

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ
ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ

ОЛИЙ ТАЪЛИМ ТИЗИМИ ПЕДАГОГ ВА РАЎБАР КАДРЛАРИНИ ҚАЙТА
ТАЙЁРЛАШ ВА УЛАРНИНГ МАЛАКАСИНИ ОШИРИШНИ ТАШКИЛ ЭТИШ
БОШ ИЛМИЙ - МЕТОДИК МАРКАЗИ

ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ ҲУЗУРИДАГИ ПЕДАГОГ КАДРЛАРНИ
ҚАЙТА ТАЙЁРЛАШ ВА УЛАРНИНГ МАЛАКАСИНИ ОШИРИШ ТАРМОҚ
МАРКАЗИ

“ДАВОЛАШ ИШИ”

йўналиши

**“ТИББИЁТДА ЗАМОНАВИЙ ДИАГНОСТИКА
УСУЛЛАРИ”**

МОДУЛИ БЎЙИЧА

ЎҚУВ - УСЛУБИЙ МАЖМУА

Тошкент – 2017

Мазкур ўқув-услубий мажмуа Олий ва ўрта махсус таълим вазирлигининг 2017 йил 24 августдаги 603-сонли буйруғи билан тасдиқланган ўқув режа ва дастур асосида тайёрланди.

Тузувчилар: ТТА даволаш факултети, 1- сонли факултет ва госпитал терапия кафедраси доценти, Г.С. Агзамова
ТТА тиббий педагогика факултети, 2- сонли факултет ва госпитал терапия кафедраси доценти, З.Ф. Умарова

Такризчи: Duck-Jong Han, M. D., Ph.D,
ASAN MEDICAL CENTER, SEOUL, KOREA.

Ўқув-услубий мажмуа Тошкент тиббиёт академияси Кенгашининг 2017 йил 25 августдаги 1-сонли қарори билан наширга тавсия қилинган.

МУНДАРИЖА

I. Ишчи дастур	1
II. Модулни ўқитишда фойдаланиладиган интерфаол таълим_методлари.....	10
III. Назарий материаллар	29
IV. Амалий машғулот материаллар	82
V. Кейслар банки	104
VI. Мустақил таълим мавзулари	150
VII. Глоссарий.....	151
VIII. Адабиётлар рўйхати	153

I. ИШЧИ ДАСТУР

КИРИШ

“Кадрлар тайёрлаш миллий дастури” ни амалга ошириш узлуксиз таълим тизимининг тузилмаси ва мазмунини замонавий фан ютуқлари ва ижтимоий тажрибага таянган ҳолда туб ислохотларни кўзда тутди. Бунинг учун, аввало, таълим тизимининг барча шаклдаги муассасаларида таълим жараёнини илғор, илмий-услубий жиҳатдан асосланган янги ва замонавий услубият билан амалда таъминлаш лозим. Ёш авлодга таълим-тарбия беришнинг мақсади, вазифалари, мазмуни, услубий талабларига кўра фан, техника ва илғор технология ютуқларидан унумли фойдаланиш бугунги таълим тизими олдида турган долзарб муаммолардан бири ҳисобланади. Ўзбекистон Республикаси Президентининг “Олий таълим муассасалари раҳбар ва педагог кадрларини қайта тайёрлаш ва уларнинг малакасини ошириш тизимини янада такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида” ги 2015 йил 12 июндаги ПФ-4732 сонли Фармони

Юқоридагилардан келиб чиққан ҳолда аҳолига кўрсатилаётган тиббий хизматнинг сифати ва самарасини ошириш учун тиббиёт ходимларида, айниқса тиббиёт кадрларини тайёрлашга масъул бўлган профессор – ўқитувчиларининг тиббиёт фани бўйича билим, кўникма ва малакаларини ошириш ҳозирги даврнинг долзарб масалаларидан биридир. Шу ўқув услубий мажмуада терапиянинг долзарб масалалари ва уларнинг фармакотерапияси - терапевтик касалликларни даволаш стандартлари ва клиник протоколлари. Терапевтик касалликларни интегрирлашган усулда даволаш. Терапияда учрайдиган шошилиш ҳолатларда тез ёрдам кўрсатиш шарт-шароитлари ва бошқа юқори технологияларни кулланади. Терапия йўналишида жаҳон тиббиётида кенг қўлланилаётган даволаш технологияларини қўллашига катта аҳамият берилади.

Ўзбекистон соғлиқни сақлаш тизимида кадрларни тайёрлашда муҳим ўрин эгаллайди. Шунини ҳисобга олиб, даволаш иши терапия фани бўйича ушбу дастур тузилди ва унга асосан ўқув қўлланмалар, тарқатма материаллар тайёрланди. Тошкент Тиббиёт Академияси қошидаги раҳбар ва педагог ходимларни қайта тайёрлаш ва малакасини ошириш тармоқ марказида барча тиббиёт йўналишлари профессор ўқитувчилари учун асосий фан сифатида ўқитилмоқда.

Модулнинг мақсади ва вазифалари

“ТИББИЕТДА ЗАМОНАВИЙ ДИАГНОСТИКА УСУЛЛАРИ”

модулининг мақсади: педагог кадрларни қайта тайёрлаш ва малака ошириш курс тингловчиларини тиббиётдаги бугунги кунда қўлланилаётган замонавий диагностика усуллари билан таништириш.

“ТИББИЕТДА ЗАМОНАВИЙ ДИАГНОСТИКА УСУЛЛАРИ”

модулининг вазифалари:

- терапия фанларини ўқитишда педагогик фаолият, олий таълимда ўқитиш жараёнинини технологиялаштириш билан боғлиқликда юзага келаётган муаммоларни аниқлаштириш;
- тингловчиларнинг терапия фанлари муаммоларини таҳлил этиш кўникма ва малакаларини шакллантириш;
- терапевтик касалликларни ташхислашда бугунги кунда қўлланилаётган замонавий диагностика усуллари билан таништириш.

Модулни ўзлаштиришга қўйиладиган талаблар

“ТИББИЕТДА ЗАМОНАВИЙ ДИАГНОСТИКА УСУЛЛАРИ”

модулни ўзлаштириш жараёнида амалга ошириладиган масалалар доирасида тингловчилар:

- терапия фанларини ўқитишда педагогик фаолият билан боғлиқликда юзага келадиган муаммолар ва уларни ҳал этиш стратегиялари; замонавий педагогик атамаларни қўллаш билан боғлиқ муаммолар; олий таълимда илғор педагогик технологияларни қўллаш билан боғлиқ муаммолар ва уларни ҳал этиш йўлларини билиши керак;
- замонавий терапия фанлари муаммоларига доир кейслар тузиш, улардан амалиётда қўллаш кўникмаларига эга бўлиши зарур;
- терапия фанларининг муаммоларини аниқлаш, таҳлил этиш, баҳолаш ва умумлаштириш малакаларини эгаллаши лозим.

Модулнинг якунида тингловчиларнинг билим, кўникма ва малакалари ҳамда компетенцияларига қўйиладиган талаблар:

Тингловчи:

- даволаш иши йўналиши фанининг асосий назарий ва амалий соҳаларда эришган ютуқлари, муаммолари ва уларнинг ривожланиш истиқболларини;
- даволаш иши фанини фундаментал ва амалий жиҳатларини;
- даволаш иши йўналиши соҳасидаги инновацияларни ва таълим технологияларини ўқув жараёнига татбиқ этишнинг назарий ва амалий асослари;

- даволаш иши йўналиши соҳасидаги мутахассисларга қўйиладиган замонавий талабларни;
- даволаш иши йўналиши соҳасидаги касалликларни ва уларнинг ривожланиш босқичларини;
- даволаш иши йўналиши касалликлар диагностикаси ва даволаш стандартларини;
- даволаш иши йўналиши касалликларнинг кечиш хусусиятларини **билиши** керак.

Тингловчи:

- даволаш иши йўналиши фанларини ўқитишда илғор таълим технологияларидан самарали фойдаланиш;
- даволаш иши йўналиши касалликларнинг ривожланиш босқичларидан келиб чиққан ҳолда уларга ёндашиш;
- даволаш иши йўналиши касалликларга социал-демографик муаммолардан келиб чиққан ҳолда ташхис қўйиш;
- замонавий диагностика, даволаш ва профилактика усулларида самарали фойдаланиш;
- даволаш иши йўналиши касалликларнинг интегрирлашган усулда даволаш **кўникмаларига** эга бўлиши лозим.

Тингловчи:

- даволаш иши йўналиши соҳасида замонавий диагностик усулларида фойдаланиш;
- даволаш иши йўналиши касалликларнинг кечиш динамикасини аниқлаш
- даволаш иши йўналиши даволашда юқори технологияларни қўллаш.
- даволаш иши йўналиши касалликларида профилактикани ўрни
- даволаш иши йўналиши фанларини ўқитишда муаммоли педагогик вазиятларга инновацион ёндашиш **малакаларига** эга бўлиши зарур.

Тингловчи:

- даволаш иши йўналиши касалликлар диагностикасида ва даволашда илғор хорижий тажрибаларни амалиётда қўллаш;

- даволаш иши йўналишида учрайдиган шошилиш ҳолатларда тез ёрдам кўрсатиш;
- даволаш иши йўналишида каминвазив усулларни қўллаш;
- даволаш иши йўналиши касалликларни даволашда лазер технологияларидан фойдаланиш;
- беморларнинг жисмоний, руҳий ва клиник хусусиятларини инобатга олган ҳолда даволаш;
- даволаш иши йўналишида операцияларни ўтказишда замонавий диагностик усулларни қўллаш **компетенцияларига** эга бўлиши лозим.

Модулнинг ўқув режадаги бошқа модуллар билан боғлиқлиги ва узвийлиги

Модул мазмуни ўқув режадаги “Диагностикасида юқори технологияларни қўллаш” ва “Тиббиётда профилактика ўрни” ўқув модуллари билан узвий боғланган ҳолда педагогларнинг касбий педагогик тайёргарлик даражасини орттиришга хизмат қилади.

Модулнинг олий таълимдаги ўрни

Модулни ўзлаштириш орқали тингловчилар терапевтик муаммоларни аниқлаш, уларни таҳлил этиш ва баҳолашга доир касбий компетентликка эга бўладилар.

Модул бўйича соатлар тақсимоти

№	Модул мавзулари	Тингловчининг ўқув юкلامаси, соат					
		Ҳаммаси	Аудитория ўқув юкلامаси				Мустақил таълим
			жами	жумладан			
		назарий		амалий машғулот	Кўчма машғулот		
1.	Артериал гипертониялар. Замоनावий диагностика усуллари	6	6	2	2	2	
2	Юрак ишемик касалликни ва унинг асоратларини ташхислашда замоनावий диагностика усуллари қўллаш	6	6	2	2	2	
3.	Сурункали буйрак касаллигларни ташхислашда замоनावий диагностика усуллари қўллаш	6	6	4	2		
4	Ошқозон ва 12 бармоқ ичакнинг яра касаллигини ташхислашда замоनावий диагностика усуллари қўллаш	8	6	2	2	2	2
5	Жигар касалликларни ташхислашда замоनावий диагностика усуллари қўллаш	6	6	2	2	2	
6	Бириктирувчи туқиманинг системали касалликларни ташхислашда замоनावий диагностика усуллари қўллаш	6	6	2	2	2	
7	Ўпка касалликларни ташхислашда замоनावий диагностика усуллари қўллаш	6	4	2		2	2
	Жами	44	40	16	12	12	4

НАЗАРИЙ МАШҒУЛОТЛАР МАЗМУНИ

1- мавзу: Артериал гипертониялар (АГ). Замоनावий диагностика усуллари.
АГ нинг долзарб муаммолари, тарқалиши.
АГ ташхислашда замоनावий клинико-лаборатор диагностик усуллари қўллаш
АГ ни ташхислашда замоनावий инструментал диагностик усуллари қўллаш

2- мавзу: Юрак ишемик касаллики ва унинг асоратларини ташхислашда замоनावий диагностика усуллари қўллаш.
ЮИК нинг долзарб муаммолари, тарқалиши.
ЮИК нинг замоनावий таснифи ва диагностикаси
ЮИК ни ташхислашда замоनावий клинико-лаборатор диагностик усуллари қўллаш
ЮИК ни ташхислашда замоनावий инструментал диагностик усуллари қўллаш

3-мавзу: Сурункали буйрак касаллиги (СБК). Сурункали буйрак касаллиглари ташхислашда замоनावий диагностика усуллари қўллаш.

СБК хақида ва унинг тарқалиши хақида тушунча бериш
СБК нинг замоनावий таснифи ва ташхислаши
СБК ни ташхислашда замоनावий диагностика усуллари қўллаш .

4-мавзу: Ошқозон ва 12 бармоқ ичакнинг яра касаллигини ташхислашда замоनावий диагностика усуллари қўллаш.

Ошқозон ва 12 бармоқ ичакнинг яра касаллиги хақида ва унинг тарқалиши хақида тушунча бериш
Ошқозон ва 12 бармоқ ичакнинг яра касаллигини замоनावий таснифи ва ташхислаши
Ошқозон ва 12 бармоқ ичакнинг яра касаллигини ташхислашда замоनावий диагностика усуллари қўллаш

5-мавзу: Жигар касалликларни ташхислашда замонавий диагностика усуллари қўллаш

Жигар касалликлар ва уларнинг тарқалиши хақида тушунча бериш. Жигар касалликларнинг замонавий таснифи ва ташхислаши.

Жигар касалликларни ташхислашда замонавий диагностика усуллари қўллаш.

6 – мавзу: Бириктирувчи туқиманинг системали касалликларни ташхислашда замонавий диагностика усуллари қўллаш

Бириктирувчи туқиманинг системали касалликлар ва уларнинг тарқалиши хақида тушунча бериш.

Бириктирувчи туқиманинг системали касалликларнинг замонавий таснифи ва ташхислаши.

Бириктирувчи туқиманинг системали касалликларни ташхислашда замонавий диагностика усуллари қўллаш.

7- мавзу: Ўпка касалликларни ташхислашда замонавий диагностика усуллари қўллаш

Ўпка касалликлар ва уларнинг тарқалиши хақида тушунча бериш.

Ўпка касалликларнинг замонавий таснифи ва ташхислаши.

Ўпка касалликларни ташхислашда замонавий диагностика усуллари қўллаш

АМАЛИЙ МАШҒУЛОТ МАЗМУНИ

1 –амалий машғулот: Артериал гипертониялар (АГ). Замонавий диагностика усуллари.

“Артериал гипертония” мазмуннинг моҳияти, таърифи, тарқалиши, ички касалликлар патологиясида ўрни ва ахамияти айтиб ўтилади.

Артериал гипертониянинг ташхислашда замонавий диагностика усуллари тўғрисида маълумотлар берилади ва лаборатор, инструментал. Симптоматик артериал гипертониянинг ҳар хил турларидаги узига хос замонавий диагностика усуллари билан таништирилади ва ташхис қуйиш ўргатилади.

Вазиятли масалалар, тестлар ечадилар, ЭКГ-ларни таҳлил қилиш.

Кейс: “Артериал гипертония.Замонавий диагностика”

Яқуний қисм.Хулоса.

2-амалий машғулот: Юрак ишемик касалликни ва унинг асоратларини диагностикасида юқори технологияларни қўллаш.

Миокард инфарктнинг долзарб муамоллари, мазмуннинг моҳияти, тарқалиши, ички касалликлар патологиясида ўрни ва ахамияти айтиб ўтилади.

Миокард инфаркти таснифи билан, клиникаси ва унда кузатиладиган синдромлар билан ва миокард инфарктнинг атипик шакллари билан таништирилади миокард инфарктнинг ва унинг асоратларини ташхислашда замонавий диагностика усуллари тўғрисида маълумотлар берилади: лаборатор, инструментал ва ташхис куйиш .

Вазиятли масалалар, тестлар ечадилар, ЭКГ ларни тахлил киладилар.

Кейс “ Юрак ишемик касаллиги. Миокард инфарктининг атипик шакллари, асоратлари”

3-амалий машғулот: Сурункали буйрак касаллигини диагностикасида юкори технологияларни қўллаш

СБК-нинг долзарб масалалари, мазмуннинг мохияти, тарқалиши, ички касалликлар патологиясида ўрни ва ахамияти айтиб ўтилади.

СБК-нинг этиологияси ва патогенези тўғрисида маълумотлар берилади; СБК-нинг таснифи билан, клиникаси ва унда кузатиладиган синдромлар билан , шакллари билан таништирилади ва ташхислашда замонавий лаборатор ва инструментал диагностик усуллари билан таништириш. Ташхис куйиш принциплари.

Аналитик қисмида тингловчилар вазиятли масалалар, тестлар ечадилар, анализлар тахлил килиш.

Кейс: “Сурункали буйрак касаллиги”

Якуний қисм. Хулоса

4-амалий машғулот:

Ошкозон ва 12 бармоқ ичакнинг яра касаллигини диагностикасида юкори технологияларни қўллаш.

Ошкозон ва 12 бармоқ ичакнинг яра касаллигини долзарб муамоллари, мазмуннинг мохияти, тарқалиши, ички касалликлар патологиясида ўрни ва ахамияти айтиб ўтилади.

Ошкозон ва 12 бармоқ ичакнинг яра касаллигини таснифи билан, клиникаси ва унда кузатиладиган синдромлар билан таништирилади ва ташхислашда замонавий лаборатор ва инструментал диагностик усуллари. Вазиятли масалалар, тестлар ечадилар, анализларларни тахлил килиш.

Кейс: “Ошкозон ва 12 бармоқ ичакнинг яра касаллиги. Янги диагностик ва даволаш усуллари”.

5-амалий машғулот: Жигар касалликларни ташхислашда замонавий диагностика усуллари қўллаш.

Жигар касалликларни долзарб муамоллари, мазмуннинг мохияти, тарқалиши, ички касалликлар патологиясида ўрни ва ахамияти айтиб ўтилади.

Жигар касалликларни таснифи билан, клиникаси ва унда кузатиладиган синдромлар билан таништирилади ва ташхислашда замонавий лаборатор ва инструментал диагностик усуллари билан таништириш.

Вазиятли масалалар, тестлар ечадилар, анализларларни тахлил килиш.

Кейс: “Жигар циррози. Янги диагностик”.

6- амалий машғулот: Бириктирувчи туқиманинг системали касалликларни даволашда юқори технологияларни қўллаш.

Бириктирувчи туқиманинг системали касалликларни долзарб масалалари, мазмуннинг моҳияти, тарқалиши, ички касалликлар патологиясида ўрни ва аҳамияти айтиб ўтилади.

Бириктирувчи туқиманинг системали касалликларни клиникаси ва унда кузатиладиган синдромлар билан, шакллари билан таништирилади ва ташхислашда замонавий диагностика усуллари қўллаш принциплари.

Тингловчилар вазиятли масалалар, тестлар ечадилар, анализлар тахлил килиш.

Кейс: “Бириктирувчи туқиманинг системали касалликлари”.

Хулоса

7-амалий машғулот: Ўпка касалликларни ташхислашда замонавий диагностика усуллари қўллаш.

Ўпка касалликларни долзарб муамоллари, мазмуннинг моҳияти, тарқалиши, ички касалликлар патологиясида ўрни ва аҳамияти.

Ўпка касалликларни таснифи билан, клиникаси ва унда кузатиладиган синдромлар билан таништирилади ва ташхислашда замонавий лаборатор ва инструментал диагностик усуллари билан таништириш.

Вазиятли масалалар, тестлар ечадилар, анализларларни тахлил килиш.

ЎҚИТИШ ШАКЛЛАРИ

Мазкур модулнинг назарий материални ўзлаштиришда қуйидаги:

→ *ўқув ишини ташкиллаштиришнинг интерфаол шаклидан:* бинар-маъруза, провакацион маъруза, савол-жавобли маъруза, суҳбат-маърузалар орқали ташкиллаштириш назарда тутилган.

→ *ўқув фаолиятини ташкил этиш шаклари сифатида қуйидагилардан фойдаланиш назарда тутилган:*

- маъруза машғулотларида оммавий, жуфтлик, индивидуал;

- амалий машғулотларда гуруҳли, жамоавий, жуфтлик, индивидуал.

БАҲОЛАШ МЕЗОНИ

№	Ўқув-топшириқ турлари	Максимал балл	Баҳолаш мезони			
		2,5	“аъло”	“яхши”	“ўрта”	“қоникарсиз”
1.	Назарий билим	1,5	2,2-2,5	1,8-2,1	1,4-1,7	1,4 <
2.	Амалий кўникма	1				

Кўчма машғулотлар:

кўчма машғулотлар - Тошкент тиббиёт академияси кафедраларда, УАШ ПОК модулларда, Республика ихтисослаштирилган терапия ва тиббий реабилитация илмий амалий тиббиёт маркази, Республика ихтисослаштирилган кардиология маркази, Республика ихтисослашган эндокринология илмий амалий тиббиёт маркази ва республика шифохоналарда, тиббиёт марказларда ўтказилади.

II . МОДУЛНИ ЎҚИТИШДА ФОЙДАЛАНИЛАДИГАН ИНТРЕФАОЛ ТАЪЛИМ МЕТОДЛАР

”КИМ КЎПРОҚ, КИМ ТЕЗРОҚ?” иш ўйинини ўтказиш усули: Иш учун зарур:

1. Мавзу бўйича саволлар ёзилган карточкалар (карточкаларнинг сони гуруҳдаги тингловчилар сонига тенг; ҳар бир карточкада 5 тадан савол бор).
2. Секундомер.

