neyrotendokrin kasallikdir, u qo'l-oyoq panjalari, yuz skeleti, ichki organlarning kattalashuvi va hamda moddalar almashinuvining buzilishi bilan namoyon bo'ladi (akromegaliya)
Bolezni Isenko Kushinga	Gipofiz va buyrak usti bezi zararlanishidan paydo bo'ladigan kasallik AKTG glyukokortikoidlar va mineralokortikoidlarning ortiqcha ishlanib chiqishi bilan ta'riflanadi.
Bulimiya	Doim ochlik sezish (bulimiya)
Gipotireoz	Qalqonsimon bez funksiyasining pasayishi (gipotireoz)
Giperterioz	Qalqonsimon bez funksiyasining zo'rayishi (gipertireoz)
Gipotoniya	Qon bosimining pasayishi (gipotoniya)
Giperqlikemiya	Qonda qand miqdorining 120 mg% dan oshishi (giperqlikemiya)
Gipoglikiemiya	Qonda qand miqdorining 80 mg% dan kamayishi (gipoglikiemiya)
Gipertrixoz	Ayollarda sochining badanda va yuzda zo'r berib o'sishi (gipertrixoz)
Glyukozuriya	Qandning siydik bilan birga ajralib chiqishi (glyukozuriya)
Diasepticheskiy rubeoz	Yuzda, peshonada, yuqori qovoq soxasida va iyakda teri kapilliyar to'ring kengayishi oqibatida qizillik kuzatiladi.
Diastema	Tishlar oralig'ining ochilib kattalashishi (diastema)
Zob	Qalqonsimon bezning kattalashib ketishi (bo'qoq)
Ksantomatoz	Qonda yog'ning ko'payishi natijasida gistiositlarning yig'ilishi, natijasida qo'l va oyoq kaftlarida, tirsaklarda va yelkalarda sariq rangli tugunchalarning yig'ilishi (ksantomatozlar)
Klimaktericheskiy	Yog'ning bo'yinda, VII bo'yin uvurtqasining ustida yog'ning yig'ilishi, klimakterik bukurlik
Kushingoidnoye teloslojenie	Bemorning yuzi (oysimon yuz) ko'krak qafasida, qorinda, bo'yinda yogning yig'ilishi, bunda oyoq-qo'llar nisbatan ozg'in bo'ladi. Kushingosimon gavda.

Simptom Ellineka	Qovoqlarda pigmentatsiya paydo bo'lishi
Krauss simptomi	Ko'z oqining yaltirashi (Krauss simptomi)

Nanizm	Organizmدا o'sish gormoni yetishmovchiligidan paydo bo'ladigan kasallik, u skelet, organlar va to'qimalar o'sishining to'xtab qolishiga olib kelai. Katta yoshli erkaklar bo'yi, 130sm dan, ayollarniki 120sm dan past bo'ladi, (nanizm)
Gipotireoz	Bemorning tili kattalashib shishishi, labining qalinlashishi va hiqildoq tovush boylamlarining shishi natijasida tovush yo'g'onlashuvi va gaplari tushunarsiz bo'lib qoladi.
Nevropatiya	Periferik va avtonom nerv sistemasining nervlarni oziqlantiruvchi tomirlarning zararlanishi (Nevropatiya)
Nesaxarniy diabet	Gipotalamo-gipofizar sohaning zararlanishi va antidiuretik gormon ajralishining kamayishi natijasida rivojlanadigan kasallik. Poliuriya va polidipsiya bilan birga davom etadi (qandsiz diabet)
Poliuriya	Siydikning bir sutkada ko'p miqdorda ajralishi (poliuriya)
Girsutizm	Ayollarda mo'ylov va sochlarning o'sishi, boshdagi sochning to'kilishi (Girsutizm)
Pigmentasiya	Qo'l kaftidagi chiziqlarda, labda, milkda, yuzda, shilliq pardalarda va ko'p ishqalanadigan joylarda to'q kul rang va qora rangli dog'lar paydo bo'lishi.
Polidipsiya	Qattiq chanqash va suyuqlikni doim ko'p ichish ehtiyoji (Polidipsiya)
Pollakiuriya	Tez-tez siyish (Pollakiuriya)
Prognatizm	Pastki jag' kattalashib, oldinga chiqib ketadi (Prognatizm)
Simptom Dalrimpeliya	Ko'zning chaqchayishi (Dalrimpel simptomi)