Ишнинг бориши:

1. Ўйин оғзаки тарзда ўтказилади
2. Тингловчилар навбат билан саволли карточкаларни тўпламдан суғуриб оладилар.
3. Ҳар бир талаба 3 дақиқа давомида карточкада ёзилган саволлар тўпламига (5) оғзаки жавоб беради.
4. Ўқитувчи тўғри жавоблар сонини ҳисоблайди.
5. Ўйинда барча тингловчилар қатнашадилар
6. Ўйиннинг умумий вақти – 45 дақиқа
7. Тўғри жавоблар берилмаган саволлар муҳокама қилинади.
8. Тингловчиларнинг жавоблари қуйидаги шаклда баҳоланади:
5 та тўғри жавоб – 100 балл
4 та тўғри жавоб – 80 балл
3 та тўғри жавоб – 60 балл
2 та тўғри жавоб – 40 балл
1 та тўғри жавоб – 20 балл
0 та тўғри жавоб – 0 балл
9. Тингловчилар олган балл машғулотнинг жорий баҳосини қўйишида ҳисобга олинади.
10. Жариданинг пастки бўш қисмида иш ўйинининг ўтказилганлиги ҳақида маълумот гуруҳ сардорининг имзоси билан белгиланади.

«МИОКАРД ИНФАРКТИ КЕЧИШИНИНГ АТИПИК ШАКЛЛАРИ» бўйича

1. «Ким кўпроқ, ким тезроқ?» иш ўйини.

Иш ўйинини ўтказиш учун саволлар:

1. Миокард инфарктига тушунча беринг.
2. Миокард инфарктининг этиологияси.
3. Миокард инфарктининг патогенези.
4. Миокард инфарктининг хавфли омилларни айтинг.
5. Миокард инфарктининг таснифи,

6. Миокард инфарктининг клиникаси.
7. Миокард инфарктининг атипик шакллари сананг.
8. Миокард инфарктининг абдоминал шаклини айтинг.
9. Миокард инфарктининг астматик шаклини айтинг.
10. Миокард инфарктининг аритмик шаклини айтинг.
11. Миокард инфарктининг белгиларсиз шаклини айтинг.
12. Миокард инфарктидаги оғриқнинг атипик жойлашувли шаклини айтинг
13. Миокард инфарктининг диспептик шаклини айтинг
14. Миокард инфарктининг шишли шаклини айтинг
15. Миокард инфарктининг ўнг қоринча етишмовчилиги шаклини айтинг
16. Миокард инфарктининг коллаптоидли шаклини айтинг
17. Миокард инфарктининг асоратларини сананг.
18. Кардиоген шок ҳақида сўзланг.
19. Ўпка шиши ҳақида сўзланг.
20. Ритм бузилишлари турларини айтиб беринг.
21. Дресслер синдромини сўзлаб беринг.
22. Миокард инфарктида умумий қон таҳлилларида нималар кузатилади?
23. Қоннинг биохимик таҳлилларида нималар аниқланади?
24. Кардиоспецифик маркерлар нима?
25. ЭКГ текширувидаги ўзгаришларни айтиб беринг.
26. Ўта ўткир босқичида ЭКГда нималар кузатилади?
27. Ўткир босқичида ЭКГда нималар кузатилади?
28. Ўткир ости босқичида ЭКГда нималар кузатилади?
29. Чандиқланиш босқичида ЭКГда нималар кузатилади?
30. Миокард инфарктининг диагностикасини айтиб беринг.
31. Миокард инфарктининг қиёсий ташхисини сўзланг.

“Сурункали юрак етишмовчилиги (СЮЕ)”.
“Ким кўпроқ ва ким тезроқ?”иш ўйини:

1. Кичик қон айланиш доирасини схематик равишда чизинг
2. Катта қон айланиш доирасини схематик равишда чизинг.
3. Юрак етишмовчилигига таъриф беринг.
4. Юрак етишмовчилигининг этиологияси.
3. Нью-Йорк кардиологлари уюшмаси бўйича СЮЕ нинг таснифи
4. СЮЕ нинг патогенези
5. СЮЕ нинг клиникаси
6. Чап қоринча етишмовчилигининг клиник кўринишини айтинг.
7. Ўнг қоринча етишмовчилигининг клиник кўринишини айтинг.
8. СЮЕ нинг диагностик мезонларини сананг.
9. «Юракнинг олд- ва пост юклама» деганда нимани тушунасиз?.
10. СЮЕ нинг Фремингем бўйича мезонлари?
11. СЮЕ нинг лаборатор-нструментал диагностикаси
12. СЮЕ ни қиёсий таққослаш.

**“СУРУНКАЛИ БУЙРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ” мавзуси бўйича
«Ким кўпроқ, ким тезроқ?» иш ўйини.**

Иш ўйинини ўтказиш учун саволлар:

1. Сурункали буйрак етишмовчилигига тушунча беринг.
2. Сурункали буйрак етишмовчилигига қайси касалликлар олиб келади?
3. Буйракларнинг асосий функциялари.
4. Буйракларнинг асосий функцияларини ҳарактерловчи лаборатор кўрсаткичларни сананг.
5. Умумий қон ва сийдик таҳлилларида нималар кузатилади?
6. Қоннинг биохимик таҳлилларида нималар аниқланади?
7. Буйраклар УТТ текширувида қандай натижалар кузатилади?
8. Реберг синамаси нимава у нимани ҳарактерлайди?
9. Зимницкий синамаси қандай ўтказилади ва унинг аҳамияти.
10. Лопаткин бўйича сурункали буйрак етишмовчилигининг босқичларини сананг.
11. Сурункали буйрак етишмовчилигининг клиникаси.
12. Сурункали буйрак етишмовчилигида юрак қон-томир тизимидаги ўзгаришлар?
13. Сурункали буйрак етишмовчилигида сув-электролит алмашинуви бузилишлари.
14. Сурункали буйрак етишмовчилигида фосфор-кальций алмашинуви бузилишлари.
15. Сурункали буйрак етишмовчилигида КИМ (кислота-ишқор мувозвнати) қандай аниқланади?

“ЎРГИМЧАК ТЎРИ” иш ўйини:

- 1-қатнашчи:**
1. Миокард инфарктига тушунча беринг
 2. Миокард инфаркти асоратларининг олдини олиш ҳақида сўзланг.
- 2-қатнашчи:**
1. Миокард инфарктининг этио-патогенези.
 2. Миокард инфарктини дагностикасининг асосий принципларини сананг
- 3-қатнашчи:**
1. Миокард инфарктининг таснифи
 2. Миокард инфарктининг қиёсий ташхисини сўзланг
- 4-қатнашчи:**
1. Миокард инфарктининг клиникаси
 2. Кардиоген шокда қўлланиладиган асосий тадбирларни айтинг
- 5-қатнашчи:**
1. Миокард инфарктининг атипик шаклларини сананг
 2. Ўпка шишини диагностикачини сўзланг.
- 6-қатнашчи:**
1. Миокард инфарктининг абдоминал шаклини айтинг
 2. Дресслер синдромини диагностикачини сўзланг.

7-қатнашчи: 1. Миокард инфарктининг астматик шаклини айтинг
2. Ритм бузилишларини диагностикачини сўзланг

8-қатнашчи: 1. Миокард инфарктининг аритмик шаклини айтинг
2. Миокард инфарктининг лаборатор диагностикаси.

9-қатнашчи: 1. Миокард инфарктининг инструментал (ЭКГ, УТТ) диагностикаси.
2. Дресслер синдромини сўзлаб беринг

10-қатнашчи: 1. Миокард инфаркти босқичларининг ЭКГ даги ўзгаришлари?
2. Миокард инфарктини даволашда қўлланиладиган асосий препаратлар гуруҳи

Графикли органайзерлар техникаси.

I. Маълумотларни таркиблаштириш ва таркибий бўлиб чиқиш, ўрганилаётган тушунчалар (ходисалар, воқеалар, мавзулар ва шу кабилар) ўртасида алоқа ва алоқадорликни ўрнатишнинг йўли ва воситалари.

1. Кластер – (Кластер-тутам, боғлам) – ахборот харитасини тузиш йўли – барча тузилманинг моҳиятини марказлаштириш ва аниқлаш учун қандайдир бирор асосий омил атрофида ғояларни йиғиш. Билимларни фаоллаштиришни тезлаштиради, фикрлаш жараёнига мавзу бўйича янги ўзаро боғланишли тасаввурларни эркин ва очиқ жалб қилишга ёрдам беради.

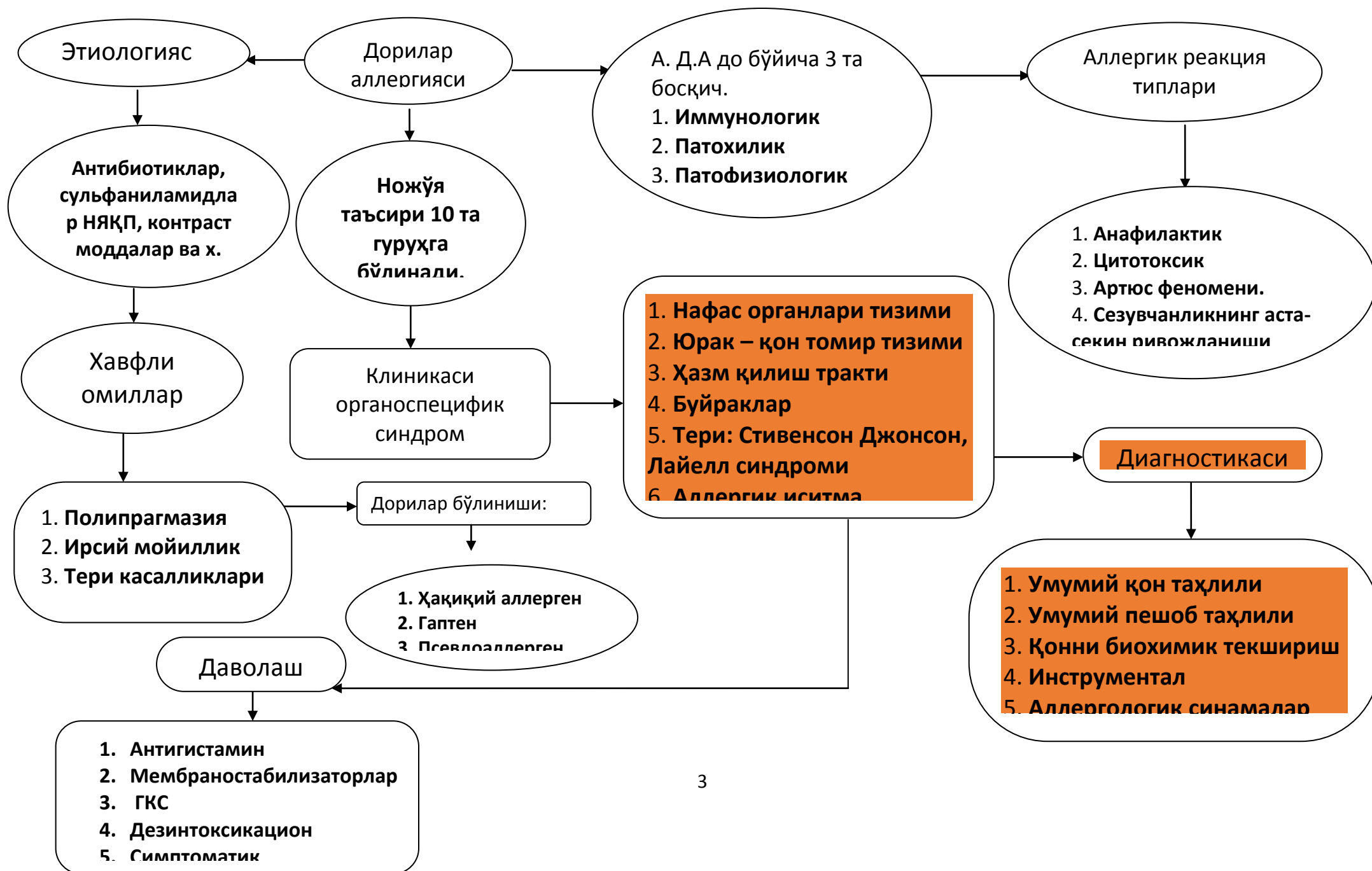
Тингловчилар Кластерни тузиш қондаси билан танишадилар. Ёзув тахтаси ёки қатта қоғоз варағининг ўртасига асосий сўз ёки 1-2 сўздан иборат бўлган мавзу номи ёзилади. Бирикма бўйича асосий сўз билан унинг ёнида мавзу билан боғлиқ сўз в таклифлар кичик доирачалар “йўлдошлар” ёзиб қўшилади. Уларни асосий сўз билан чизиқлар ёрдамида бирлаштирилади. Ёзув ажратилган вақт давомида ёки ғоялар тугагунча давом этиши мумкин.

Муҳокама учун кластерлар билан алмашинадилар.

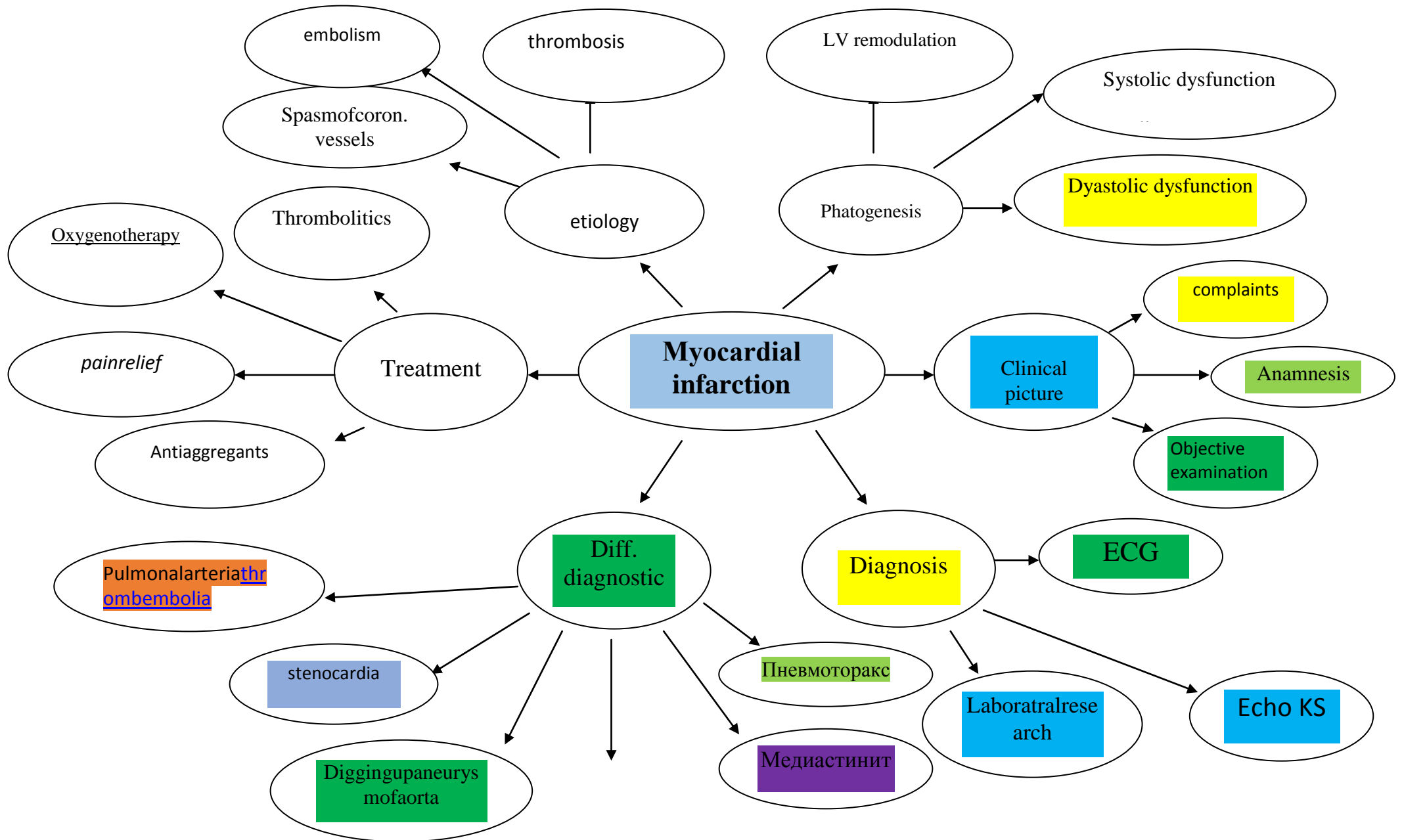
Кластерни тузиш қондаси:

1. Ақлингизга нима келса, барчасини ёзинг. Ғоялари сифатини муҳокама қилманг фақат уларни ёзинг.
2. Хатни тўхтатадиган имло хатоларига ва бошқа омилларга эътибор берманг.
3. Ажратилган вақт тугагунча ёзишни тўхтатманг. Агарда ақлингизда ғоялар келиши бирдан тўхтаса, у ҳолда қачонки янги ғоялар келмагунча қоғозга расм чизиб турунг.

«Дорилар аллергияси» мавзуси бўйича «Тоифалаш» жадвали.



MINISTRY OF HEALTH OF CLUSTER ON THE TOPIC "Myocardial infarction"

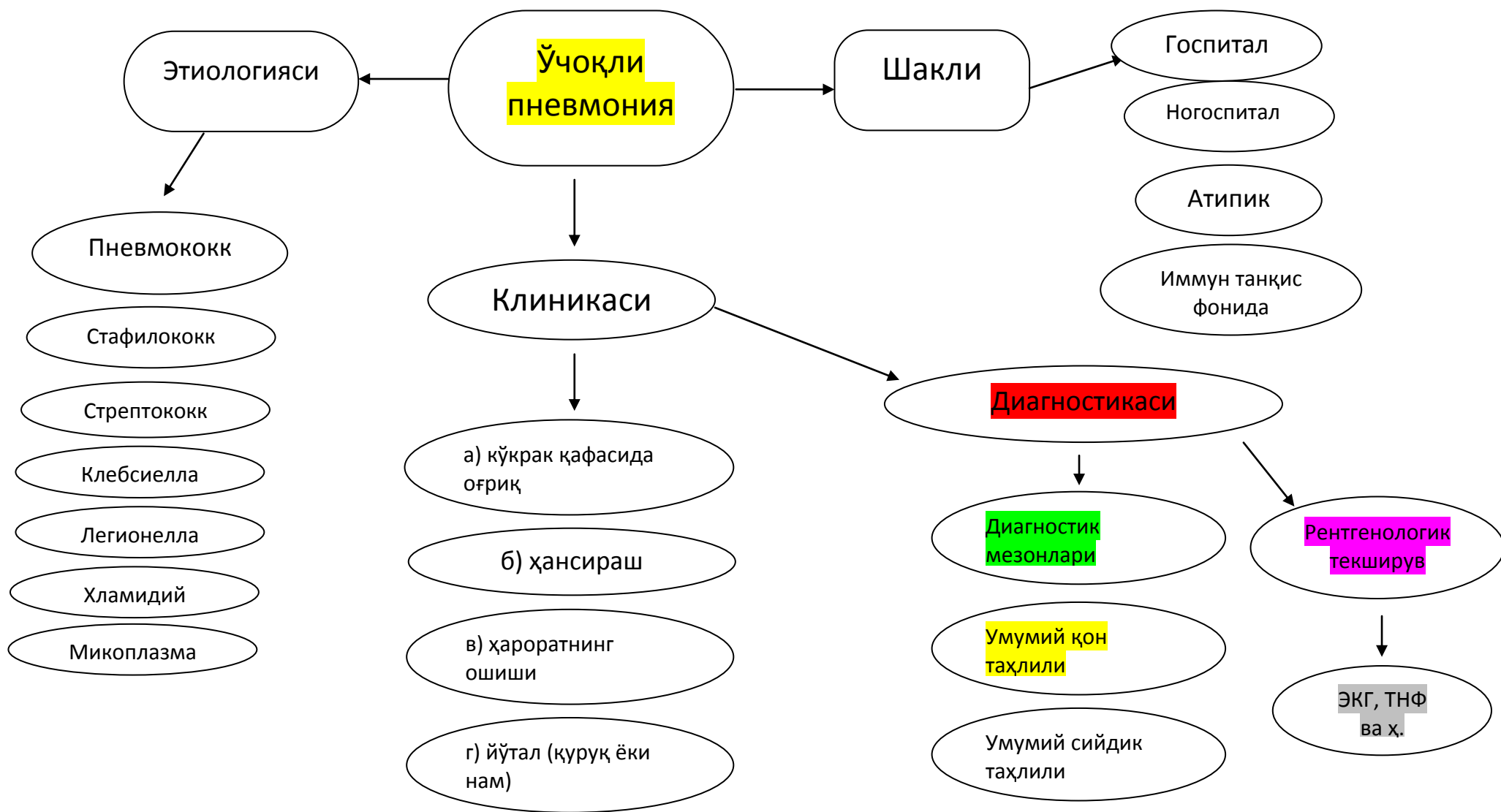


pericarditis

“Кардиомиопатиялар” мавзуси бўйича “Тоифа” диаграммаси



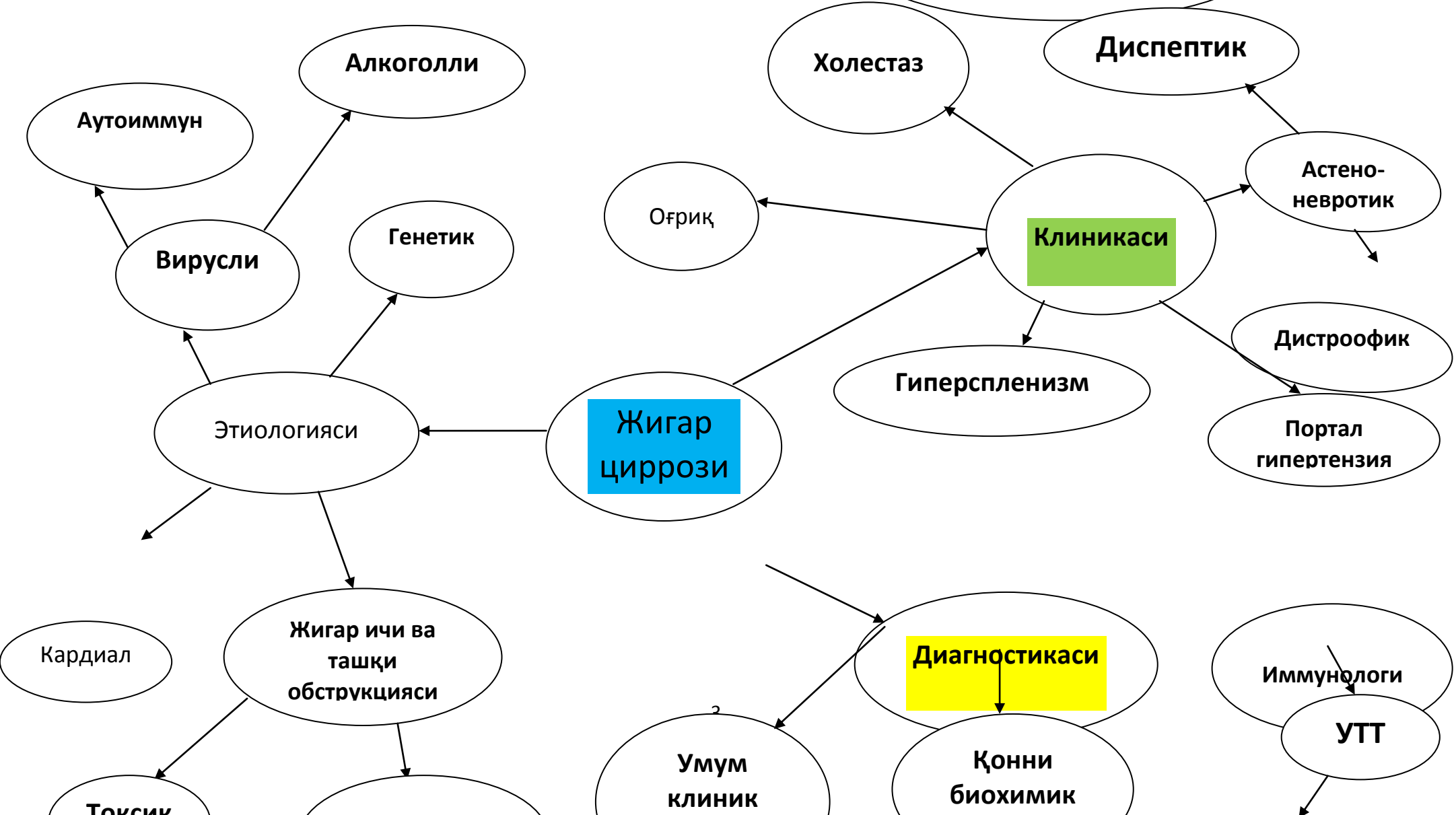
“Ўчоқли пневмониялар” амалий машғулоту бўйича «Кластер» жадвали



д) интоксикацион синдром

ЖИГАР ЦИРРОЗИ МАВЗУСИ БЎЙИЧА “КЛ.