SOEDINETELNAYA TKAN.**BIRIKTIRUVCHI TO'QIMA.**

Amilidoz	Oqsil almashinuvining izdan chiqishi, u fizik-ximiyaviy xassalari xarakterli bo'lgan oqsil moddalarning toqimalarda to'planib qolishida (amiloidoz)
Ankiloz	Bo'g'imlar harakatchanligining bo'lmasligi (ankiloz)
Antigenlar	Qonda tushgan yod modda. Organizmga tushib, immunologik javob reaksiyasi paydo qiladigan moddalar bo'lib, o'ziga xos maxsus antitelolarhosil qiladi (antigenlar)
Antitela	Organizmga antigenlar tushganida qon va to'qimalarda paydo bo'ladigan oqsilli immun moddalar (antitelolar)
Biopsiya	Diagnostika maqsadida mikroskop ostida tekshirish uchun to'qima yoki organning kichik bo'lakchasini kesib olish (biopsiya)
Destruksiya	Biror organ yoki to'qimani parchalash, yo'q qilish (destruksiya)
Dermatomiozit	Mushak, teri, shilliq pardalar, ba'zan esa nerv va qon tomirlarni, DBST turlarining birini zararlantiradigan yallig'lanish jarayoni (dermatomiozit)
Kaxeksiya	Haddan tashqari ozib ketish, jismoniy zaiflik va umumiy hodisalari bilan xarakterlanadigan klinik anatomik sindrom (kaxeksiya)
Pnevmoskleroz	O'pkalarda biriktiruvchi to'qimaning o'sib ketishi, bunda o'pkalarning funksiyasi izdan chiqadi (Pnevmoskleroz)
Punksiya	Kasallikni aniqlash yoki davolash maqsadida to'qimani igna (yoki troakar) bilan teshish (punksiya)
Sklerodermiya	Teri va uning ostidagi to'qimalarning zichlashuvida ifodalanadigan kasallik (sklerodermiya)
Soedinitelnaya tkan	Mezenximadan rivojlanadigan to'qima bo'lib, tayanch, trofik va himoya funksiyalarini bajaradi.

Fagositoz	
Keylit	Hujayralarning zarrachalarni aktiv ushlab va bu zarrachalar organik bo'lsa ularni hazm qilish jarayoni (Fagositoz)
Eozinofiliyar	Labning qizil jiyagi, shilliq pardasi va terisining yallig'lanishi (xeylit) Qonda eozinofillar sonining ko'payishi (Eozinofiliyar)

Talabalar bilimni joriy baholash mezonlari

«IKP» fanidan reyting ishlanmasi va baholash mezonlari
(3 kurs davolash fakulteti talabalari uchun)

Reyting ishlanmasi.

№	Nazorat turlari	Soni	Maksimal ball	Koeffitsient	Jami ball
1.	J.B.				
	1.1. Amaliy mashg'ulot	35	100	0,45	45
	1.2. T.M.I.	27	100	0,05	5
	1.3. ON	4	100	0,2	20
2.	Ya.B.	1	100	0,3	30
	3.1. Ya.B.				
	3.2. OTKS	1			
Jami:		68	100	1,0	100

Talabalar bilimni baholash tizimi:

Talabalar fan bo'yicha o'zlashtirish darajasini aniqlash uchun quyidagi nazorat turlari o'tkaziladi:

№	Baxolash turi	Baxolash shakli	Maks. ball
1.	Joriy baxolash	Og'zaki,yozma,vaziyatli masalalar echish, amaliy ko'nikmani baholash	45
2.	TMI	Konspekt,referat,ilmiy maqola,tezis,ma'ruza, taqdimot tayyorlash	5
3.	Oraliq baholash	YOzmayoki og'zakiso'rov, amaliykunikmalarnibajarish	20
4.	YAkuniy baholash	Amaliy kunikmalarni bajarish, situatsion masalalarni echish, + og'zaki so'rov	30
jami			100

Baholash mezonlari

- Amaliy mashg'ulotlarda baholash kafedra tomonidan har bir mavzu bo'yicha ishlab chiqarilgan baholash mezonlari asosida baholanadi. Har bir mashg'ulot 100 ballik tizimda (86-100 a'lo, 71-85 yaxshi, 55-70 qoniqarli) baholanadi. O'rtacha qiymati hisoblanib 0,45 koeffitsientga ko'paytiriladi.