Умумий балғам таҳлили,
Иммунологик, биохимик текшириш (кўрсатмага биноан)





2. Тоифалаш жадвали.

Тоифа – хусусият ва муносабатларни муҳимлигини намоён қилувчи (умумий) аломат. Ажратилган аломатлар асосида олинган маълумотларни бирлаштиришни таъминлайди. Тизимли фикрлаш маълумотларни тузилмага келтириш, тизимлаштириш кўникмаларини ривожлантиради.

Тоифалаш шарҳини тузиш қондаси:

1. Тоифалар бўйича маълумотларни тақсимлашнинг ягона усули мавжуд эмас.
2. Битта мини – гуруҳда тоифаларга ажратиш бошқа гуруҳда ажратилган тоифалардан фарқ қилиши мумкин.
3. Таълим олувчиларга олдиндан тайёрлаб қўйилган тоифаларни бериш мумкин эмас бу уларнинг мустақил танлови бўла қолсин.

3. Концептуал жадвал – ўрганилаётган ҳодиса, тушунча, фикрларни икки ва ундан ортиқ жиҳатлари бўйича таққослашни таъминлайди. Тизимли фикрлаш, маълумотларни тузилмага келтириш, тизимлаштириш кўникмаларини ривожлантиради.

“Подагра” амалий машғулоти бўйича концептуал жадвал. Подаграни киёсий таккослаш:

Белгилари	Подагра	РА	ДОА
1. Беморни жинси	Эр-90%	Аёл -75%	Аёл-50%
2. Ёши	30-40	30-40	50
3. Эрталабки бугим котиши			

.Артритнинг бошланиши уткир артрит	йук	деярли хар куни	баъзан
5. Плюсне-фаланг бугим	йук	аста-секин	аста-секин
6. Шикастланган бугимлар сони	тусатдан	баъзан	жуда кам
7. Яллигланиш жараёни белгилари	60-70%	полиартрит	моно ёки полиартроз
8. Огрик	моно-	уртача	баъзан
9. Трофиканинг узгариши	полиартрит	уртача узок вақт	енгил харакат
10. Иситма	камрок	деярли хамма вақт	килганда
11. Тофуслар	яккол	субфебрил узок	
12. Колхициноз	уткир 3-10 кун	вақт	кам ривожланган
13. Лаборатор курсаткичлари	йук	кечкурун	баъзан
14. Лейкоцитлар	уртача ошган	тизза бугими	Геберден тугунчалари
15. ЭЧТ	30-40%	тугунчалари	йук
16. Гиперури- кемия	беморларда	5-20%	йук
17. Бугим суюклигини текшириш	хар доим мусбат ошган	йук	нормада
18. Рентген белгиси	хар доим ошган	баъзан	камдан-кам
	сарик тиник	яккол ошган	сарик - тиник
	урат	йук	
	кристаллари	сарик-кукимтир	остеосклероз,
	кисталар ёки	4 даражали,	субхондрал
	«уйик белгиси»	характерли	
		узгариш-анкилоз	

“Носпецифик ярали колит” мавзуси бўйича “Венн” диаграммаси

Носпецифик ярали колит

1. Асосан тўғри ичакнинг зарарланиши хос.
2. Йўғон ичак шиллиқ қаватининг некротик яллиғланиши, яра, геморрагиялар хосил бўлиши хос.
3. Микроскопик: эритроцит, лейкоцитлар, шиллиқ хос.
4. Ирригоскопияда: шиллиқ қават шиш, псевдополипоз, гаустраларнинг йўқолиши, шиллиқ қаватнинг “донадор - симон” ўзгариши хос.
5. Даволашда базис терапия хос.
6. Асоратлари: қон кетиш, стриктура, полип, йўғон ичак раки.

1. Йўғон ичакнинг яллиғланиш касаллиги
2. Диарея, ҳароратнинг кўтарилиши интоксикацион синдром хос.
3. Лаборатор-инструментал текширувлар ташхисни асослайди
4. Даволашда умумий ўхшашлик
5. Асоратларнинг кўплиги

Крон касаллиги

1. Асосан ёнбош ичакнинг терминал қисми (85-90%) зарарланади
2. Йўғон ичак ва ингичка ичакнинг носпецифик гранулематоз яллиғланиш, яра, ташқи ва ички оқмалар перианал абсцесслар
3. Микроскопик: лимфоцитлар, эозинофиллар, Пирогов-Ланганс гигант хужайралари.
4. Ирригоскопияда: “афтодли” ўчоқли яралар, тўғноғичсимон кўприкчалар хос.
5. Базис терапия хос эмас.
6. Асоратлари: ташқи ва ички стриктура, перианал абсцесс.

СИСТЕМ ВАСКУЛИТЛАР мавзуси бўйича ВЕНН ДИАГРАММАСИ

Носпецифик аортоартериит

(Argend ва бошқалар)

1. Касалликнинг 40 ёшгача бошланиши;
 2. “Ўрин алмашинуви чўлоқлик” синдроми (оёқ мушакларида ҳаракатланиш вақтида бўшашиш ва оғриқ.);
 3. Бир ёки икки томондаги елка артериясида пульснинг сусайиши;
 4. Елка артерияларида А/Б нинг 10мм сим.уст.га фарқ қилиши;
 5. Ўмров ости артерияларида ёки қорин аортасида шовқиннинг мавжудлиги;
 6. Ангиографиядаги ўзгаришлар: аортанинг торайиши ёки окклюзияси ва унинг қўл ва оёқларнинг проксимал қисми йирик шохчаларининг торайиши ёки окклюзияси. (атеросклероз ва фибромускулялар дисплазияга боғлиқ бўлмаган ҳолда).
- 3 та ва ундан кўп мезонлар мавжуд бўлганда НАА ташхиси қўйилади.

УМУМИЙ БЕЛГИЛАР:

1. Бўшашиш
2. Озиб кетиш,
3. Ҳароратнинг ошиши,
4. Уйқучанлик,
5. Артралгия,
6. Миалгия,
7. Ички аъзоларнинг зарарланиши,
8. Адинамия
9. Текширишларда ўхшашлик
10. Даволашда умумий ўхшашлик

Тугунчали периартериит

(Е.М. СЕМЕНКОВА).

«Катта мезонлар»:

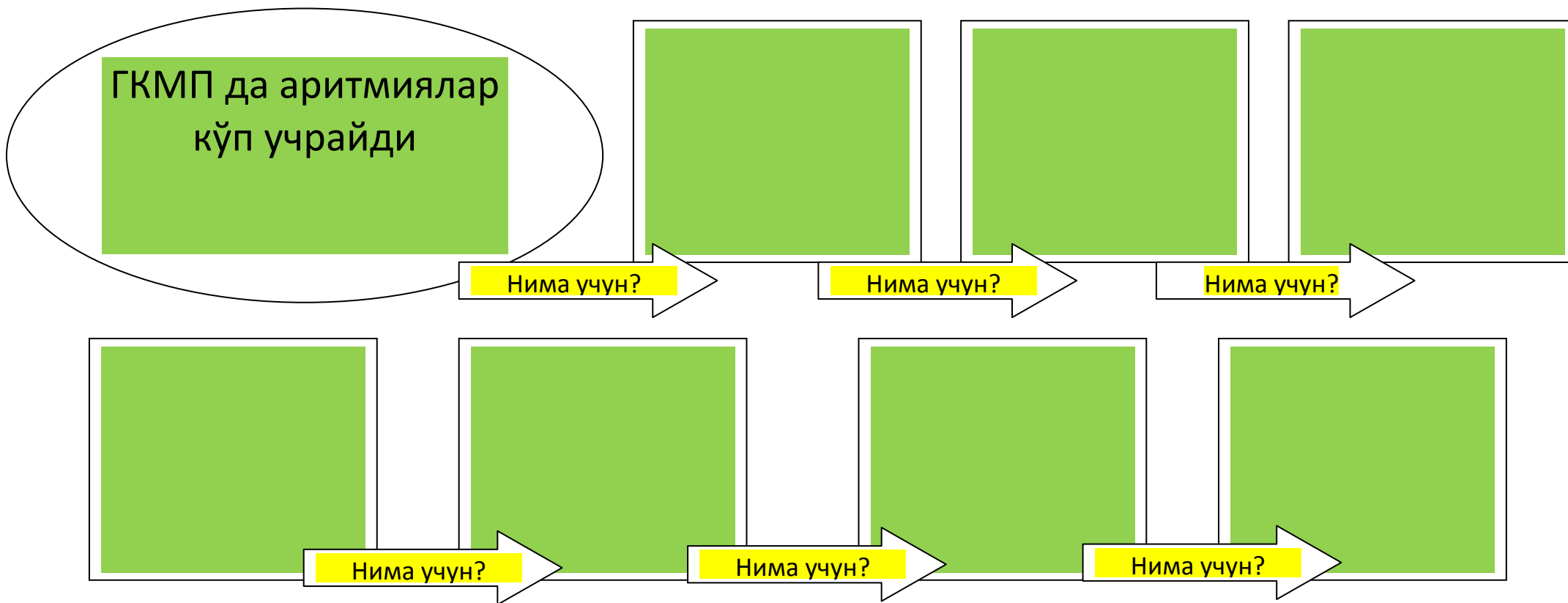
1. Буйрак зарарланиши;
2. Коронариит;
3. Абдоминал синдром;
4. Полиневрит;
5. Бронхиал астма эозинофилия билан.

«Кичик мезонлар»:

1. Иситма;
2. Тана вазнининг камайиши;
3. Миалгик синдром.
4. Ташхис 3 та катта ва 2 та кичик мезонлар аниқланганда қўйилади.

1. “Нима учун?” схемаси – муаммонинг дастлабки сабабларини аниқлаш бўйича фикрлар занжири. Тизимли, ижодий, таҳлилий фикрлашни ривожлантиради ва фаоллаштиради.

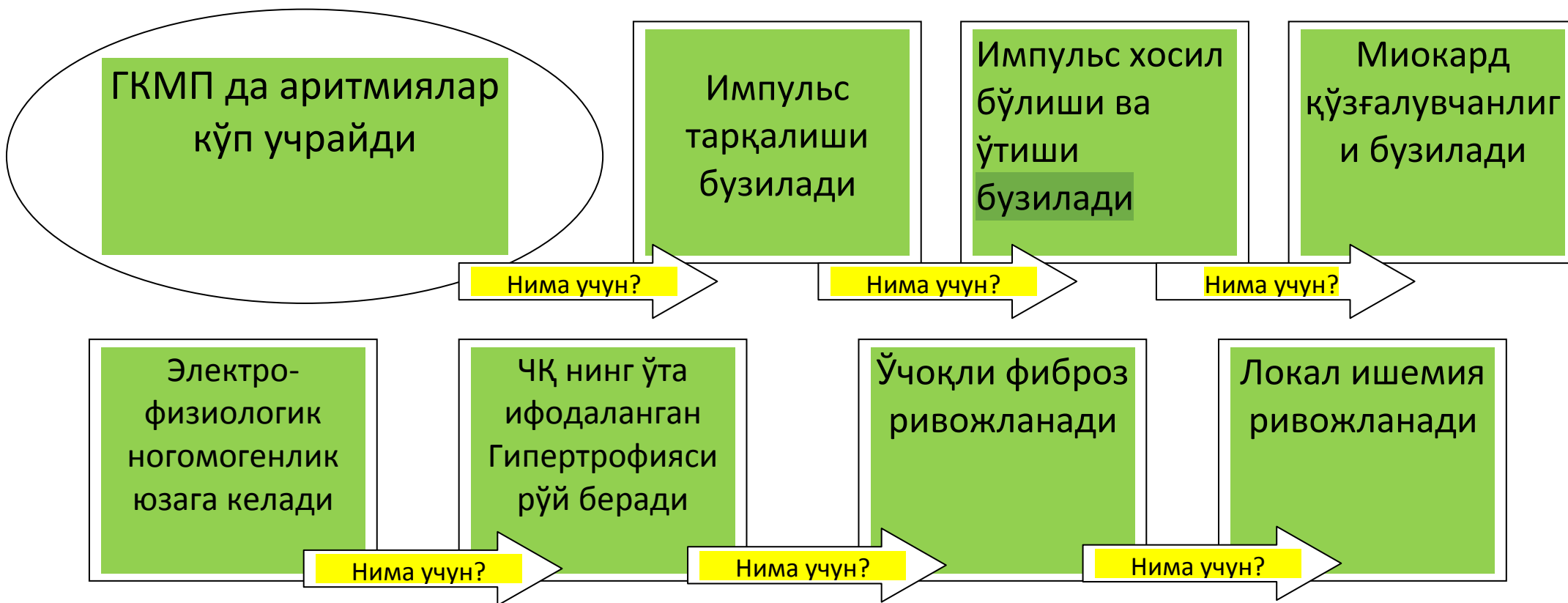
“Кардиомиопатиялар” мавзуси бўйича “Нима учун?” диаграммаси



“Нима учун?” чизмасини тузиш қоидалари

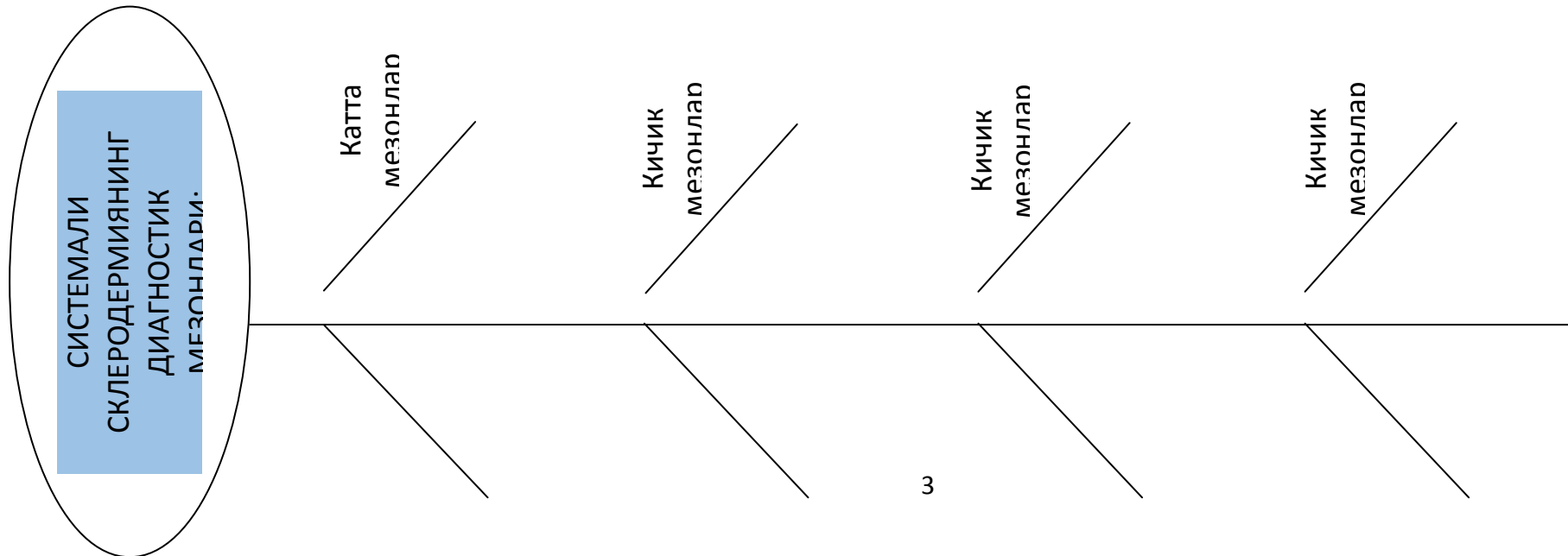
1. Айлана ёки тўғри тўртбурчак шакллардан фойдаланишни ўзингиз танлайсиз.
2. Чизманинг кўринишини – мулоҳазалар занжирини тўғри чизиклими, тўғри чизикли эмаслигини ўзингиз танлайсиз.

3. Йўналиш кўрсаткичлари сизнинг қидирувларингизни: дастлабки ҳолатдан изланишгача бўлган йўналишингизни белгилайди.



2.Балиқ скелети чизмаси – бир қатор муаммоларни тасвирлаш ва уни ечиш имконини беради. Тизимли фикрлаш, тузилмага келтириш, таҳлил қилиш кўникмаларини ривожлантиради.

**СИСТЕМАЛИ СКЛЕРОДЕРМИЯНИНГ ДИАГНОСТИК МЕЗОНЛАРИ: (АРН.1980 й.)
“БАЛИК СКЕЛЕТИ”**



Тана терисининг
склеродермик
зарарланиши
(проксимал
склеродермия)

Склеродактилия

Бармоқларда
чандиқлар

Симметрик базал
пневмосклероз

Бехтерев касаллигининг клиник шакллари: - “БАЛИК СКЕЛЕТИ”



“Қандай?” диаграммасини қуриш қоидалари:

1. Кўпгина ҳолларда муаммони ечишда “нима қилиш керак”лиги тўғрисида ўйланиб қолмаслигингиз керак. Асосан муаммо, уни ечишда “буни қандай қилиш керак?”, “қандай” асосий саволлар юзага келишидан иборат бўлади. “Қандай” саволларининг изчил берилиши қуйидагилар имконини беради:

муаммони ечиш нафақат бор имкониятларни, балки уларни амалга ошириш йўллари ҳам тадқиқ қилиш;

Қуйидан юқорига босқичма – босқич бўйсунадиган ғоялар тузилмасини аниқлайдилар.

Диаграмма стратегик даражадаги саволлар билан ишлашни бошлайди. Муаммони ечишнинг пастки даражаси биринчи галдаги ҳаракатларнинг рўйхатига мос келади.

1. Барча ғояларни ўйлаб ўтирмасдан, баҳоламасдан ва таққосламасдан тезликда ёзиш керак;

Диаграмма ҳеч қачон тугалланган бўлмайди: унга янги ғояларни киритиш мумкин;

Агарда чизмада савол унинг “шоҳларида” бир неча бор қайтарилса, унда у бирор муҳимликни англатади. У муаммони ечишнинг асосийси бўлиши мумкин;

Янги ғояларни график кўринишда: дарахт ёки каскад кўринишидами, юқоридан пастгами ёки чапдан ўнгга қайд қилинишини ўзингиз ҳал этасиз;

Агарда сиз ўзингизга тўғри саволар берсангиз ва унинг ривожланиш йўналишини намоён бўлишида ишончни сақласангиз, диаграмма, сиз ҳар қандай муаммони амалий жиҳатдан ечимини топишингизни кафолатлайди.

III. НАЗАРИЙ МАТЕРИАЛЛАР

1- мавзу: Артериал гипертониялар. Замоनावий диагностика усуллари.

Режа:

1. Артериал гипертониялар (АГ). Тарифи. Муаммонинг долзарблиги. Патогенез.
2. АГ нинг таснифи. Этиология. Диагностика.
3. Буйракнинг паренхиматоз касалликларидаги АГ ни замоनावий диагностикаси.
4. Вазоренал гипертония. Замоनावий диагностика.
5. Бирламчи альдостеронизм. Замоनावий диагностика.
6. Кушинг синдроми. Замоनावий диагностика.
7. Феохромоцитома. Замоनावий диагностика.
8. Аортанинг коарктацияси. Замоनावий диагностика.
9. Акромегалия. Замоनावий диагностика.

Таянч иборалар: *АБ - артериал босим, САБ- систолик артериал босим, ДАБ- диастолик артериал босим, ЭЧТ- эритроцитлар чўкиш тезлиги, ЎАТЭ -ўпка артерияси тромбоэмболияси, ББ-бета блокаторлар, АКБ-артериал қон босим, АДГ- антидиуретик гормон, АКТГ-адренкортикотроп гормон, САГ- симптоматик артериал гипертония, ААГ-Антиагрегантлар, АЎФИ- Ангиотензин1 нинг ангиотензин 2 га ўтишини ўзгартирувчи ингибиторлар*

1.1 АРТЕРИАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯ (АГ).

ТАРИФ. АГ- бу хар хил патологик жараёнлар натижасида касаллик симптоми сифатида вужудга келадиган артерия гипертониясини симптоматик ёки иккиламчи гипертония деб аталади.

Артериал гипертонияда (АГ) тўғри олиб борилган даво асоратларни, инсультдан ва инфарктдан ўлим холатларини камайишига олиб келади. АГ га чалинган 35% гина беморлар ташхисини аниқ билишади, улардан медикаментоз даво олишади, 21%да 140/90 мм. см. ус.да сақланиб туради¹

Симптоматик артериал гипертония артериал гипертонияга чалинган беморларнинг 5-10 % ни ташкил қилади қолган 90% эссенциал гипертония, яъни гипертония касаллигига тўғри келади.

МУАММОНИНГ ДОЛЗАРБЛИГИ.

Артериал гипертония келиб чиқиш сабаблари, шу касалликнинг этиопатогенези, клиник кечишининг ўзига хослиги, қолдирадиган асоратлари, даволаш принципининг ўзига хослиги билан долзарб мавзу бўлиб хисобланади.

ПАТОГЕНЕЗ. Артериал қон босими (АҚБ) характери 3 та факторга боғлиқ:

1. Юракнинг минутлик хажми.

¹Dennis Kasper, Anthony Fauci, Stephen Hauser, Dan Longo, J Jameson, Joseph Loscalzo. - Harrison's Principles of Internal Medicine 19/E (Vol. 1 Vol2) - USA 2015 English, .P.-1442-1449

2. Периферик қаршилик.
3. Циркуляция қиладиган қон хажми.

Замонавий тушунчаларга кўра хар хил ташқи омиллар таъсирида бош миянинг АҚБ ни мувозанатда ушлаб турувчи марказида турғун кўзғалиш юзага келади. Натижада симпатик-адренал тизим фаоллиги ошиб, катехоламинлар (адреналин, норадреналин) кўп миқдорда ишлаб чиқарила бошлайди. Бу эса ўз навбатида қуйидаги ўзгаришларга олиб келади:

- 1) Периферик томирлар спазмига.
- 2) Юракнинг минутлик хажмининг ортишига.

Периферик томирлар спазми ўз навбатида буйрак етишмовчилигини келтириб чиқаради, натижада юкстагломеруляр аппаратда ренин ишлаб чиқарилиши ошади. Ренин ангиотензинга таъсир қилиб уни ангиотензин I га айлантиради. Ангиотензин I карбоксипептидаза ферменти таъсирида кучли прессор модда ангиотензин II га айланади ва АҚБ кўтарилишига олиб келади. Ангиотензин II таъсири остида буйрак усти безида альдостерон ишлаб чиқарилиши ортади. Альдостерон гиперсекрецияси организмда натрий ионларини ушлаб қолишига олиб келади. Организмда ушланиб қолган натрий ионлари гипофизда антидиуретик гармон (АДГ) ишлаб чиқарилишини оширади. АДГ буйракда сувнинг реабсорбциясини кучайтиради ва натижада қон томирлар деворлари шишиб, улар бўшлиғининг торайишига олиб келади.

АҚБ хусусиятига таъсир қилувчи омиллардан яна бири эндотелий бўшаштирувчи омил бўлиб хисобланади. Эндотелий бўшаштирувчи омил сифатида азот оксиди NO ишлаб чиқаришади. NO бир неча секундгина яшаб, артериолалар мушак хужайралари ичига кириб уларни бўшашишига олиб келади, натижада артериолалар кенгайиб қон босими камайиши таъминланади. АГ ни хавфли омиллари қуйидагилар:

1. оилавий анамнез (наслий моиллиги).
2. беморда ёки унинг ота-онасида липид алмашинувининг бузилганлиги.
3. беморда ёки унинг ота-онасида қандли диабет борлиги.
4. беморда ёки унинг ота-онасида буйрак касалликларининг аниқланганлиги.
5. семизлик.
6. алкоголь истеъмол қилиш (бир кунда 60 мл дан кўпроқ).
7. ош тузини меъридан ортиқ истеъмол қилиш.
8. стресс.
9. гиподинамия.
10. чекиш.
11. беморнинг характери ва унинг атрофидаги мухит.

1.2 АГ нинг ТАСНИФИ.

АҚБ хусусиятига кўра АГ нинг янги таснифи таклиф қилинган. Бу таснифга кўра АБ нинг меъёри 130/85 мм.см.уст дан паст қилиб белгиланган. Меъёрнинг юқори чегараси: 130-139/85-89 мм. см. уст.

1-босқич. 140-159/90-99 мм. см. уст

- 2-босқич. 160-179/100-109 мм. см. уст
- 3-босқич. 180-209/110-119 мм. см. уст
- 4-босқич. 210 ва ундан юқори/120 ва ундан юқори.

АГ нинг ЭТИОЛОГИЯСИ.Симптоматик АГ учрайдиган касалликлар.

1. Буйракнинг паренхиматоз касалликлари.
2. Вазоренал ёки реноваскуляр гипертонаия.
3. Бирламчи альдостеронизм (Конн синдроми).
4. Кушин синдроми.
5. Феохромацитома.
6. Аорта коартацияси.
7. Акромегалия.
8. Бирламчи гиперпаратериоз.
9. Дориларга боғлиқ бўлган гипертонаия.

Симптоматик АГ энг кўп учрайдиган сабаблардан бири бўлиб буйракнинг паренхиматоз касалликлари хисобланади.

1.3. БУЙРАКНИНГ ПАРЕНХИМАТОЗ КАСАЛЛИКЛАРИ.

Тарқалиши. Барча АГнинг 2-5% ни ташкил қилади.

Этиология. Кўпчилик ҳолларда сурункали гломерулонефрит, сурункали пиелонефрит, буйрак тош касаллиги, буйрак поликистоз, буйрак сили, диабетик нефропатия, буйрак ўсмаси ва буйракнинг бошқа касалликлари олиб келади (СКВ, склеродермия, интерстициал нефрит, подагра).

Клиникаси. Касаллик клиникасида 2 хил гуруҳ симптоматика вужудга келади.

1. Буйрак касаллигининг клиникаси
2. Артериал гипертензия симптомлари.

Диагностикаси.

- Пешоб умумий анализи (гематурия, лейкоцитурия, протеинурия).
- Буйракларни ультратовуш текшириш (буйраклар хажмининг кенгайиши ёки бужмайиши, буйракда конкрементлар).
- Қон биохимияси (мочевина, креатининмиқдори ошган бўлиши мумкин).
- Буйрак биопсияси.
- Буйракни компьютер томографияси, магнит-резонанс томография (МРТ) қилиш.
- Экскретор урография.

1.4. ВАЗОРЕНАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯ.

Тарқалиши. Барча АГнинг 1% ни ташкил қилади.

Этиология. Буйраклар артериясининг окклюзияси туфайли буйраклар ишемияси юзага келади. Бунга олиб келувчи сабаблар қуйидагилар хисобланади:

1. Буйрак артерия атеросклерози (кўпинча проксимал 1/3 қисмида учрайди) 60-70% асосан ўрта ва катта ёшдаги эркакларда учрайди.
2. Буйрак артерияларининг фибромускуляр дисплазияси (25% холларда 2 томонлама) (30-40%). Кўпроқ ёш аёлларда учрайди, буйрак артерияларининг дистал 2/3 қисми зарарланади.
3. Буйрак артериялари тромбози ёки аневризми.
Клиникаси. Касаллик клиникасида 2 хил гуруҳ симптоматика вужудга келади.
 1. Асосий касаллик симптомлари.
 2. Артериал гипертензия симптомлари.
Реноваскуляр АГ тўғрисида қуйидаги холларда ўйлаш мумкин.
 - АҚБ кўтарилиши 30 ёшгача ёки 50 ёшдан кейин тез авж олганда.
 - АПФ ингибиторларидан кейин буйрак фильтрацияси камайганда.
 - АГли беморларда тўсатдан буйрак фильтрацияси камайганда.
 - Эпигастрал сохада, қорин ёки ёнбош сохаларида систолик шовқин аниқланганда.
 - Тарқоқ атеросклерозда.
 Диагностикаси.
 - 1) буйрак томирлари артериографияси (буйрак артериялари стенози).
 - 2) Буйрак артерияларининг доплерографияси (турбулент оқим).
 - 3) Буйрак стинциографияси (препарат абсорбцияси сусайган).
 - 4) Қон зардобида ренин фаоллиги аниқланади.
 - 5) Синама 3 кун олдин гипотензив воситалар (каптоприл) берилади.
Синама мусбат: АРП > 12 нг/мл/ч. Каптоприл берилишидан олдин 30 ва ва берилишидан кейин 60 қон олинади.

1.5. БИРЛАМЧИ АЛЬДОСТЕРОНИЗМ (Конн синдроми).

Тарқалиши. Барча АГнинг 1% дан камроғини ташкил қилади.

Этиологияси.

1. Буйрак усти безининг аденомаси (60% холларда).
2. Буйрак усти безининг гиперплазияси (40%).

Клиникаси. Касаллик клиникасида 2 хил гуруҳ симптоматика вужудга келади.

- 1) асосий касаллик симптомлари.
- 2) Артериал гипертензия симптомлари.

Асосий касаллиги симптомларига миалгия, мушак қувватсизлиги, полиурия, полидипсия киради.

Диагностикаси.

Клиник симптомларидан ташқари текширишларда метоболик алколоз, гипернатриемия, гипокалиемия, қон зардобида ва сийдикда альдостерон микдорининг ошганлиги, қон зардобида ренин микдорининг камайганлиги, глюкоза толерантлиги бузилганлиги аниқланади.

Буйрак усти аденомаси ёки гиперплазиясини дифференциацияси учун МРТ, компьютер томографияси (КТ) ёки буйрак усти безлари синтографияси

ўтказилади. Бирламчи альдостеронизм ташхисини қўйиш учун Иценко-Кушинга синдроми инкор қилиш лозим.

1.6 КУШИНГ СИНДРОМИ.

Тарқалиши. Барча АГнинг 1% дан камроғини ташкил қилади.

Этиологияси. 70% ҳолатда гипофизда адренкортикотроп гормон (АКТГ) гиперсекрецияси (Кушинга касаллиги) ҳисобига пайдо бўлади.

АКТГ гиперсекрецияси кўпинча гипофиз аденомасига тўғри келади ва 2 томонлама буйрак усти безларининг гиперплазияси билан кечади. Бошқа сабаблари: буйрак усти безларининг аденомаси ёки раки (15%), буйрак усти безидан ташқари АКТГ ишлаб чиқарувчи ўсмалар (15%).

Клиникаси. Касалликнинг клиникаси ҳар хил кўринишда бўлиши мумкин. Жумладан тананинг юқори қисмининг семириб кетиши, юзнинг ойсимон кўриниши, танадаги қонталашлари, мушаклар атрофияси, шишлар, стриялар, хусунбузар тошиши, гирсутизм, остеопороз, глюкозага толерантликни сусайиши, гипоклиемия.

Диагностикаси.

Плазмадаги АКТГ нинг миқдори аниқланади, кейин дексаметазонли синама ўтказилади. Бунинг учун 2 кунга дексаметазон 0,5 мг дан ҳар 6 соатда, кейин 2 кунга 2 мг дан ҳар 6 соатга қабул қилинади. Иккинчи кундан бошлаб ҳар галги дозани қилингандан кейин плазмадаги кортизол миқдори ва пешобдага эркин кортизол миқдори аниқланади.

Буйрак усти ўсмасида: дексаметазоннинг ҳар қандай дозаси ҳам кортизол секрецияси камайишига олиб келмайди, қонда АКТГ топилмайди.

АКТГ эктопик секрецияси синдроми: дексаметазоннинг ҳар қандай дозаси ҳам кортизол секрецияси камайишига олиб келмайди, қонда АКТГ миқдори кўтарилган.

1.7 ФЕОХРОМОЦИТОМА.

Тарқалиши. Барча АГнинг 1% дан камроғини ташкил қилади.

Этиология. 80% ҳолларда норадреналин ишлаб чиқарувчи яхши сифатли кечувчи буйрак усти бези ўсмаси, 10% ёмон сифатли ўсма, 10% икки томонлама ва 10% оилавий мойиллик.²

Клиник кўриниши. 50% ҳолларда АГ доимий характерга эга, 50% эса кризли характерга эга. Бир хил ҳолларда эса АГ умуман бўлмайди. Бундай касалларда юрак уриб кетиши, бош оғриши, кўп терлаш, ортостатик гипотония, озиб кетиш, глюкозага толерантликни бузилиши кузатилади.

Диагностика. Клонидинли проба қилинади. Беморга 0,3 мг клонидин берилгандан кейин 3 соатдан сўнг плазмада катехоламинлар миқдори пасаймаса, демак бу феохромоцитомадан дарак беради. Ўсмани жойини аниқлаш 90% ҳолларда ўсмани

² Robert E. David P – Textbook of family medicine – USA, 2016

John Murtagh - General Practice 6th Revised edition - Australia 2015 English.-P 230

КТ орқали аниқланади. Бошқа усулларга сцинтиграфия ва селектив ангиография киради.

1.8 АОРТАНИНГ КОАРКТАЦИЯСИ.

Тарқалиши: Барча АГнинг 0,1-1% дан камроғини ташкил қилади.

Этиология: Аортанинг туғма қисқарганлиги, чап ўмров артериясини ўтиш жойидан паст ўтканлиги. қисқариш локал ёки тарқалган бўлиши мумкин.

Клиник кўриниши.Шикоятлари: товоннинг музлашига ва вақти-вақти билан чўлоқланишига. Теширилганда АБ қўлда оёққа нисбатан баланд, тушнинг юқорисидаги чуқурчада қалтираш, кўкрак қафасининг орқа қисмида систолик шовқин яхши эшитилади, сон артериясида пульс сезилмайди. Рентгенограммада қовурғалар узурацияси, (коллатерал қон айланишнинг қовурғалараро артериясида кўтарилганлиги сабабли) ва аорта дугасининг деформацияси (3 сонини эслатади). Асоратларига юрак етишмовчилиги, эндокардит, инсультлар бўлиши мумкин. Агар хирургик коррекция қилинмаса беморлар асоратидан оламдан ўтади.

Диагностика: аортография.

1.9 АКРОМЕГАЛИЯ.

Тарқалиши.Барча АГнинг 0,1-0,2%холларида учрайди.

Этиология. Соматотроп гармон ишлаб чиқарувчи гипофиз аденомаси. Клиник кўриниши: юмшоқ тўқималарнинг қалинлашиб, қўл ва оёқларини катталашиши. Бўғимларида оғриқ, глюкозага толерантликни бузилиши, макроглоссия. Юрак қон томирлардаги ўзгаришларга АГ (кўпинча оғир бўлмайди), кардиомегалия, ЮИКни эрта пайдо бўлиши, аритмия, ДКМП, қон томир етишмовчилиги (10-20% холларда).

Замонавий диагностика: саматотропин-ингибирловчи глюкозали тест. 100 гр глюкоза ичганидан 2 соатдан кейин самототропин гормоннинг миқдори 2 мг/мл дан ошади.

Назорат саволлари:

1. АГ тарқалиши ва долзарб муаммолари ?
2. АГ таърифи?
3. АГнинг патогенезини айтиб беринг?
4. Агни номедикаментоз даволаши?
5. Гипотензив препаратларнинг таснифи?
5. Ангиотензин ўзгартирувчи фермент ингибиторлари. Таснифи,ножоуя таъсирлари ва уларга карши курсатмалар?
6. Ангиотензин I типидagi рецепторларнинг блокаторлари. Таснифи,ножоуя таъсирлари ва уларга карши курсатмалар?
7. Кальций антогонистлари. Таснифи,ножоуя? таъсирлари ва уларга карши курсатмалар?
8. Бетта-адреноблокаторлар. Таснифи,ножоуя? таъсирлари ва уларга карши курсатмалар?
9. Диуретиклар. Таснифи,ножоуя таъсирлари ва уларга карши курсатмалар?

10. Артериал гипертонияларни даволашда қиссий ендашиш?

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Dennis Kasper, Anthony Fauci, Stephen Hauser, Dan Longo, J Jameson, Joseph Loscalzo. - Harrison's Principles of Internal Medicine 19/E (Vol. 1 Vol2) - USA 2015 English. P.-1442-1449
2. Robert E. David P – Textbook of family medicine – USA, 2016
John Murtagh - General Practice 6th Revised edition - Australia 2015 English.-P 230

2-мавзу: Юрак ишемик касалликни ва унинг асоратларини ташхислашда замонавий диагностика усулларини қўллаш.

Режа:

2. Юрак ишемик касаллиги. Тарифи. Долзарб муамоллари.
Этиологияси. Хавф турдирувчи омиллар.
2. Миокард инфаркти.Тарифи.Тарқалиши.Долзарб муамоллари.
Патогенези. Патанатомияси.
3. Миокард инфарктнинг замонавий диагностикаси.
4. Миокард инфарктнинг атипик шаклларининг замонавий диагностикаси.
5. Миокард инфарктнинг асоратларини замонавий диагностикаси.

Маърузада тингловчиларга ЮИК касалликнинг ва миокард инфарктнинг долзарб муаммолари кенг ёритиб берилади. Шу муаммога қизиқтириш уйғотилади ва шу касалликни диагностикаси ва даволашдаги охириги янгиликлар билан таништирилади. Маъруза давомида ЮИКни даволаш ва олдин олиш хақида тингловчиларнинг билимларини чуқурлаштирилади ва мустахкамланади. Замонавий адабиётлар билан мустакил ишлашга қизиқиш уйғотилади. Маъруза охирида ўтилган мавзу буйича қисқа хулоса қилиниб, миокард инфаркти ва унинг турларини, клиникаси, қўшимча текшириш усуллари, фарқли диагноз ўтказиш ва даволаш усуллари тўғрисида маълумот берилади.

Таянч иборалар: Резорбцион-некротик синдром-МИ уткир даврининг асосий клиник-лаборатор белгиси булиб хисобланади. У некротик массанинг резорбцияси ва некроз сохасида асептик яллигланиш билан намоён булади, АБ - артериал босим, Гиподинамия кам ҳаракатлик, ЮИК- юрак ишемик касаллиги, ЎКС – ўткир коронар синдром, МИ – миокард инфаркти, АлАТ-аланин трансаминаза, АсАТ- аспартат трансаминаза, ЛДГ- лактатдегидрогеназа, КФК- креатинфосфокиназа, ЭЧТ- эритроцитлар чўкиш тезлиги, ЎАТЭ -ўпка артерияси тромбоемболияси, КШ – кардиоген шок.

Юрак ишемик касаллиги.

2.1.Тарифи. Юрак ишемик касаллиги (ЮИК) - бу тож артериялар тизимидаги патологик жараёнлар натижасида миокардга қон келишининг камайиши ёки тўхташи сабабли юрак мушагининг ўткир ва сурункали зарарланиши. Патологик жараён асосида миокарднинг қон билан таъминланишига талаби билан шикастланган артериялардан қоннинг мумкин бўлган миқдорининг оқиб келиши ўртасидаги мувозанатнинг бузилиши ётади.³ Бу номутаносиблик миокардни маълум даражада қон билан таъминланишининг сақланиши, лекин миокард эҳтиёжини кескин ошиши ёки қон билан таъминланишининг пасайиши натижасида вужудга келиши мумкин

Муаммони долзарблиги. Мазкур хасталик саноати ривожланган мамлакатларнинг шаҳар аҳолиси орасида қишлоқлардагига нисбатана анча кенг тарқалган ва кўпинча ўлим ҳолатлага олиб келади.

ЭТИОЛОГИЯСИ.

- Атеросклероз пиллакчалари мавжуд жойларда тож артериясининг тромб билан бекилиши.
- Тож артерияларининг узок давом этадиган ҳар хил этиологияли ўткир сиқилиши.
- Ўрта калибрдаги қон томирларни, шу жумладан тож артерияларни шикастлайдиган васкулитлар - ревматизм, тугунчали периартериит, системли қизил бўрича, баъзан ревматоид артрит.
- Инфекцион эндоартритда, қон касалликларида (масалан, эритремия) тож артериялар тромбоэмболиялари.
- Ис гази билан заҳарланиш, оғир гипоксия.
- Тож артериялар атеросклерози муҳтида ривожланган анемия.
- Нур билан даволаш, айниқса нурланиш соҳасига юрак тушса тож артериялари шикастланади ва жараёнга мос клиник белгиларни вужудга келтиради.

ХАВФ ТУРДИРУВЧИ ОМИЛЛАР.

- Гиперхолестеринемия (паст зичли липопротеинлар даражасининг ортиши ва юқори зичли протеинлар - пасайиши).
- Ирсият. ЮИК ривожланшига оилавий мойиллик мавжуд, бу ҳолат баъзи бир хавфли омилларнинг насл суриши билан боғлиқ бўлиши мумкин.
- Тамаки чекиш.
- Қандли диабет.
- Хафақон касаллиги.

³ Judth Tintinalli, J. Stapczynski, O. John Ma, David Cline, Rita Cydulka, Garth Meckler. – Tintinalli's Emergency Medicine; A Comprehensive Study Guide, (Emergency Medicine Tintinalli) - USA, 2015 McGraw – Hill Education, English.,P.-45

- Гиподинамия - кам ҳаракатлик.
- Кекса ёш.
- Подагра.