2. Talabalar mustaqil ishlarining bajarilish hajmi va sifatiga qarab 100 ballik tizimida baholanadi, o'rtacha qiymati topilib 0,05 koeffitsientga ko'paytiriladi.
3. Oraliq nazorat 0,02 koeffitsientga ko'paytiriladi.
4. Yakuniy baholash ikki bosqichda o'tkaziladi:
 1. OTKS – amaliy ko'nikma egallash mahorati 100 ballik tizimida baholanadi va 0,3 koeffitsientga ko'paytiriladi.
 2. Talabaning har bir nazorat turidan yig'gan ballari qo'shib umumiy ball topiladi va o'zlashtirishi baholanadi.

$$JB 0,45+TMI0,05+ON 0,2+YaB 0,3 = UO'$$

Joriy nazoratda talabalar bilimi ta'lim modeliga asoslangan holda quyidagi bosqichlarda amalga oshiriladi: nazariy, amaliy qism va TMI (50:40:10)

	96-100	91-95	86-90	81-85	76-80	71-75	66-70	61-65	55-60	31-54	0-30
Nazariy qism	52- 50	46-48	43-45	41-42	38-40	36-38	33-35	31-33	28-30	15-27	0-18
Amaliy qism	35-40	36-38	34-36	32-34	31-32	28-30	26-28	24-26	22-24	12-22	0-12
TMI	9-10	9	9	8-9	7-8	7	7	6	5-6	4-5	0

OB baholash mezonlari

O'zlashtirish%	Baho	Talabaning bilim darajasi
96-100%	A'lo "5"	Biletida qo'yilgan barcha savollarga talabaning javobi to'liq, ishonch bilan javob beradi. Sindrom buyicha vaziyatli masalani echishda ijodiy fikrlaydi, aniq javob beradi va javobini mantiqan asoslaydi. Javobida odam anatomiyasi, normal fiziologiya va biokimyofanlaridan olgan bilimlarini umumlashtiradi, mustaqil xulosa va qaror qabul qila oladi. Amaliy ko'nikmalarni qadamma –qadam to'g'ri ko'rsatdi. Nazariy kismdagi nafas a'zolariga oid bo'lgan savollarga to'g'ri javob berdi. Testlarni to'g'ri echdi. Moslikka testlarni javobini to'g'ri talladi. Mustaqil ta'lim topshiriqlarini o'z vaqtida, sifatli bajargan va o'zlashtirgan.
91-95%	A'lo "5"	Biletida qo'yilgan barcha savollarga talabaning javobi to'liq, ishonch bilan javob beradi. Sindrom bo'yicha vaziyatli masalani echishda ijodiy fikrlaydi, aniq javob beradi va javobini mantiqan asoslaydi. Javobida odam anatomiyasi, normal fiziologiya va biokimyofanlaridan olgan bilimlarini umumlashtiradi, mustaqil xulosa va qaror qabul qila oladi. Amaliy ko'nikmalarni qadamma –qadam to'g'ri ko'rsatdi. Nazariy kismdagi nafas a'zolariga oid bo'lgan savollarga to'g'ri javob berdi. Testlarni to'g'ri echdi. Moslikka testlarni javobini to'g'ri talladi. Mustaqil ta'lim topshiriqlarini o'z vaqtida, sifatli bajargan va o'zlashtirgan.
86- 90%	A'lo "5"	Biletida qo'yilgan barcha savollarga talabaning javobi to'liq, ishonch bilan javob beradi. Sindrom buyicha vaziyatli masalani echishda ijodiy fikrlaydi, aniq javob beradi va javobini mantiqan asoslaydi. Javobida odam anatomiyasi, normal fiziologiya va biokimyofanlaridan olgan bilimlarini umumlashtiradi, mustaqil xulosa va qaror qabul qila oladi. Amaliy ko'nikmalarni qadamma –qadam to'g'ri ko'rsatdi. Nazariy kismdagi nafas a'zolariga oid bo'lgan savollarga to'g'ri javob berdi. Testlarni to'g'ri echdi. Moslikka testlarni javobini to'g'ri talladi. Mustaqil ta'lim topshiriqlarini o'z vaqtida, sifatli bajargan va o'zlashtirgan.
81-85%	YAxshi "4"	Biletida qo'yilgan barcha savollarga talabaning javobi to'liq, ishonch bilan javob beradi. Sindrom buyicha vaziyatli masalani echishda