2.2 Миокард инфаркти. тарифи. Миокард инфаркти тож артерияларда қон айланишининг мутлақ ёки нисбий етишмовчилиги натижасида юрак мушагида ўткир ишемик некроз ривожланиши билан ифодаланади. Хасталик асосида 95 фоиздан ортиқ ҳолатларда атеросклероз билан зарарланган тож артерияларнинг қон пахтаси (тромб) билан бекилиб қолиши ёки атеросклеротик иилакчалар зонасида уларнинг давомли сиқилиши ётади. Бинобарин, миокард инфаркти стенокардиянинг яқунловчи босқичи, фожиали оқибати бўлиши мумкин.

Тарқалиши. Миокард инфаркти билан хасталаниш ҳар 100 000 аҳоли сонига ўрта ҳисобда 600 нафардан тўғри келади, кўпинча 40 ёшдан ошган эркакларда (аёлларга нисбатан 5 марта ортиқ;) учрайди. Мазкур хасталик саноати ривожланган мамлакатларнинг шаҳар аҳолиси орасида кишлоқлардагига нисбатан анча кенг тарқалган.

Муаммони долзарблиги. Миокард инфаркти муаммоси ички касалликлар патологиясида асосий уринлардан бирини эгаллайди. Касалликнинг кенг тарқалганлиги, кечишининг ўзига хослиги ва диагностикадаги кийинчиликлар муаммонинг аҳамиятлилигини яна бир қарра тасдиқлаб туради.

Патогенези. Миокард инфаркти ривожланишида артерия интемаси сатҳининг ўзгариши, атеросклероз пилакчаларининг ёрилиши ва тромбоцитларнинг адгезия ва агрегация хусусиятларининг кучайиши муҳим роль ўйнайди. Миокарднинг оксиген билан таъминланишига бўлган эҳтиёжининг ошишини вужудга келтирувчи ҳар хил сабаблар, хусусан жисмоний ва руҳий таранглашиш, артерия босимининг тўсатдан кўтарилиши, алкоголь билан заҳарланиш, жуда кўп чекишлик кўзғатувчи омил бўлиши мумкин. Охири вақтларда миокард инфарктининг вужудга келишида юрак мушаклари метаболизми ҳолатига катта аҳамият берилапти. Тож артериялар қон айланиши етишмовчилигида жисмоний зўриқиш юрак мушакларида катехоламин тўпланишига олиб келади. Унинг кўп миқдорда йиғилиши юракка қонни кучланиш билан етказиб беришни талаб қилади. Миокард инфаркти ривожланишида шунингдек юрак мушагида электролитлар мувозанатининг бузилиши аҳамиятга эга. Кейинроқ хужайра инфльтрацияси ва грануляция тўқима (яра ўрнида ҳосил бўладиган ёш тўқима) ривожланиши билан кузатиладиган реактив яллигланиш зонаси вужудга келади. Кейинчалик шикастланган ўчок сўрилади, унинг ўрнини бириктирувчи тўқимали чандиқ қоплайди ва ўчокли кардиосклероз ривожланади.

Патологик анатомияси. Тож артериясида қон оқимининг тўсатдан тўхташи натижасида миокардда ишемия, мушак толаларининг дистрофик ўзгаришлари ва уларнинг некрози ривожланади. Некроз соҳасида юрак мушагининг ёрилиши ва перикард бўшлигига қон қуйилиши (юрак тампонадаси) содир бўлиши мумкин. Катта ҳажмдаги миокард инфарктида чандиқли тўқима қавати жуда юпқа бўлиши мумкин, натижада унинг бўртиб (дўппайиб) чиқиши (юрак аневризмаси) вужудга келади. Атеросклероз жараёни кўпинча чап тож артериясида ва унинг

шаҳобчаларида жойлашганлиги сабабли миокард инфаркти, аксарият, чап қоринчада ривожланади. Шикастланган миокард ҳажмига нисбатан йирик ва майда ўчоқли миокард инфаркти тафовут қилинади. Бундан ташқари, некрознинг юрак мушаги чуқурлигига тарқалиш даражасига қараб, трансмурал (миокарднинг ҳамма қатлами некрози) ва интрамурал (миокард девори некрози, эндокард ва эпикард шикастланмаган), субэндокард миокард инфаркти (эндокардга ёндашган миокард соҳасининг некрози).

2.3 Миокард инфарктнинг клиникаси - некроз жойлашишига ва унинг ҳажмига, ҳамда вегетатив нерв системасининг рефлектор бузилишлари даражасига боғлиқ.

Йирик ўчоқли миокард инфарктининг типик клиник манзарасида жараён динамикасини ифодалайдиган 5 давр тафовут қилинади.

- Продромал давр ёки дарак берувчи давр (инфаркт олди ҳолати). Илгари беморда кузатилмаган стенокардия хуружи ёки аввал маълум бўлган оғриқ хуружи миқдорининг ва характерининг ўзгариши (тез-тез тутиб туриши ва кучайиши), давом этишлигининг чўзилиши (бир неча соатдан бир ойгача), нитроглицерин таъсирининг пасайиши ёки йўқолиши, зўриқиш стенокардиясига осойишталик стенокардия ёки принцметал турининг кўшилиши билан ифодаланади. ЭКГда S-T оралиги ўрта тўғри (изо) чизикдан юқорига ёки пастга 1-1,5 мм гача силжигани кузатилади.⁴

- Ўта ўткир давр - миокард соҳасида ишемия ривожланганидан некроз вужудга келгунча оралиқ давр, биринчи вужудга келган миокард инфарктида 95 фоиз беморларда, такрорланган миокард инфарктида эса - 76 фоизида кузатилади. Хасталикнинг классик ёки типик кечиши ангиноз тури тўш суяги орқасида, кўкрак қафасининг чап томонида жойлашган кескин оғриқ хуружи билан ифодаланади. Миокард инфаркти кўпинча эрталаб (уйғонишдан сўнг катехоламинлар миқдори кўтарилиши), жисмоний таранглашишсиз, тинч ҳолатда, деярли сабабсиз ривожланади. Оғриқ босилаётгандек, эзилаётгандек, кенгаяётганлек, куюётгандек сезилади, аксарият чап қўлга, кураклар оралиғига тарқалади ва 20-30 дақиқадан 2 соатгача давом этади, нитроглицерин таъсирида йўқолмайди. Оғриқнинг вужудга келиши тож артерияларининг тўлиқ ёки қисман бекилиши туфайли ишемия ривожланиши билан изоҳланади. Ишемия соҳасида модда алмашинуви бузилиши сабабли кучли оғриқ билан бирга ҳолсизланиш, кўнгил айниши, қайт қилиш, безовталиқ, ваҳима, ўлим кўрқинчи, ҳаво етишмаслик сезгиси, терлаш кузатилади. Оғриқ хуружи вақтида бемор ҳаракати тўхтайдиган, ранг-рўйи бўзаради, тери совуқ тер билан копланди, бўйин венаси бўртиб чиқади, юрак уриши тезлашади (1 дақиқада 100-120 марта). Артериал қон босим пасаяди. Миокарднинг қисқариш фаолияти кучсизланиши оқибатида юрак товушлари бўғиқ; эшитилади, юрак учида "от дупури" товуши, экстрасистолия эшитилиши мумкин. ЭКГда S-T оралиғи кўтарилган-

⁴ Gadayev A., Karimov M. Sh., Axmedov X. S. Ichki kasalliklar propedevtikasi.- Toshkent, 2012, b. 70.

изочизикдан юкори, Т-тишчаси билан кўшилиб, монофазали эгри чизикни вужудга келтиради. Бу ҳолат бир неча соатдан 3 кунгача давом этади.

- Ўткир давр - некроз ўчоғи ва миокард миомаляцияси (юмшаши) шаклланиши вақтига тўғри келади ва 2 кундан 10 кунгача давом этади. Бу даврда оғрик анча камаяди ёки бутунлай йўқолиши мумкин. Юрак етишмовчилиги ва артерия кон босимининг пастлиги, ҳамда юрак ритми бузилишининг сақланиши натижасида беморнинг умумий аҳволи оғирлигича қолаверади. Одатда мазкур давр некроз ўчоғига якин бўлган мушак соҳаларида яллиғланиш ҳолатлари билан кечади. Хасталикнинг 2-3 - кунларида тана ҳарорати кескин кўтарилади (38°C гача) ва 5-10 кун давом этади. Анча давомли реакция инфаркт асоратидан далолат беради. Ҳарорат кўтарилиши билан биргаликда нейтрофилли лейкоцитоз (10 000 - 12 000) пайдо бўлади ва 3-7 кун давомида сақланади. Иситмалаш ва лейкоцитоз реактив ҳолат натижаси ҳисобланади ва инфаркт ўчоғидан аутолиз (емирилиш) маҳсулотлари сўрилишига боғлиқ. Бироқ кейинчалик ЭЧТ ортади. Некроз ўчоғидан баъзи бир ферментлар (аспарагин трансаминаза-АсАТ, лактатдегидрогеназа - ЛДГ, креатинфосфокиназа - КФК) ажралиб чиқиши натижасида конда уларнинг фаоллиги кўтарилади. Кўпинча мўътадил гликемия ва диспротеинемия топилади (албумин миқдори камаяди, глобулин ва фибриноген эса кўпаяди, патологик С-реактив оқсил пайдо бўлади). ЭКГда кўтарилган S-T сегменти пастга туша бошлайди, изо чизикга бир мунча яқинлашади, чуқур (2 тишчаси (СЭ8) пайдо бўлади, Т тишчаси шаклланади, манфий бўлади.

- Ўртача ўткир давр - 4-8 хафта давом этади, чандикланиш жараёни тугалланади: некроз ўчоғи грануляцион (бириктирувчи) тўқима билан қопланади. Коллатераллар ривожланади, васкуляризация (миокарднинг томирлар орқали кон билан таъминланиши) тикланади. Бу даврда стенокардия хуружлари бўлиб туриши мумкин. Юрак етишмовчилиги белгилари кўп ҳолларда камаяди, лекин барқарорлаши, гоҳида кучайиши ҳам мумкин. Оғрик йўқолади, кон босими бироз кўтарилади. 2-3 хафтадан кейин кўпчилик беморларда бузилган юрак ритми тикланади. Некроз сўрилиши синдроми камаяди: тана ҳарорати, лейкоцитоз, ферментлар фаолланиши аста-секин пасаяди ва хафтанинг охирига келиб меъёрлашади. Эритроцитлар чўкиш тезлигининг юқорилиги ва диспротеинемия некроз ўчоғи бутунлай чандикланиб битгунча (бир неча хафта) сақланади. ЭКГда S-T сегменти изоэлектрик чизикда жойлашади, Т-тишчаси манфий, патологик чуқур Q тишчаси (QS) пайдо бўлади.

- Инфарктдан кейинги давр (функционал тикланиш давр) - юрак мушагида склеротик ўзгаришлар ривожланиши (чандик зичлиги кўпайиши), сурункали аневризм шаклланиши, юрак-кон томир системасининг янги шароитда ишлашга мослашиш жараёни белгилари билан ифодаланади ва некроз ҳосил бўлган фурсатдан бошлаб 3-6 ой давом этади. Миокарднинг зарарланмаган соҳасида компенсаторли гипертрофия белгилари аниқланади. Юрак етишмовчилиги кўпчилик беморларда йўқолади ёки камаяди. Юрак ритми бузилиши (экстрасистолия) қайтадан вужудга келиши мумкин. Бемор

аҳволи яхшиланади, лекин ҳаракатда, юк кўтаришда вақти-вақти билан юрак соҳасида нохуш сезгилар, юракнинг тез уриши, ҳансираш безовта қилади. ЭКГ да S-T оралиғи изоэлектрик чизиқда (QS ёки QR) чуқур ва кенг, T-тишча бир неча ой ёки йил давомида манфийлигича қолади. Мазкур давр кечиши бўйича сурункали ЮИҚнинг ҳар хил турларини эслатади. Шунинг учун беморларга "уйга стационар" буюрилади ёки шаҳар чекасидаги кардиологик сихатгоҳга юборилади.

Майда ўчоқли миокард инфаркти - юрак мушакларида морфологик майда ўчоқли некрозлар ривожланиши, оқибатининг нисбий яхши бўлиши, енгилроқ кечиши билан ифодаланади ва умумий миокард инфарктининг 18 фоизини ташкил қилади. Майда ўчоқли миокард инфаркти кечишида, йирик ўчоқли турига нисбатан, даврийлик кам ифодаланган. Шу билан бирга унинг кечишида баъзан дарак берувчи давр, ўткир давр ва реконвалесценция (касалликдан тузалиб келаётган) давр тафовут қилинади. Хасталикнинг бу турида оғрик синдроми деярли кескин бўлмайди ва узок давом этмайди, айрим ҳолларда юрак соҳасида фақат равшан бўлмаган нохуш сезги, босилаётгандек, сиқилаётгандек ҳиссиёт вужудга келади. Майда ўчоқли миокард инфарктида узок давом этадиган оғрик янги некроз ўчоқлари юзага келиши ёки инфаркт атрофидаги зоналарнинг давомли ишемияси билан изоҳланиши мумкин. Объектив текширишда тери рангининг бўзарганлиги, артерия босимининг салгина пасайганлиги, тахикардия, юрак товушларининг бўғиқлашганлиги, тана ҳароратининг субфебрил даражага кўтарилганлиги, ўртача лейкоцитоз, ЭЧТнинг 16-25 мм/с гача ошиши аниқланади. Амионотрансфераз ва ЛДГ микдорининг кўпайиши, С-реактив протеин пайдо бўлиши жуда кам учрайди ва оз ифодаланган даражада бўлади. Майда ўчоқли миокард инфарктида кардиоген шок (юрак қарахти), аритмиялар, тромбоэмболик асоратлар одатда кузатилмайди. Шундай қилиб, майда ўчоқли миокард инфарктида ҳам йирик турига хос бўлган талайгина клиник белгилар учрайди, лекин ифодаланиш даражаси кам бўлади.

2.4 Миокард инфарктнинг атипик шакллари.

20 фоиз инфарктда кузатилади. Хасталикнинг у ёки бу белгиларининг устунлигига қараб қуйидаги клиник вариантлар тафовут қилинади.

- Гастралгик (абдоминал) тури – оғрик хуружи қориннинг юқори қисмида (эпигастрия соҳасида) вужудга келиши ёки шу соҳага тарқалиши билан характерланади. Хасталикнинг мазкур тури кўпинча чап қоринчанинг орқа девори ёки орқа ён деворининг пастки қисмида жойлашган миокард инфарктида кузатилади ва ўткир миокард инфарктининг 2-3 фоизини ташкил қилади. Тўш суяги орқасидаги ёки юрак соҳасидаги оғрик эса, аксарият, чап қоринчанинг олдинги ёки олдинги ён девори миокард инфарктида юз беради. Бир вақтда диспепсик шикоятлар: ҳаво билан кекириш, хикичоқ тутиш, кўнгил айниши, қусиш, қориннинг дам бўлиши, ич кетиш вужудга келади. Қоринни пайпаслаганда эпигастрия соҳасида оғрик мавжудлиги, мушак қаватининг тарангланиши аниқланади. Баён қилинган меъда-ичак фаолиятининг бузилишлари, меъда яра ёрилиши, ўт касаллиги хуружи, ўткир панкреатит ва холецистит ёки овқат билан

заҳарланнш нотўғри ташхис қўйишга олиб келиши мумкин; шу билан бирга бу ҳасталикларда ҳам ҳарорат кўтарилиши ва лейкоцитоз аниқланади. Ташхис қўйишда янглишмаслик учун ҳар хил қорин оғриғида ЭКГ текширишини ўтказиш шарт.

- Миокард инфарктининг астматик тури 5-10 фоиз беморларда аниқланади ва юрак астмаси ҳамда ўпка шиши билан намоён бўлади, одатда кексаларда, айниқса семиз одамларда ва ифодаланган коронарокардиосклерозли беморларда, қайталанган миокард инфарктида кузатилади. Чап қоринча қисқариш фаолиятининг кескин пасайиши ва миокард инфарктининг бошланғич соатларидаги артерия босимининг ўткир кўтарилиши юрак астмасига ва ўпка шишига олиб келади. Ҳасталикнинг бу тури жуда оғир кечиши, инфарктдан кейинги қон айланиш етишмовчилигининг ривожланиши ва ўлимнинг юқорилиги (40-60 фоизгача) билан характерланади. Мазкур турдаги 50 фоиз беморларда бўғилиши кўкракдаги огриксиз юзага келади. Объектив текширишда чап қоринча ўткир етиш мовчилигининг клиник белгиларидан ташқари митрал қопқоқ етишмовчилигининг аускултатив симптоматикаси аншутанади. Бу ҳолатда нисбий митрал етишмовчилиги ривожланиши билан кузатиладиган, ўткир юрак декомпенсациясига олиб келадиган, сўргич мушаклар инфаркти ташхисини қўйишга асос мавжуд.

- Миокард инфарктининг церебрал тури ёйилган ёки учоқли мия ишемияси натижасида вужудга келадиган мия қон айланишининг етишмовчилиги ва психика ўзгаришлари белгилари билан ифодаланади. Миокард инфарктининг мазкур тури асосида ўткир вужудга келган аритмия, юракнинг систолик ва дақиқалик ҳажмининг камайиши сабабли миянинг қон билан таъминланишининг бузилиши ётади. Миокард инфарктида мияда қон айланишнинг бузилиши белгилари ҳар хил бўлиши мумкин: бир гуруҳ беморларда бош мия ишемиясининг жуда равшан бўлмаган белгилари кузатилади (кўнгил айнаши, қусиш, бош айланиши, бош огриги, қисқа муддатли бехушлик), бошқаларда - бош мия томонидан кескин ифодаланган ўчоқли белгилар (гемипарез, афазия) - улар одатда ўткинчи характерда бўладилар ва миокард инфарктини ўткир даврдан кейин йўқолади.

- Миокард ивфарктининг аритмик тури ҳаётга хатар (қўрқинч) соладиган юрак аритмиялари (хилпилловчи аритмия, қоринчанинг навбатдан ташқари қисқариши, вақти-вақти билан юрак уришининг тезланиши ёки ўткир вужудга келадиган ўтказувчанликнинг бузилиши - атриовентрикуляр ёки қоринча ичидаги блокада) ривожланиши билан характерланади. Юрак мушакларининг метаболизм жараёнлари бузилишлари, электролитлар ўзгариши билан кузатиладиган микроциркуляциянинг издан чиқиши хатар туғдирадиган аритмиялар сабабчиси бўлиб ҳисобланади. Юрак мароми (ритми) бузилишининг клиник манзараси юрак уришининг тезлашиши, юракнинг нотекис уриши, кўкрак босилиши сезгиси кўринишида ифодаланади. Бу ҳолатда миокард инфаркти ташхисини аниқлаш бир мунча қийинчилик туғдиради ва динамикада клиник-электрокардиографик кузатув ўтказишни талаб қилади.

- Миокард инфарктининг белгисиз (огриксиз, "соков") тури ривожланиши тож артерияларнинг аста-секин бекилиши ва компенсатор механизмлар таъсири, хусусан коллатераллар юзага келиши натижасида миокард инфарктининг суст тезликда шаклланиши билан боғлиқ. Хасталикнинг мазкур турида оғрик билинмаслиги мумкин, кўкракда нохуш ҳолат, сабабсиз беҳоллик, кайфият бузилиши сезилади. Текширишда экстрасистолия, тахи - ёки брадиаритмия, артериал гипотензия, юрак товушларининг бўғиқлашганлиги, ўпкада димланиш хириллашлари аниқланиши мумкин. Амалиётда ЭКГ ягона ишончли ташхис усули ҳисобланади, бунда тасодифан ўткир ёки чандикли миокард инфаркти аншуганади. Миокард инфарктининг атипик шакллари орасида белгисиз тури 1-10 фоизни ташкил қилади.

- Миокард инфарктининг шишли тури - шиш ва асцит билан кузатиладиган ўнг қоринча етишмовчилигининг тезда ривожланишидир.

Қайталанувчи миокард инфаркти - олдинги миокард инфарктининг чандикланиши ҳали бошланмасданок янги некроз ўчоқлари ҳосил бўлиши билан ифодаланади ва кечиши давомли бўлади. Шу билан бирга, бирламчи некроз ўчоғи ривожланишига сабабчи бўлган артериялар ҳавзасида (кўпинча давомли тромбоз натижасида) янги зарарланиш соҳалари вужудга келади. Қайталанувчи миокард инфарктининг клиник манзараси тўш суяги орқасида тез-тез хуружсимон оғрик пайдо бўлиши билан характерланади. Миокард инфарктининг мазкур тури ташхиси клиник маълумотларни такрорий гемограмма ўзгаришлари, биокимёвий кўрсаткичлар, қонда ферментлар (АсАТ, ЛДГ, алдолаза ва ҳоказолар) ва ЭКГ текширишлари билан солиштиришга асосланади.

Такрорий миокард инфаркти. Кўпинча биринчи марта миокард инфаркти ўтказгандан кейин 2-3 ой ўтгач вужудга келади, кечиши оғир ўтади. Хасталикнинг мазкур тури ривожланиши бирламчи некрознинг бевосита сабаблари билан боғлиқ эмас, мустақил характерга эга ва тож артерияларнинг бошқа шахобчалари ҳавзасида юзага келади.

2.5. Миокард инфарктнинг асоратлари.

Кардиоген шок - миокард инфарктининг кўп учрайдиган ва оғир асоратларидан ҳисобланади, қоидадек хасталикнинг ўта ўткир даврида ривожланади ва 10-15 фоиз беморларда кузатилади. Мазкур хасталик ривожланиши асосида юрак мушаклари қисқариш фаолиятининг пасайиши, юракнинг систолик ва дақиқалик ҳажмининг камайиши ётади, бу ҳолат артерия системасининг қон билан таъминланиши етишмовчилигига ва артерия босими пасайишига олиб келади. Миокард қисқариш фаолиятининг пасайиши зарарланган ўчоқлардан рефлектор таъсирланиши ва чап қоринча фаолият кўрсатаётган миокард массасининг камайиши натижасида вужудга келади. Шокда ҳаётий аҳамиятга эга бўлган ҳамма аъзоларга қон кам келади, шу сабабли жигарда некроз, меъда-ичак деворларида яра пайдо бўлади. Буйрак филтрацион фаолиятининг кескин пасайиши азотемияга олиб келади. Бунда артериоолларнинг мушак тонуси пасаяди, микроциркуляция ва тўқима метаболизми бузилади. Бир вақтда тож артерияларда ҳам қон оқиши камаяди; бу ҳолат юрак мушаклари

озикланишини ёмонлаштиради ва унинг қисқариш фаолиятини пасайтиради. Некрозлашган юрак мушакларининг парчаланиш маҳсулотлари гистамин хусусиятига эга ва артериоллар мушак тонуси пасайишини вужудга келтириш мумкинлигини инкор қилиб бўлмайди. Метаболик бузилишларнинг оғирлашуви, микроциркуляция шикастланишининг ривожланиши кардиоген шокка хос бўлган ацидозга олиб келади. Хасталикнинг клиник манзараси бемор ташқи кўринишининг ўзгариши билан характерланади: юзи бўзаради, лаблари кўкимтир тус олади, бадан териси ёпишқоқ муздек тер билан қопланган бўлади. Бемор тартибсиз ҳаракат қилади, атрофдагиларга бефарқ қарайди, артерия қон босими кескин пасаяди, сийдик ажралиши сезиларли даражада камаяди (олигурия) ёки мутлақо ажралмайди (анурия).

Тромбоэмболик асоратлар. Миокард инфарктида тромбоэмболия вужудга келишида антикоагулянт (қон ивишига қарши) система депрессияси (фаолиятининг сусайиши), қонда коагулянтлар (қон ивиш жараёнини кучайтирувчилар) микдорининг кўпайиши, қон айланиш етишмовчилигида аъзо ва тўқималарда қон айланишининг бузилиши муҳим роль ўйнайди. Шунингдек, артерияларда ривожланадиган маҳаллий атеросклеротик ўзгаришлар ҳам катта аҳамиятга эга. Кўпинча ўпка артерияси ва унинг шахобчалари тромбоэмболияси кузатилади. Бу асоратнинг клиник манзараси кўп ҳолларда шикатланган қон томирнинг катта-кичиклигига боғлиқ. Кўпинча бу жараёнда тромблар ўпка артериясида тикилиб қолади. Ўпка артерияси тромбоэмболиясида тўсатдан вужудга келадиган ўткир юрак етишмовчилиги хасталикка хос белги ҳисобланади ва ҳансираш, тахикардия, акроцианоз билан ифодаланади. Баъзи ҳолларда ўпка шиши, юрак ритми бузилиши (пароксизмал тахикардия), хилпилловчи (мерцательная) аритмия ривожланади. Тромбоэмболия одатда кўкрак қафасида тўсатдан пайдо бўладиган ва чуқур нафас олганда кучаядиган оғриқ, ҳансираш, йўтал, қон тупуриш билан кузатиладиган ўпка инфарктига олиб келади. Рентгенограммада ўпкада асоси плевра томонига қараган учбурчак шаклдаги қора доғ аниқланади.

Юрак астмаси ва ўпка шиши чап қоринчанинг ўткир етишмовчилиги натижасида ривожланади. Чап қоринча фаолияти сусайиб кетишидан чап бўлмачада ва ўпкада қон димланади, кичик қон айланиш доирасидаги капиллярлар ўтказувчанлиги ошади. Қоннинг суюқ қисми ўпка тўқималарига, алвеолаларга сингиб кетиб, ўпка шишини юзага келтиради. Миокард инфарктида астма хуружи ҳаво етишмаслиги, нафас қисиши, бўғилиш билан бошланади. Қўрқув, ваҳима пайдо бўлади. Бемор ҳавони оғзи билан ютишга ҳаракат қилади, ўрнида ўтириб олади (ортопноэ ҳолат). Нафас олиши тез-тез ва юзаки. Шовқинли нафас бронх шиллиқ парадасининг шишганлигидан далолат беради. Шиш кучайиши оқибатида ўпкада хириллаш пайдо бўлади, балғам ажралади, ҳансираш ва кўкариш кучаяди, алвеола шиши кўпаяди, у ҳатто масофада ҳам эшитилади (нафас хириллаши, "қайнаётган самовар" товуши). Бемор йўталади, кўпикли, қизил рангли балғам тупуради. Ўпканинг алвеола шиши хасталикнинг оғир кечишини кўрсатади ва оқибатини ёмонлаштиради: ўлим хавфи ўртача 50 фоизни ташкил қилади. Юрак астмаси ва ўпка шиши миокард инфаркти асорати сифатида 10-25 фоиз беморларда учрайди.

Юрак маромининг бузилиши йирик ўчоқли миокард инфарктининг кўп учрайдиган ва хавфли асоратларидан ҳисобланади, аксарият, қоринча экстрасистолияси, кам ҳолларда бўлмача хилпиллаши юзага келади. Аритмия, аксарият, хасталикнинг ўта ўткир даврида, айниқса ангиноз хуружидан кейинги биринчи соатларда ривожланади. Кўпинча кўп сонли маром ва ўтказувчанлик бузилишлари кузатилади. Одатда улар жуда беқарор, хаотик ҳолатда бир-бири билан алмашадилар, оз муддатга (дақиқа, соат) йўқолиб, яна янгидан пайдо бўлишлари мумкин. Бундай беқарорлик сабабини ўткир тож артериялар етишмовчилигида ривожланадиган морфологик, метаболик, гемодинамик ўзгаришларида қидириш керак. Аритмиянинг вужудга келиши миокард инфарктининг кечишини ва оқибатини оғирлаштиради, чунки аритмия кўпгина гемодинамик бузилишларини, авж олиб борувчи юрак етишмовчилигини чақиради ва кўпинча юрак тўхташига ҳам олиб келади.

Юрак қоринча деворининг ёрилиши йирик ўчоқли трансмурал миокард инфарктида касалликнинг 2- ва 10-кунлари орасида вужудга келади. Хасталикнинг клиник манзараси тўсатдан коллапс билан намоён бўладиган оғрик хуружи билан ифодаланади: бемор бўзаради, веналари бўртиб чиқади, юрак чегаралари катталашади, юрак товушлари йўқолади, томир уриши сезилмайди, артерия босими аниқланмайди, бир неча дақиқалардан кейин хушдан кетади ва юрак тампонадаси натижасида нобуд бўлади.

Ўткир юрак аневризми катта трансмурал миокард инфарктининг биринчи ҳафтасида 20 фоиз беморларда ривожланади. Мазкур жараён чап қоринчанинг олдинги деворида жойлашганда юрак соҳасида патологик юрак тепиши аниқланади, гоҳида систолик шовқин эшитилади. ЭКГда динамик ўзгариш йўқлиги ("котиб қолган" ЭКГ) S-T оралигининг 2 ой мобайнида ўрта тўғри чизигда тушмаслиги ташхисни тасдиқлайди. Рентген текширишида чап қоринчанинг бўртиб чикдан жойи кўзга ташлайди.

Дресслер синдроми - бир вақтда перикард (юрак олди халтаси), плевра (ўпка пардаси) ва ўпканинг яллиғланиши билан ифодаланади.

- Перикардит кўкрак қафасида оғрик, перикард ишқаланиш шовқини, ҳарорат кўтарилиши, лейкоцитоз, ЭЧТ ортиши билан намоён бўлади. Перикард бўшлиғига суюқлик йиғилса ҳансираш пайдо бўлади, юрак чегараси кенгаяди, перикард ишқаланиш шовқини йўқолади, тонлар жарангдорлиги пасаяди.

- Инфарктдан кейинги синдромда плеврит қуруқ ёки нам бўлиши мумкин. Ўпка пардасининг қуруқ яллиғланишида шунга хос плевранинг ишқаланиш шовқини эшитилади.

- Ўпкада зотилжам ривожланганда майда пуфакли нам хириллаш эшитилади, қонда лейкоцитлар кўпайгани, ЭЧТ тезлашгани аниқланади.

ТАШХИСИ характерли клиник манзара, анамнез, қон ферментлари фаоллиги ва ЭКГ маълумотлари асосида қўйилади. Миокард инфарктининг ишончли ташхисида 3 меъзондан камида иккитаси мавжуд бўлиши шарт:

- Кўкрак қафасида характерли оғриқнинг давомли хуружи.
- ЭКГ нинг типик ўзгаришлари.
- Қон ферментлари (АлАТ, АсАТ, ЛДГ, КФК) фаоллигининг ошиши.

Майда ўчоқли миокард инфарктида оғриқ хуружининг жадаллиги ва давомийлиги, қондаги реактив ўзгаришлар, тана ҳарорати, қон зардоби ферментларининг фаоллиги, ҳамда ЭКГ ўзгаришлари одатда кам даражада ифодаланган. Майда ўчоқли миокард инфаркти қоидавий ҳолда ЮИК ва кардиосклероз билан узоқ йиллар давомида хасталанган беморларда кузатилади.

2.6 Миокард инфарктнинг қиёсий ташҳиси.

Миокард инфарктининг белгиларини ўхшаш касалликлар билан фарқлаш керак.

Стенокардиядан фарқи миокард инфарктида оғриқ кескин ва узок давом этади. Нитроглицерин оғриқни йўқотмайди, фақат салгина камайтиради. Умумий безовталиқ кузатилади, стенокардияда эса бемор маълум бир ҳолатда қотиб қолгандек туради. Миокард инфарктида шок манзараси ривожланади, ҳарорат кўтарилиши, артерия босими пасайиши, лейкоцитоз, ЭЧТ ошиши, юрак етишмовчилиги белгилари ва характерли ЭКГ ўзгаришлари кузатилади.

Ўпка артерияси тромбоемболиясига кучли оғриқ, ифодаланган ҳансираш, цианоз, тахикардия, қон тупуриш, шок характерли, қонда лейкоцитоз, ЭЧТ, АсАТ, ЛДГ ферментлар фаоллиги ошади. ЭКГда ўткир ўпка юраги манзараси. Кўрсатилган маълумотлар аниқланмаса ўпка артерияси системасида патология инкор этилади

Аортанинг ёйилган (қатламларга ажралган) аневризмида кескин оғриқ кўпинча елкага, белга, қорин бўшлиғига тарқалади. Мазкур жараён юқори ва барқарор артерия босими билан кузатилади. Аорта аневризмида оғриқ тўхта тувчи воситалар самараси кам, қонда ферментлар фаоллиги меъёрий даражада, ЭКГда миокард инфарктига хос ўзгаришлар йўқ.

Миокард инфаркти гастралгик турининг қорин бўшлиғидаги кўпчилик аъзолар касалликлари (ўткир гастрит, меъда ва ўн икки бармоқ ичак яраси тешилиши, ўткир панкреатит ва холецистит) билан ўхшашлигининг мавжудлиги ташҳисни қийинлаштиради. Бу вазиятда анамнез маълумотларини синчиклаб ўрганиш (олдинги йилларда ўтказилган касалликларни, мазкур хасталиқни бевосита вужудга келтирувчи сабабларни аниқлаш), Эътибор билан беморни текшириш, ЭКГ ва лаборатория кўрсаткичлари муҳим аҳамият кашф этади. Қорин бўшлиғи аъзолари касалликларига кучли ва давомли оғриқнинг типик жойлашиши ва тарқалиши, такрорланувчи қусиш, метиоризм характерлидир.

Спонтан (ўз-ўзидан вужудга келадиган) пневмоторакс (соғлом одамлардаги пневмоторакс), айниқса чап томонда вужудга келса, ўткир миокард инфарктини эслатади. Пневмоторакс одатда ёшлиқ даврларда ривожланади. Бунда оғриқ кескин бўлиб, кўкрак қафасининг юрак соҳасида жойлашади, ҳансираш, тахикардия, цианоз, артерия босимининг пасайиши билан кузатилади; агар пневмоторакс плеврит билан асоратланмаса, иситмалаш, лейкоцитоз, ЭЧТ

ривожланмайди, ЭКГда миокард инфарктига хос ўзгаришлар қайд қилинмайди. Рентген текширишлари ташхисни тасдиқлайди.

Миокард инфарктида кўпинча сурункали юрак аневризми юзага келади. Унинг ташхисини аниқлашда ЭКГ ва рентгенография муҳим аҳамиятга эга. Мазкур хасталикка чуқур, қотиб қолган С5 тишчаси ёки С28 характер.

Амалиётдан мисоллар:

6 йилдан бери ЮИК Билан хасталаниб юрган 48 ёшли бемор уйига врачни чақиртирди. Бемор нитроглицерин қабул қилишига карамасдан унинг жисмоний харакати кескин чегарланган, юрагидаги кучли оғрик тўхтамаган. Врач беморнинг уйига келганда унда хаво етишмаслиги кучайган ва совуқ тер босган, артерия босими 110/60 гача пасайган. Қисқа вақт ичида юраги гоҳ тез уриб, гоҳ секинлашган. Наркотик дорилар берилганда оғрик бутунлай қолмаган. Юраги тез ураётганда телефон оркали ЭКГ килинган.

Назорат саволлари:

1. ЮИК бу нима?
2. ЮИКнинг хафли омиллар нимадан иборат?
3. МИнинг нечта босқичини биласиз ва уларнинг замонавий диагностикаси?
4. МИнинг атипик шаклларига нималар киради ва уларнинг замонавий диагностикаси?
5. МИнинг асоратларини замонавий диагностикаси?
6. МИни қайси касалликлар билан таққослайсиз?

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Dennis Kasper, Anthony Fauci, Stephen Hauser, Dan Longo, J Jameson, Joseph Loscalzo. - Harrison's Principles of Internal Medicine 19/E (Vol. 1 Vol2) - USA 2015 English. .P.-1442-1449
2. Robert E. David P – Textbook of family medicine – USA, 2016
John Murtagh - General Practice 6th Revised edition - Australia 2015 English.
3. Judth Tintinalli, J. Stapczynski, O. John Ma, David Cline, Rita Cydulka, Garth Meckler. – Tintinalli's Emergency Medicine; A Comprehensive Study Guide, (Emergency Medicine Tintinalli) - USA, 2015 McGraw – Hill Education, English.
4. GadayevA., KarimovM. Sh., AxmedovX.S. Ichki kasalliklar propedevtikasi.- T., 2012, b. 70.

3-мавзу: Сурункали буйрак касаллиглари (СБК)

ташхислашда замонавий диагностика усуллари кўллаш.

Режа:

1. СБК.Тарифи. Масаланинг долзарблиги. Этиологияси. Патогенези.
2. СБК таснифи.
3. СБЕ клиникаси. Замонавий текшириш усуллари

Таянч иборалар: СБК- сурункали буйрак касаллиги, СБЕ – сурункали буйрак этишмовчилиги, АБ - артериал босим, АГ – артериал гипертензия, ҚАЕ - қон айланиш этишмовчилиги, КФ - коптокчалар фелътацияси, ЮТС- юрак-томир синдроми, ЭКГ – электрокардиограмма, ЭхоКГ - эхокардиография
Гемодиализ- ярим ўтказувчан мембрана орқали азот алмашинуви ҳосиллари қондан диффузия йўли орқали тозаланади, Перитонеал диализ- бунда қорин бўшилигига юборилган эритма орқали қон ва организмдаги суюқликлардан турли хил моддалар диализга учрайди.

3.1 СБК тарифи. Сурункали буйрак касаллиги (СБК) – бу ҳамма прогрессияланувчи буйрак касалликларида ривожланувчи симптомокомплекс булиб, асосида нефронларнинг боскичма-боскич халок булиши этади, бу эса буйракнинг экскретор функциясининг ва инкретор функциясининг, модда алмашинувининг, орган ва системаларнинг функциясининг, нордон- ишкорий мувозанатнинг бузилишига олиб келади.

ЭТИОЛОГИЯ

- Буйрак паренхимаси шикастланиши:
Сурункали гломерулонефрит, сурункали пиелонефрит, буйрак поликистози, буйрак туберкулези, буйрак амилоидози.
- Сурункали юрак-кон томир касалликлари:
Артериал гипертензия, буйрак томирлари касалликлари (фибромускуляр, атеросклеротик, интрамурал буйрак артериялари стенози).
- Системали касалликлар:
Системали кизил тошма, ревматоид артрит, склеродермия, тугунчали периартериит, дерматомиозит, геморрагик васкулит, миелом касаллик.
- Эндокрин касалликлар:
Кандли диабет, гиперпаратиреоз
- Сийдик йулларининг механик еки динамик обтурацияси:
Буйрак тош касаллиги, туберкелез уретрити, сийдик чикариш найчаларининг усма билан сиқилиши, простата аденомаси, уретра стриктураси ва б.

ПАТОГЕНЕЗИ

- Буйракнинг ажратиш функциясининг бузилиши ва натижада азот алмашинуви моддаларининг организмда ушланиши (мочевина, креатинин, сийдик кислотаси, аминокислоталар, фосфатлар, сульфатлар, фенол). Бу моддалар марказий нерв системасига ва бошка орган ва системаларга токсик таъсир этади.

- Электродит моддалар алмашинувининг бузилиши (гипокальциемия, гиперкальциемия⁵ - Суюклик балансининг бузилиши
- Буйракнинг кон ишлаб чикариш функциясининг бузилиши (эритропоэтин ишланишининг бузилиши).
- Кислота-ишкор алмашинувининг метаболит ацидоз тарафига бузилиши.
- Буйракнинг прессор функциясининг активацияси ва артериал гипертензияга олиб келиши.
- Орган ва системалар огир дистрофик узгаришлар ривожланиши.

3.2.СБЕ таснифи.

Латент боскич:

Шикоятлари йук. Диурез нормада. Гемоглобин >100. Мочевина - 8.8 моль/л. Креатинин-0.18 ммоль/л. Коптокчалар филтацияси - 45-60 мл/мин. Кон электродитлари – нормада. Метаболит ацидоз йук.

Компенсатор боскич:

Шикоятлари: диспепсия, огиз куриши, тез чарчаш. Диурез-полиурия. Гемоглобин 83-100. Мочевина - 8.8-10 моль/л. Креатинин - 0.2-0.28 ммоль/л. Коптокчалар филтацияси - 30-40 мл/мин. Кон электродитлари – гипонатриемия кузатилиши мумкин. Метаболит ацидоз-йук.

Интермиттация боскичи:

Шикоятлари: диспепсия, чанкаш, тез чарчаш, бош огриги, уйку бузилиши, кунгил айнаши. Диурез - кучли полиурия. Гемоглобин – 67-83. Мочевина – 10.1-19.0 моль/л. Креатинин - 0.3-0.6 ммоль/л. КФ Коптокчалар филтацияси - 20-30 мл/мин. Кон электродитлари – гипонатриемия, гипокальциемия. Метаболит ацидоз - урта даражада ривожланган.

Терминал боскичи:

Буйракни суюклик ажратиш функцияси сакланган. КФ: 10-15 мл/мин.

Азотемия. Ацидоз урта даражада.

Олиго-, анурия, суюклик ушланиши, дисэлектрлитемия. Гиперазотемия.

Ацидоз. Юрак-кон системасида узгаришлар бошланади. Артериал гипертензия. КАЕ- II А-Б Огир уремия, гипертазотемия (>28,5 ммоль/л), дисэлектродитемия, ацидоз декомпенсацияланган. Огир юрак ва кон айнаш етишмовчилиги, юрак астмаси хуружлари, анасарка, ички органлар огир дистрофияси.

3.3.СБЕ клиникаси.

1. Астеник синдром (холсизланиш, уйкусираш)
2. Дистрофик синдром (тери куруклашиши, кахексия)
3. Ошкозон-ичак синдроми (иштаха камайиши, диарея, ошкозон-ичак геморрагияси, стоматит)

⁵ Robert E. David P – Textbook of family medicine – USA, 2016.,P.-33-37

4. ЮТС-юррак-томир синдроми (артериал гипертензия, юрак етишмовчилиги, курук еки экссудатив перикардит)
5. Геморрагик синдром (анемия, геморрагиялар)
6. Анемик синдром
7. Суяк-бугим синдроми (остеопороз, иккиламчи подагра)
8. Нерв системасининг шикастланиши (уремик энцефалопатия, полинейропатия)
9. Сийдик синдроми (гипостенурия, протеинурия, микрогематурия, цилиндрурия, никтурия).

СБЕ да замонавий текшириш усуллари:

- Кон ва сийдик анализи
- Суткали диурез
- Кон биохимик текшириши: умумий оксил, оксил фракциялари, мочевина, креатинин, билирубин, калий, кальций, натрий, кислота-ишкор баланси.
- Буйракларни ультратовуш текшириш
- Буйрак радиоизотоп ренографияси
- Куз туби томирларини текшириш
- ЭКГ, ЭхоКГ.

Назорат саволлари:

1. Сурункали буйрак касалликларга олиб келувчи касалликларни айтиб беринг?
2. Сурункали буйрак касаллигини нг патогенези нимадан иборат?
3. СБКнинг клиник белгиларинг айтиб беринг.
4. СБК замонавий диагностика усуллари

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Judth Tintinalli, J. Stapczynski, O. John Ma, David Cline, Rita Cydulka, Garth Meckler. – Tintinalli’s Emergency Medicine; A Comprehensive Study Guide, (Emergency Medicine Tintinalli) - USA, 2015 McGraw – Hill Education, English.
2. Dennis Kasper, Anthony Fauci, Stephen Hauser, Dan Longo, J Jameson, Joseph Loscalzo. Harrison’s Principles of Internal Medicine 19/E (Vol. 1 Vol2) - USA 2015 English.,P.-332e-1
3. Robert E. David P – Textbook of family medicine – USA, 2016.,P.-33-37
4. John Murtagh - General Practice 6th Revised edition - Australia 2015 English.
5. GadayevA., KarimovM. Sh., AxmedovX.S. Ichki kasalliklar propedevtikasi.- T., 2012, 708 b.