		ijodiy fikrlaydi, lekin asoslashda bir muncha kiynaldi. Javobida odam anatomiyasi, normal fiziologiya va biokimyo fanlaridan olgan bilimlarini umumlashtiradi, mustaqil xulosa va qaror qabul qila oladi. Amaliy kunikmalarni qadamma-qadam tugri kursatdi, lekin bir oz kiynaldi. Nazariy kismdagi nafas a'zolariga oid bulgan savollarga tugri javob berdi. Testlarni tugri echdi. Moslikka testlarni javobinibir muncha kamchiliklar bor. Mustaqil ta'lim topshiriqlarini o'z vaqtida, sifatli bajargan va o'zlashtirgan.
76-80%	Yaxshi "4"	Biletida qo'yilgan barcha savollarga talabning javobi to'liq, ishonch bilan javob beradi. Sindrom buyicha vaziyatli masalani echishda ijodiy fikrlaydi, lekin asoslashda bir muncha kiynaldi. Javobida odam anatomiyasi, normal fiziologiya va biokimyo fanlaridan olgan bilimlarini umumlashtiradi, mustaqil xulosa va qaror qabul qila oladi. Amaliy kunikmalarni qadamma-qadam tugri kursatdi, sindromal diagnostikadagi uzgarishlarni asoslab bera olmadi. Nazariy kismdagi nafas a'zolariga oid bulgan savollarga tugri javob berdi. Testlarni tugri echdi. Moslikka testlarni javobinibir muncha kamchiliklar bor. Mustaqil ta'lim topshiriqlarini o'z vaqtida, sifatli bajargan va o'zlashtirgan.
71-75%	Yaxshi "4"	Biletida qo'yilgan barcha savollarga talabning javobi to'liq, ishonch bilan javob beradi. Sindrom buyicha vaziyatli masalani echishda ijodiy fikrlaydi, lekin asoslashda bir muncha kiynaldi. Javobida odam anatomiyasi, normal fiziologiya va biokimyo fanlaridan olgan bilimlarini umumlashtiradi, mustaqil xulosa va qaror qabul qila oladi. Amaliy kunikmalarni qadamma-qadam tugri kursatdi, sindromal diagnostikadagi uzgarishlarni asoslab bera olmadi. Nazariy kismdagi nafas a'zolariga oid bulgan savollarga tugri javob berdi. Testlarni tugri echdi. Moslikka testlarni javobida bir muncha kamchiliklar bor. Mustaqil ta'lim topshiriqlarini o'z vaqtida, sifatli bajargan va o'zlashtirgan.
66-70%	Qoniqarli "3"	Biletida qo'yilgan savollarning 65-70%ga talaba javob beradi. Vaziyatli masalani echishda ayrim xatoliklarga yo'l qo'yadi. Amaliy ko'nikmalarni bajarishda kamchiliklar bor. Mustaqil ta'lim topshiriqlarini bajarilishi sifati past, o'zlashtirishi etarli darajada emas.
61-65%	Qoniqarli "3"	Biletida qo'yilgan savollarning 60%ga talaba javob beradi. Vaziyatli masalani echishda ayrim xatoliklarga yo'l qo'yadi. Amaliy ko'nikmalarni bajarishda kamchiliklar bor. Mustaqil ta'lim topshiriqlarini bajarilishi sifati past, o'zlashtirishi etarli darajada emas.
55-60%	Qoniqarli "3"	Analitik qismda, amaliy ko'nikmalarni bajarishda qo'pol xatoliklarga yo'l qo'yadi. Mustaqil ta'lim topshiriqlarini sifatsiz bajarilgan.
54%	Qoniqarsiz "2"	Amaliy ko'nikmalarni bajarishni to'g'ri bilmaydi, vaziyatli masalani yecha olmaydi.

Фойдаланиладиган адабиётлар рўйхати **Асосий адабиётлар**

4. Гадаева; Каримов М.Ш.; "Ички касалликлар пропедевтикаси" Т. 2012;
5. Мухин Н.А., Моисеев В.И. "Пропедевтика внутренних болезней", М. 2000.
6. Василенко В.Х., Гребенев А.Л "Пропедевтика внутренних

болезней”, М.1989

Қўшимча адабиётлар

9. Гребенев А.Л. "Пропедевтика внутренних болезней", М. 2001.
- 10.Струтынский А.В. “Основы семиотики заболеваний внутренних органов” М. 2004. МЕДпресс-информ.
- 11.Карабаева Р.А. Практикум по пропедевтике внутренних болезней, 1992.
- 12.Терапия пер. с англ. \ под ред. Чучалина М. 1997.
- 13.Геотар М. Терапевтический справочник Вашингтонского университета, пер. с англ. -1996.
- 14.Textbook. Harrisons principles of internal medicine. Fauci A. Braunwald E ed. McGraw-Hill, 1998.
- 15.Textbook of internal medicine. William N. Kelley ed. Lippincott - Ravenpublishers, 1997.
- 16.Перевод с английского под редакцией акад. РАМН В.Т.Ивашкина “Внутренние болезни по Дэвидсону” Геотар М. 2009

Интернет сайтлари:

- 1.www.tma.uz
- 2.www.ziyonet.uz
- 3.www.medlincs.ru
- 4.www.medbook.ru.
- . <http://www.ziyonet.uz>

www.medunivar.com

www.cebm.net

www.avicenna.med.uz

www.buxdti@buxdtu.uz

www.isinet.com

www.cochrane.org

www.ustoz.com