6. Каримов М.Ш. и др. Пропедевтика внутренних болезней методические рекомендации. Ташкент 2011. Часть 1-3.

4-мавзу: Ошкозон ва 12 бармоқ ичакнинг яра касаллигини ташхислашда замонавий диагностика усуллари кўллаш.

Режа:

1. Маърузанинг мақсад ва вазифалари
2. Этиологияси ва патогенезини ёритиш
3. Тасниф ва клиникаси
4. Замонавий диагностика усуллари

4.1 ТАРИФИ. Қайталаниб турувчи ва жадаллашишга мойил касаллик бўлиб, меъда ва ўн икки бармоқ ичакда яра иллоти содир бўлиши билан ифодаланadi.

ТАРҚАЛИШИ. Балоғатга етган аҳолининг 2-5% яра касаллигига чалинган, кўпинча 25-30 ёшлардаги эркакларда учрайди. Дуоденум яраси меъдага нисбатан 3 марта кўп. Яра касаллиги кўпайишини урбанизация, тартибсиз овқатланиш, ташқи муҳитнинг ифлосланиши ва тўқима гипоксиясининг ривожланиши билан боғлайдилар.

ЭТИОЛОГИЯСИ.

- **Алиментар омил** - одатдаги овқатланиш ритмини ўзгариши, ўткир таъсирловчи (қовурилган, аччик, шўр, дудланган) таомларни истеъмол қилиш натижасида шиллик парданинг шикастланиши гастринни кўп микдорда ажралишини вужудга келтиради, бу ҳолат меъда гиперсекрецияси билан кузатилади. Овқат ҳажми ҳам аҳамиятли: кўп микдорда овқатни қабул қилиш натижасида меъданинг механик чўзилиши шира ажралишини кучайтиради.

- Табак чекишлик яра ривожланишига шароит туғдиради. Никотин меъда қон томирларини торайтиради, шира ажралишини ва меъда моторикасини кучайтиради; меъда ости беги бикарбонат секрециясини камайтираши мумкин, бу ҳолат ўн икки бармоқ ичакда РН ни пасайтиради, меъда пепсиноген ажралишини кучайтиради.

- Алкогол - шиллик пардани бевосита таъсирлайди ва меъда шираси ажралишини кучайтиради.

- Дори-дармонлар. Кўп микдорда аспирин ва бошқа яллигланишга қарши носпецифик моддалар (ЯҚНМ) қабул қилган артритли беморларнинг тахминан 30 фоизида яра вужудга келиши аниқланган.

- Давомли ёки тез-тез қайталанувчи асаб-руҳий тарангланиш, бош миянинг механик шикастланиши (чайқалиши), нерв системасининг дистрофик ўзгаришлари, бошқа аъзолардан рефлектор таъсир натижасида мия ости ва гипоталамус фаолиятига мия пўстлоғи таъсирининг бузилиши, адашган нерв

марказининг барқарор қўзғалиши яра касалликлари ривожланиши сабабларидан бўлиши мумкин.

- Буйрак усти, мия ортиги (гипофиз) ва жинсий безлар гормонлари бошқаруви механизмларининг бузилиши хасталикнинг вужудга келишида алоҳида ўрин эгаллайди. Глюкокортикоидлар меъда шираси таркибидаги хлорид кислотаси микдорининг кўпайишини ва унинг хазм таъсири кучайишини вужудга келтиради. Баъзи беморларда стероидли гормонларни қўллаш меъда ва ўн икки бармоқда яра ривожланиши натижасида кон кетишни чақиради. Аёлларда, эркакларга нисбатан, яра касаллики кам учраши тухумдон гормонининг таъсири билан боғлиқ. Эҳтимол, эстерогенлар яра касаллиги ривожланишини тўхтатади. Маълумки, хомиладорлик яра битишига ижобий таъсир кўрсатади, менопауза эса, яра касаллиги ривожланишига сабабчи бўлади. Хайз кўриш даврида хасталикнинг зўрайиши қонда эстерогенлар микдорининг камайиши билан боғлиқ.¹

Harrison's Principles of Internal Medicine 19/E (Vol. 1 Vol2) - USA 2015 English.,P.-2045

- Ирсий омиллар:

1. якин кариндршларда хасталикка чалиниш хавф-хатари 10 мартадан ортиқ.
2. О (I) гуруҳ қонли одамларда яра касаллигига дучор бўлиш эҳтимоли 30-40%дан юқори.

- Инфекция - хеликобактер пилорининг яра чақирувчи (улцероген) штамлари аниқланган. Антрал бўлимнинг шиллиқ пардасида *Helikobacter pylori* (HP) мавжудлиги меъда яра касаллигида 68-90%, ўн икки бармоқ яра касаллигида 63-100% беморларда аниқланган.

4.2 ПАТОГЕНЕЗИ. Яра касаллиги ривожланиши механизми асосида «тажовузкор» ва «ҳимоячи» омиллар ўртасидаги физиологик мувозанатнинг бузилиши ётади.

Тажовузкор омиллар:

- меъда ширасининг хлорид кислотаси ва пепсин;
- ўн икки бармоқ ичакдан ўтнинг (дуоденал-гастралгик рефлюкс) ошқозонга тушиши;
- меъда ва ўн икки бармоқ ичак дисмоторикаси;
- *Helikobacter pylori*
- Гистамин ва серотонин кислотали пептик омил фаоллигини оширади ва мембрана ўтказувчанлигини кучайтиради.

«Ҳимоячи» омиллар:

- таркибида нейтрал мукополисахаридлар бўлган меъда ва ўн икки бармоқ; шиллиги;
- сиало- ва сульфомуцинлар;
- тўқима регенерацияси;
- нормал маҳаллий қон айланиши;

- баъзи бир хазм гормонлари - секретин, гастрон, энтерогастрин меъда яраси ривожланишида «ҳимоячи» омилнинг заифланиши, ўн икки бармоқ; ярасида эса «тажовузкор» омилнинг кучаймиши аҳамиятга эга.

4.3 ТАСНИФИ.

- Клиник-морфологик белгиларига қараб: меъда яра касаллиги ва ўн икки бармоқ яра касаллиги тафовути қилинади.
 - Шикастланишнинг жойлашишига қараб: кардия қисми, меъданинг кичик эгрилиги, меъданинг препилорик бўлими, ўн икки ичак пиёзчасида, пиёзчадан ташқари бўлим (постбулбар) яра касаллиги.
 - Кечиши даврига қараб: зўрайиши, зўрайиш сўниши, ремиссия.
 - Кечиши огирлигига қараб: хатарсиз чўзилувчан (барқарорли), жадаллашувли.
1. Хатарсиз кечишида яра иллоти кичик, юза, қайталаниши кам, асоратсиз; консерватив даво бир ой чамасида ифодаланган ижобий самара беради;
 2. Чўзилувчан кечишида даволаш самарадорлиги етарли эмас, узок вақт давом этади, бир йил ичида қайталаниши мумкин;
 3. Жадаллашувли кечишида даволаш натижаси паст, асоратлар ривожланиши мумкин, қайталаниши тез-тез;
 4. Асоратлар мавжудлигига қараб: асоратлашган ва асоратлашмаган.

Клиник кўриниши.

Меъда ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги баъзан белгисиз кузатилади. Хасталикнинг мазкур турида жараён тўсатдан қон қусиш ёки яра тешилиши кўриниши билан ифодаланади. Ўн икки бармоқ ичак «соқов» ярасида нажас қорангда бўлади (таркибида қон мавжудлиги хисобига), кўпинча.

Шикоятлари:

Огриқ - хасталикнинг зўрайиши даврида етакчи белги хисобланади. Огриқ сезгисини вужудга келтирувчи сабаблар қуйидагилар:

1. меъда ва пилорус мускулларининг кискариши;
2. томир девори кискариши натижасида вужудга келувчи ишемия;
3. яллигланиш жараёни натижасида қоринпарда таъсирланиши;
4. нордон меъда шираси иштирокида яра сатхининг таъсирланиши.

Жойлашиши - яра меъданинг кичик эгрилигида жойлашганда оғрик қориннинг юқори соҳасида (тўш суягининг ханжарсимон ўсимтаси остида), ўн икки бармоқда - ўрта чизикдан ўнг томонда эпигастрия соҳасида, кардия бўлимида эса ханжарсимон ўсимта орқасида вужудга келади. Лекин огриқнинг атипик жойланишлари ҳам кузатилади (чап қовурга остида, эссимон ичак соҳасида, белнинг ўнг томонида, ўт пуфаги ўрнида).

Тарқалиши ҳам турлича: яра кичик эгриликда жойлашганда огриқ аксарият ўрта чизикдан ўнг томонда эпигастрия соҳасида, кардия бўлими ярасида - ханжарсимон ўсимта ортида; ўн икки бармоқ ичакда эса - киндикдан 5-7 см юқорида сезилади. Огриқнинг кучайган даврида тарқалиши кардия бўлими ярасида - юқорига ва чапга, ўн икки бармоқ пиёзчаси ярасида - ўнг қовурга остида кузатилади.

Таомни қабул қилишга қараб қуйидаги турларга бўлинади:

- эрта оғрик - овқатлангандан 0,5-1,5 соат ўтгач,
- кечки - 2-4 соатдан сўнг;
- тунги
- «оч қорин» оғриқлари.

Эрта (барвакт) оғрик кўпинча меъданинг юкори бўлимидаги ярада, кечки-меъданинг антрал қисми ва ўн икки бармоқ ичак ярасида кузатилади.

Кучайиши – одатда дагал, шўр, аччиқ, қовурилган таомлар истеъмол қилгандан сўнг ривожланади. Дуоденум ярасида оғрик «оч қоринга» ва тунда содир бўлади, овқат ёки сўда эритмаси истеъмолидан сўнг, қоринга иситқич қўйгач, қусишдан сўнг пасаяди. Перигастрит ва перидуоденитда оғрик жисмоний меҳнатда кучаяди.

Фарқланиш хусусиятлари:

- **даврийлик** - зўрайиш ва ремиссия даврларининг алмашилиши;
- **ритмлик** (уйғунлик) - оғриқнинг овқатланишга боғлиқлиги;
- **мавсумлик** - хасталик аксарият, баҳорда ва кузда, баъзи-ларда эса қишда ва ёзда зўраяди; овқат, антацидлар, антихолинергик дорилар қабул қилгач, қоринга иситқич қўйгач ёки қусишдан сўнг оғрик камаяди ёки йўқолади.

Қусиш - яра касаллигининг иккинчи белгиси бўлиб, меъда ярасида кўпроқ, ўн икки бармоқ ярасида эса камроқ кузатилади. Қусиш яра касаллигида кўнгил айнишисиз, оғриқнинг энг кучайган даврида содир бўлади. Наҳорда фаол меъда ширасининг ажралиши кўпинча қусиш билан кузатилади. Овқат қолдиқлари билан эрталабки қусиш меъданинг эвакуатор фаолиятининг бузилишидан далолат беради. Қусишнинг икки тури тафовут қилинади:

- гиперсекреция таъсирида яра сатҳининг таъсирланишига боғлиқ;
- меъда пилорик бўлимининг стенози ёки унинг давомли қисқариши натижасида содир бўлувчи қусиш бемор ҳолатини енгиллаштиради.

Диспепсия ҳолатлари.

Жигилдон қайнаши аксарият овқатлангандан сўнг, кам ҳолларда - наҳорда кузатилади. Бу ҳолат ҳар вақт ҳам маъда гиперсекрецияси туфайли содир бўлмайди. Унинг механизми қизилўнгач ва ошқозон мотор фаолиятининг бузилиши билан боғлиқ, яъни антиперисталтика натижасида меъда ширасининг қизилўнгачга тушиши натижасида вужудга келади.

Нордон кекириш - кардия бўлимининг етишмовчилиги ва ошқозон ички босимининг кўпайиши натижасида меъда ширасининг қизилўнгачга кайтиб тушиши (регургитацияси) билан боғлиқ¹

Кўнгил айниши, палағда тухум ҳидли кекириш асоратсиз яра касаллигида кам учрайди. Мазкур симптомлар давомли спазм ва пилорусни ёки ўн икки бармоқ ичак пиёзчасининг яллигланиш шиши туфайли меъда эвакуатор фаолиятининг бузилишини кўрсатади, ремиссия даврида бу ҳолатнинг сақланиши пилоруснинг чандикли стенозидан дарак беради.

Иштаҳа яра касаллигида, кўпинча ўн икки бармоқ ичак ярасида, сақланибгина қолмай, гоҳида кучаяди, лекин беморлар оғрик кўрқинчидан таом истеъмолини чегаралайдилар, натижада орюшйдилар.

Қабзият хасталикнинг зўрайган даврида кузатилади, овкат табиати, кўрпак-тўшак тартиби ва йўгон ичак нерв-мушак тонусининг бузилиши билан боғлиқ.

Кўздан кечириш - беморнинг умумий ҳолати қониқарли қолади, тил сатҳи одатда тоза, нам.

Пальпация. Хасталикнинг зўрайиш даврида яра меъданинг олдинги ёки ён деворида ёки ўн икки бармоқ ичак ичида жойлашган бўлса қорин пардасининг таъсирланиши натижасида қорин мушакларининг таранглашиши (тўғри мушакнинг юқори қисми дефанси) кузатилади. Гоҳида наҳорда «шовуллаш» шовқини аниқланади, бу ҳолат меъда ширасининг гиперсекрецияси билан чақирлиши мумкин ёки меъда чиқиш қисмининг торайиши белгиси (спазм, стеноз) ҳисобланади.

Harrison's Principles of Internal Medicine 19/E (Vol. 1 Vol2) - USA 2015 English.,P.-2045

Лаборатория текширишлари.

Секрецияни кучайтирувчилардан (гистамин) фойдаланиб меъдани фракцион усулда зондланганда, кўпинча шира микдорининг кўпайганлиги ва унинг юқори кислоталилиги аниқланади. Меъда ширасининг гиперсекрецияси адашган нерв кўзғалувчанлигининг ортиши ва кўп микдорда гастрин ажралиши натижасида чақир-лади.

Меъда шиллик пардасининг морфологик ва функционал ўзгаришлари - париетал хужайралар микдорининг кескин кўпайиши, юборилган гистаминга жавобан меъда секретор фаоллигининг кучайиши кузатилади.

Нажасда яширин қон аниқланиши, периферик қонда ретикулоцитоз топилиши қонаётган яра мавжудлигини тасдиқловчи далил ҳисобланади.

Сийдикда кўпинча протеолитик фермент - уропепсин микдорининг кўпайиши аниқланади. Уропепсинни текшириш усулида меъда ширасининг кислоталик даражаси тўррисида зондлашсиз маълумот олинади.

Рентген текширишлари:

Морфологик (бевосита) белгилар: яра «токчаси», яранинг чандиқ билан битиши натижасида ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак шаклининг барқарор ўзгариши.

Функционал (билвосита) белгилар: ярага («токчага») йўналган меъда танасининг катта эгрилигидаги регионар спазми, перисталтика кучайиши, наҳорги гиперсекреция.

Гастрофиброскопия - яра нуқсон шаклини, ҳажмини, чуқурлигини, асоратлар борлигини аниқлайди.

ТАШҲИСИ клиник маълумотларга (хасталик зўрайишининг даврийлиги, мавсу-мийлиги, ритмлилиги, лаборатория, рентген ва эндоскопия маълумотларига асосланади).

ҚИЁСИЙ ТАШҲИСИ клиник белгилари ўхшаш касалликлар билан ўтказилади.

Сурункали гиперацидли гастритнинг кўп белгилари (огрик, жигилдон қайнаши, кекириш, қусиш) яра касаллиги билан умумий. Яра касаллигида, гастритдан фарқи, оғрик шиддатли ва овқатланишдан сўнг содир бўлади. Гастритга «очлик» ва «тунги» огрик, хас-талиқнинг цикл билан кечиши ва мавсумий қайталаниши кам характерли. Яра касаллигини сурункали гастритдан фарқлашда рентген ва эндоскопия текширишлари муҳим аҳамитга эга. Ҳаётда бу икки касаллик биргалиқда кечиши ҳам мумкин.

Сурункали холециститда огрик хуружи ёглиқ таом истеъмолидан кейин кучаяди, бир неча кун безовта қилади, эпигастрия ёки ўнг қобирга ости соҳасида жойлашади, ўнг елкага ва кўкракка тарқалади, қусишдан сўнг огрик босилмайди. Сурункали холециститда меъда секрецияси паст, яра касаллигида эса баланд. Дуоденумни зондлаш (лейкоцитлар-эпителия хужайралари ва шиллиқ кўп миқдорда) ҳал қилувчи аҳамиятга эга.

Меъда фаолиятининг бузилишида ҳам яра касаллигига ўхшаш жигилдон қайнаши, «очлик» огриги, меъда гиперсекрецияси кузатилади. Лекин, функционал диспепсияларда огриқни овқатланишга ва хасталиқни цикл билан к-чишига аниқ борлиқлиги кузатилади. Анамнезда ошқозондан қон кетганлигига кўрсатма, яра борлигини тасдиқловчи рентген ва эндоскопия маълумотлари, нажасда яширин қон топилиши функционал бузилишларни инкор қилади.

ЯРА КАСАЛЛИГИНИНГ КЛИНИК ТУРЛАРИ. Хасталиқнинг клиник кўринишлари яра жойлашишига, бемор ёшига ва жинсига, асоратлар характерига боғлиқ.

Ўн икки бармоқ ичак яра касаллигини ошқозон ярасидан фарқи, «кечки», «очлик» ва «тунги» огриқлар, меъда шираси кислоталигининг кўпайиши, тез-тез қон оқиши ва кам ҳолларда ўсмага айланиши характерли.

Ёшлиқ чоғлардаги яра касаллиги ўзига хос хусусиятга эга: доимо ўн икки бармоқ; ичакда жойлашади, кучли огрик хуружлари, меъда ширасининг юқори кислоталиги, тез-тез қайталаниши билан кузатилади, меъда пилорик бўлими стенози кўпроқ учрайди.

Аёлларда яра касаллиги кўпинча яширин кечади, яра тешилиши ва қон кетиши асоратлари, эркакларга қараганда, кам учрайди. Яра касаллигининг аёлларда енгил ке-чиши, эҳтимол, тухумдон гормони таъсири билан боғлиқ.

КЕЧИШИ турлича. Ташҳис эрта аниқланганда ва хасталиқ тўғри даволанганда мутлақо согайиш мумкин. Гоҳида жараён кўп йилларга чўзилади, гоҳ пасаяди, гоҳ вақти-вақти билан зўраяди.

АМАЛИЁТДАН МИСОЛЛАР:

27 ёшли хайдовчи поликлиникага куйидаги шикоятлар билан мурожат килди - эпигастрал соҳада огрик, огрик овқатлангандан сунг 1,5-2 соат утиб ва кечаси

кучаяди, жигилдон кайнаш, кабзиятга, озишга. Бир неа ойдан бери касал. Сураганда бемор регулар овкатланади, купинча курук овкатлар, чекади, спиртли ичимликлар истъемол килади 1-2 марта хафтасига. Беморнинг отаси яра касаллиги билан огриган. Курувда семизли мойиллик, жиззаки. Ўпкада везикуляр нафас. Юрак тонлари аник. Пульс 60та бир минутада ритмик. АКБ 90/60 мм.рт.ст. Тили нам, ок караш билан копланган. Корни пальпацияда юмшок, огрик эпигастрал сохада урта чизикнинг унг томонидан.

ХУЛОСА.

Демак, ошкозон ва ун икки бармоқли ичак яра касаллиги тиббиёт амалиётида кенг учрайди. Уларни ўз вақтида аниқлаш, бир-биридан фарқлай билиш, касалликни даволашнинг самарасини оширувчи омиллардан бири ўлиб ҳисобланади. Касалликнинг ташхисини лаборатор ва функционал текширувлар аҳамиятининг катта эканлигини ҳисобга олиб, ошкозон ва ун икки бармоқли ичак яра касаллигига хос лаборатор ва функционал текширувлардаги ўзгаришларни фарқлай билиш талаб қилинади.

Назорат саволлари:

1. Ошкозон ва 12 бармоқ ичакнинг яра касаллигини таърифи ва тарқалиши кандай?
2. Ошкозон ва 12 бармоқ ичакнинг яра касаллигини этиологиясини гапириб беринг
3. Ошкозон ва 12 бармоқ ичакнинг яра касаллигини келиб чиқиш йуллари кандай?
4. Ошкозон ва 12 бармоқ ичакнинг яра касаллигини тажовузкор омиллар хакида нима биласиз?
5. Ошкозон ва 12 бармоқ ичакнинг яра касаллигини “химоячи” омиллар хакида нима биласиз?
6. Ошкозон ва 12 бармоқ ичакнинг яра касаллигини клиник симптомларни айтинг?
7. Ошкозон ва 12 бармоқ ичакнинг яра касаллигини ташхислашда замонавий лаборатор диагностика усуллари қўллаш хакида нима биласиз?
8. Ошкозон ва 12 бармоқ ичакнинг яра касаллигини ташхислашда замонавий инструментал диагностика усуллари қўллаш хакида нима биласиз?
9. Ошкозон ва 12 бармоқ ичакнинг яра касаллигини киесий такослаш утказинг
10. Ошкозон ва 12 бармоқ ичакнинг яра касаллигини асоратларини санаб чикинг

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Judith Tintinalli, J. Stapczynski, O. John Ma, David Cline, Rita Cydulka, Garth Meckler. – Tintinalli’s Emergency Medicine; A Comprehensive Study Guide, (Emergency Medicine Tintinalli) - USA, 2015 McGraw – Hill Education, English.
2. Dennis Kasper, Anthony Fauci, Stephen Hauser, Dan Longo, J Jameson, Joseph Loscalzo. – Harrison’s Principles of Internal Medicine 19/E (Vol. 1 Vol2) - USA 2015 English.
3. Robert E. David P – Textbook of family medicine – USA, 2016
4. John Murtagh - General Practice 6th Revised edition - Australia 2015 English.
5. GadayevA., KarimovM. Sh., AxmedovX.S. Ichki kasalliklar propedevtikasi.- Toshkent, 2012, 708 b.

5- мавзу: Жигар касалликларни ташхислашда замонавий диагностика усулларини қўллаш.

Режа:

1. Жигар касалликлар ва уларнинг тарқалиши хақида тушунча бериш
2. Жигар касалликларнинг замонавий таснифи ва ташхислаши
3. Жигар касалликларни ташхислашда замонавий диагностика усулларини қўллаш

5.1 ЖИГАР ЦИРРОЗИ – бу аномал регенератор тугунлар ва ортиқча фиброз ҳосил бўлиши билан кечувчи патологик процесс.

Жигар циррози термини Лайенек томонидан 1819 йилда киритилган.

Эпидемиология: Жигар циррози патолого-анатомик кўрсаткичлар бўйича ўртача 2-3% учрайди. Эркаклар аёлларга қараганда 2 марта кўп касалланади. Европа мамлакатларида ўлим кўрсаткичи 100000 аҳолига 10 та, баъзи давлатларда эса бу кўрсаткич 20 ни ташкил этади.

Этиология ва патогенези: Жигар циррозининг асосий сабаблари 70-80% беморларда В,С,Д гепатит ҳисобланади, 15-20% беморларда сабаби ноаниқ бўлади. Жигар циррози сабаби бўлиб қон айланиш етишмовчилиги, ўт ажралишнинг бузилиши, дорилар билан захарланиш, гемохроматоз ва Вильсон-Коновалов касалликлари, 1 антитрипсин етишмовчилигида.⁶ Жигар циррози учун портал гипертензия хос. Портал гипертензия натижасида портал нанстомозлар ҳосил бўлади (қизилўнғач шиллиқ ости қавати веналари ва ошқозон кардиал қисми веналарнинг варикоз кенгайиши).

⁶ Harrison’s Principles of Internal Medicine 19/E (Vol. 1 Vol2) - USA 2015 English.,P.-2045

5.2 Таснифи. Гавана классификацияси бўйича Жигар циррозининг 3-морфологик формаси ажратилган: портал, постнекротик ва билиар.

Акапультко классификацияси жигар циррози йирик тугунли, майда тугунли ва аралаш формаларга ажратилган. Майда тугунли форма алькоғолли цирроз, гемохроматоздага цирроз, ўт йўллари обструкциясидан кейинги цирроз, Бодди-Киари синдромида.

Йирик тугунли форма асосан постнекротик циррозда, Вильсон-Коновалов касаллигида, 1 антитрипсин етишмовчилигида учрайди.

Клиник кечиши: жигар циррози паст активлик билан кечувчи асосан симптомсиз кечади ва касаллик асоратлари юзага келганда ёки тарминал стадияда аниқланади. Юқоридага кечиш 80% ҳолларда учрайди. Юқори активлик билан кечувчи формада беморларда тез чарчаш, ўнг қовирға устида ўтмас оғриқ, пешоб рангининг ўзгариши, қорин шишига шикоят қилади.

Беморни кўздан кечирганда склера субиктериллиги, гинекомастия, телеангиоэктазиялар, пальмар эритема хос. Жигар ўлчамлари кенгайган, нормал ёки кичрайган. Кўпчилик беморларда катталашган қора талоқ аниқланади.

5.3 Лаборатор кўрсаткичлар: ЭЧТ тезлашган. Лейкопения, баъзида тромбоцитопения, 80-90% беморларда қонда аминотрансферазалар миқдорининг 2-5 баробар кўпайиши, ГТБ миқдори ортиши кузатилади. Мезенхимал яллиғланиш синдроми индикаторлари ўзгариши γ -глобулин. Тимол ва сулема пробалари. Гепатодепрессия индикаторларнинг ўзгариши ПТИ, холинэстераза, альбумин, БСБ, ЦЦЗ пробаси²

Қон зардобиди билирубин миқдори 80-90% беморларда 2-5 баробар ошган, 80-85% беморларда аммиак миқдори ошган. 50-65% беморларда гепатит В вирусининг маркерлари аниқланади: HBs Ag, анти HBc.

Эндоскопик текширувда 60-75% ҳолатда қизилўнгачда кардиал қисм веналарининг кенгайиши аниқланади.

85% беморларда радионуклеид сцинтиграфияда яққол ўзгаришлар аниқланади: радионулеид тўпланиш интенсивлигини каиайиши, жигарда радионуклеиднинг нотекис тақсимланаши, қора талоқ тасвирининг ҳосил бўлиши.

Жигар циррозининг асосий асоратлари.

Асцит: беморда асцитни юзага келиши прогностик ёмон белги ҳисобланади.

Жигар циррозида асцитик суюқлик таркиби нисбий зичлиги 1015, оқсил 25-30 г/м, лейкоцитлар 2-8 1 мклда.

Резистент асцитда ва нафас-юрак-қон томир етишмовчилиги ривожланганда парацитез қилиш мумкин. Гипопротеинемия вагипоальбуминемияда альбумин ёки плазма эритмаларини қуйиш асцит камайишига олиб келиши мумкин.

Диуретиклар таъсири фониди электролит алмашинуви лаборатор кўрсаткичларни аниқлаш зарур.

Гепаторенал синдром: ортиб борувчи ва давога резистент асцит. Жигар функционал кўрсаткичлари бузилиши, натрий экскрециясининг кескин

камайишига сабаб бўлади. Гепаторенал синдромни юзага чиқарувчи сабаб бўлиб қон кетиш, қайт қилиш, диарея, септицемия ҳисобланиши мумкин.

Гепаторенал синдром асосида буйрак пўстлоқ қавати ташқи қисмида вазоконстрикцияси ётади.

Гепаторенал синдром плазмада креатинин ва мочевина миқдори ошиши, олигоурия билан кечади. Беморлар кескин астения, апатия, уйқучанлик, анорексияга шикоят қилади. Уларда ошқозон ва ичак атонияси, чанқаш, тери тургорининг пасайиши, шиш кузатилади.⁷

Асосан қон кетиш алвон рангли қон қусиш ёки “кофе қуйқаси” рангида қусиш ёки ахлатнинг қора рангли бўлиб келиши билан кузатилади.

АМАЛИЁТДАН МИСОЛ

32 ёшли бемор, 2 йил аввал вирусли гепатитнинг охир турини ўтказган. Юқумли касалликлар шифохонасида 64 кун давомида даволанган. Касалхонадан чиққандан кейин 1 ой пархез қилган, амбулатор даволанган. Қон таҳлилларида бир неча бор фермент ва билирубин ошганлиги қайд қилинган. Йил бошида стационарда сурункали гепатит, циррозга ўтиши ташхиси билан даволанган. 3 ойдан сўнг аҳволи оғирлашиб, гастроэнтерология бўлимига ётқизилган. Келганда аҳволи ўртача оғирликда, териси склераси сарғимтир, терида қичишиш. Кечқурунлари тана ҳароратининг 38° гача кўтарилади. Жигар +5-6 см. Қаттиқлашган. УҚАда гемоглобин, эритроцитлар, лейкоцитлар, тромбоцитларнинг камайиши, билирубин ва АЛТ, АСТ, ЛДГ ферментларининг ошиши аниқланган. Сканирланганда жигар катталашган, жигар тўқимасида тугунчалар шаклида бириктирувчи тўқима ўсганлиги аниқланди.

ХУЛОСА

Маъруза охирида утилган мавзу буйича киска хулоса килиниб, жигар циррози турларини, клиникаси, кушимча текшириш усуллари, фаркли диагноз утказиш ва даволаш усуллари тугрисида маълумот берилади.

Назорат саволлари:

1. Жигар цирроз хақида тушунча беринг ва таърифланг
2. Жигар циррозининг эпидемиологияси хақида нима биласиз?
3. Жигар циррознинг этиологияси хақида нималарни биласиз?
4. Жигар циррознинг патогенезини еритиб беринг
5. Жигар циррознинг замонавий таснифи

⁷ Harrison's Principles of Internal Medicine 19/E (Vol. 1 Vol2) - USA 2015 English., P.-2059

6. Жигар циррознинг асосий клиник синдромларни санаб утинг
7. Жигар циррозни ташхислашда замонавий лаборатор диагностика усуллари қўллаш хақида нима биласиз?
8. Жигар циррозни ташхислашда замонавий инструментал диагностика усуллари қўллаш хақида нима биласиз?
9. Жигар циррознинг лаборатор синдромларини тушунтириб беринг
10. Жигар циррознинг асоратларини айтиб кетинг
11. Жигар циррознинг қиесий таккослашни қандай касалликлар билан утказамиз?

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Judth Tintinalli, J. Stapczynski, O. John Ma, David Cline, Rita Cydulka, Garth Meckler. – Tintinalli’s Emergency Medicine; A Comprehensive Study Guide, (Emergency Medicine Tintinalli) - USA, 2015 McGraw – Hill Education, English.
2. Dennis Kasper, Anthony Fauci, Stephen Hauser, Dan Longo, J Jameson, Joseph Loscalzo. – Harrison’s Principles of Internal Medicine 19/E (Vol. 1 Vol2) - USA 2015 English.
3. Robert E. David P – Textbook of family medicine – USA, 2016
4. John Murtagh - General Practice 6th Revised edition - Australia 2015 English.
5. GadayevA., KarimovM. Sh., AxmedovX.S. Ichki kasalliklar propedevtikasi.- T., 2012, 708 b.

6- мавзу: Бириктирувчи туқиманинг системали касалликларни ташхислашда замонавий диагностика усуллари қўллаш.

Режа:

1. Бириктирувчи туқиманинг диффуз касалликлари
2. ТҚБ нинг клиник белгилари
3. Лаборатор текширувлар

6.1 БИРИКТИРУВЧИ ТЎҚИМАНИНГ ДИФФУЗ КАСАЛЛИКЛАРИ.

1. Тизимли қизил бўрича
2. Тизимли склеродермия
3. Дерматомиозит
4. Диффуз фасциит
5. Ревматик полимиалгия
6. Қайталанувчи панникулит
7. Қайталанувчи полихондрит

8. Бириктирувчи тўқиманинг аралаш касалликлари

Тизимли қизил бўрича (ТҚБ) – асосан ёш қизлар ва аёлларнинг иммунорегуляция жараёнларининг генетик боғлиқ бўлган такомиллашмаганлиги фонида ривожланадиган сурункали полисиндромли касаллиги бўлиб, хусусий ҳужайралар ва уларнинг компонентларига нисбатан антитаналарнинг ишлаб чиқарилишига ва аутоиммун, иммункомплексли сурункали яллиғланишга олиб келади.

6.2 ТҚБ нинг КЛИНИК БЕЛГИЛАРИ.

Тери зарарланиши – **90% беморларда**

20-25% ҳолатларда тери синдроми касалликнинг дастлабки белгиси.

Таянч-ҳаракат тизимининг зарарланиши –

Артралгиялар – артритлар 90-100% беморларда

Миалгиялар – 35-45% беморларда

Юрак зарарланиши –

Перикардит

Миокардит

Либмана – Сакс эндокардит

Панкардит

Ўпкалар зарарланиши

50-80% - қуруқ ва экссудатив перикардит

люпус пневмонит

Ошқозон-ичак йўллари зарарланиши – **50% ҳолларда**

Буйраклар зарарланиши

Нефрит минимал пешоб синдроми билан

Нефрит нефротик синдром билан

Фаол люпус-нефрит ифодаланган пешоб синдроми билан 1/3 беморларда

Асаб тизими зарарланиши.

Периферик ва бош миядан чикувчи нервлар – 1/3 беморларда

Хорея

Тиришиш синдроми

Рухий бузилишлар

Аффектив синдром
Органик мия симптомлари

**ТҚБ да патологик жараён фаоллигининг клиник ва лаборатор
характеристикаси**

Кўрсаткич	Фаоллик даражасити		
	III	II	I
Тана температура	38хС ва ундан юқори	38хС дан паст	Меъёрида
Озиб кетиш	Ифодаланган	Ўртача	Бир оз
Трофика бузилиши	Ифодаланган	Ўртача	Ўртача/Бир оз
Тери зарарланиши	«Капалаксимон» эритема, капилляритлар	Носпецифик эритема	Дискоид ўчоқлар
Полиартрит	Ўткир, ўткир ости	Ўткир ости	Деформация Артралгиялар
Перикардит	Эксудатив	Қуруқ	Адгезив
Миокардит	Ифодаланган	Ўртача	Кардиосклероз
Либмана - Сакс эндокардити	Ифодаланган	Ўртача	Митрального клапан етишмовчилиги
Плеврит	Эксудатив	Қуруқ	Адгезивный
Диффуз гломерулонефрит	Нефротик синдром	Аралаш типда	Пешоб синдроми
Асаб тизими зарарланиши	Энцефалоради кулонефрит	Энцефало неврит	Полиневрит
Гемоглобин г/л	100 дан кам	100-110	120 ва баланд
ЭЧТ мм/соат	45 ва баланд	30-40	16-20
Фибриноген г/л	6 ва баланд	5	4
γ глобулин, %	30-35	24-25	20-23
LE хужайралар	5	1-2	Якка-якка ёки йўқ
АНФ, титрлари	128 ва баланд	64	32
Нурланиш типи	Четки	Гомоген ёки четки	Гомоген
ДНК га Антитаналар	Ифодаланган	Ўртача	Бир оз

ТҚБ кечиши вариантлари ишчи таснифи

Касаллик кечиши характери	Жараён фаоллиги ва даражаси	Зарарланишларнинг клиник – морфологик характеристикаси						
		Тери	Бўғимлар	Сероз қаватлар	Юрак	Ўпкалар	Буйраклар	Асаб тизими теми
Острое	Фаол даври Фаоллик даражаси: юқори (III)		Артралгия Ўткир, Ўткир ости, сурункали полиартрит	Полисериозит (плеврит, перикардит) экссудатив	Миокардит, эндокардит	Ўткир, хронисурункали пневмонит	Люпус неврит	Менинго-Энцефалопол ирадидулоневрит, полиневрит
Қайталанувчи полиартрит Дискоидной волчанка синдроми	Ўртача (II) минимал (I)	Экссудатив эритема, қирмизи Дискоид волчанка ва бошқ.						
Рейно синдроми Верльгоф синдроми Шегрен синдром	Нофаол даври (ремиссия)			Куруқ адгезивн перигепатит, периспленит	Митрал клапанларишмовчи-иғи	пневмосклероз	пешоб синдроми	

И								
---	--	--	--	--	--	--	--	--

6.3 ЛАБОРАТОР ТЕКШИРУВЛАР.

1. Қон умумий таҳлили
2. Пешоб умумий таҳлили
3. LE хужайралар
4. Антинуклеар антитаналар
5. ЦИК
6. РФ паст титрларда
7. ЭКГ
8. ЭхоКС
9. Юрак-қон томир, нафас, ошқозон-ичак, буйрак, марказий асаб тизимларини лаборатор-инструментал текшириш
10. IgG, IgM

АМАЛИЁТДАН МИСОЛЛАР

31 ёшли бемор ревматология бўлимига куйидаги шикоят билан мурожат қилган: кулнинг майда бугимларида, билак-панжа, тизза бугимларида огрик, тана хароратининг ошиши, юздаги тошма, соч тукилиши, озиш, умумий холсизлик.

Анамнезидан – бир йил давомида бетоп. Касалликни бола тугиш билан боғлайди – шунда кулнинг майда бугимларида, билак-панжа бугимларида огрик, кейинчалик тана хароратининг ошиши, юздаги тошма, озиш кузатилган. Амбулатор шароитда даволанган самарасиз.

Объектив – умумий ахволи уртача огирликда. Озгин. Териси рангпар, бурун уст ива ёнокларда эритематоз тошмалар. Кул майда бугимларида шиши, унг тиззада пальпацияда ва харакатда огрик. Ўпкада суст везикуляр нафас, икки томнда пастки булакларда майда пуфакли хириллашлар. Юрак егалари бироз ап силжиган. Юрак тонлари бугиклашган. Пульс 108 та бир минутада. Корни юмшок огриксиз.

Хулоса. Демак, тизимли кизил бурича тиббиёт амалиётида кенг учрайди. Бу касалликни ҳз вақтида аниқлаш, бошка тизимли касалликлардан фарқлай билиш, касалликни даволашнинг самарасини оширувчи омиллардан бири бҳлиб ҳисобланади. Касалликнинг ташхисини лаборатор ва функционал текширувлар аҳамиятининг катта эканлигини ҳисобга олиб. Тизимли кизил бурича хос лаборатор ва функционал текширувлардаги ҳзгаришларни.

Назорат саволлари:

1. ТКБ сабалари?
2. ТКБ клиник мезонлари?

3. ТКБ замонавий диагностика усуллари фарқлай билиш талаб қилинади?

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Judth Tintinalli, J. Stapczynski, O. John Ma, David Cline, Rita Cydulka, Garth Meckler. – Tintinalli's Emergency Medicine; A Comprehensive Study Guide, (Emergency Medicine Tintinalli) - USA, 2015 McGraw – Hill Education, English.
2. Dennis Kasper, Anthony Fauci, Stephen Hauser, Dan Longo, J Jameson, Joseph Loscalzo. – Harrison's Principles of Internal Medicine 19/E (Vol. 1 Vol2) - USA 2015 English.
3. Robert E. David P – Textbook of family medicine – USA, 2016
4. John Murtagh - General Practice 6th Revised edition - Australia 2015 English.
5. GadayevA., KarimovM. Sh., AxmedovX.S. Ichki kasalliklar propedevtikasi.- Toshkent, 2012, 708 b.
6. Каримов М.Ш. и др. Пропедевтика внутренних болезней методические рекомендации. Ташкент 2011. Часть 1-3.

7- мавзу. Ўпка касалликларни ташхислашда замонавий диагностика усуллари қўллаш.

Режа:

1. Ўпка касалликлар ва уларнинг тарқалиши хақида тушунча бериш
2. Ўпка касалликларнинг замонавий таснифи ва ташхислаши
3. Ўпка касалликларни ташхислашда замонавий диагностика усуллари қўллаш

7.1 Бронхиал астма (БА) – бу сурункали, клиникасида бўғилиш хуружи билан характерланадиган касаллик бўлиб, асосан бронхлар реактивлигининг ўзгариши ва астматик статус ривожланиши билан жиддий оқибатли патология ҳисобланади.

Бронхиал астма (БА) – бу нафас йулларининг сурункали яллигланиш касаллиги бўлиб, семиз хужайралар, эозинофиллар, лимфоцитлар, аллергия ва яллигланиш медиаторлари иштирокида, мойиллиги булган кишиларда бронхларнинг гиперреактивлиги ва вариабель обструкцияси билан кечади ва бунда бўғилиш хуружи, хириллашлар, йутал ва нафас олиши кийинлашиши билан кузатилади.⁸

⁸ Harrison's Principles of Internal Medicine 19/E (Vol. 1 Vol2) - USA 2015 English.,P.-1661

Касалликнинг асосида силлиқ бронхиал мускулларнинг спазми ва бунинг окибатида майда бронхларнинг кучли торайиши келиб чиқиши ётади. Бронхлар реактивлигининг ўзгаришига специфик ва носпецифик таъсирлар сабабчи бўлиб, булар асосан, организмга ташқаридан такрор кирган ёт оқсиллардир.

Бронхиал астма **этиологиясида** қуйидагилар аҳамиятга эга:

1. Ноинфекцион аллергенлар (чанг, дори-дармонлар, ҳашоратлар ва ҳайвонлар аллергенлари).
2. Инфекцион аллергенлар (вируслар, бактериялар, замбуруглар, ва б.) 3.Механик ва кимёвий ирритантлар (металл, ёғоч, ғўза чанглари, мум, кислота, ишқорлар буғлари).
4. Физик ва метерологик омиллар (ҳароратнинг, намликнинг ўзгариши, атмосфера босимининг, ернинг магнит майдонининг тебранишлари ва бошқалар.)
5. Асабий-рухий кўзгалишлар, стресс таъсирлар.

Бу омилларнинг барчаси адашган нервни китиклаб, унда спазматик таъсир пайдо қилиб, астма хуружини келтириб чиқаради.

Патоморфологияси: Ҳозирги замон қарашларига биноан бронхиал обструкцияни 4 та компонент чакиради: бронхлар силлиқ мушаклари спазми, бронхлар шиллиқ қавати шиши, бронхларнинг, айниқса терминал қисмининг, шиллиқ “қопқоқчалар” билан бекилиши, бронх деворида склеротик узгаришларнинг мавжудлиги³⁻⁵

Бронхиал астма (БА)нинг патогенези:

Касаллик фақат этиологик омил ўзининг “таъсир қилувчи нуқтасини” топгандагина ривожланиши мумкин. “Таъсир нуқтаси” – организмнинг туғма ёки орттирилган биологик органлар ва системалар нуқсонлари:

- альвеоляр макрофаглар ва нейтрофилларнинг фагоцитар фаоллигининг бузилиши ва натижада бронхларда инфекцион агентлар фаоллигининг ошиши;
- IgA нинг синтезини камайиши ва натижада бронхларда инфекцион агентларнинг фаоллигини ошиши;
- Т-супрессор лимфоцитлар фаоллигининг сустлиги;
- Узининг туқималарига иммунологик толерантликнинг бузилиши ва аутоаллергик реакцияларнинг бузилиши;
- Семиз хужайралар, макрофаглар, лизосома нейтрофиллари мембранасини ностабиллиги протеолитик ферментларнинг ва биологик фаол моддаларнинг ҳаддан ташқари кўп ишлаб чиқарилишига олиб келади.

Шундай қилиб БА да бронхлардаги яллиғланиш жараёнининг ривожи ҳар хил хужайраларнинг (эозинофиллар, Т-лимфоцитлар, семиз хужайралар) бир бирига таъсири ва натижада биологик фаол моддалар ишлаб чиқарилиши натижасида пайдо бўлади. Яллиғланиш бронхларнинг гиперсезувчанлигига ва гиперреактивлигига олиб келади.

Бронхлар ўтказувчанлигининг бузилиши бронхлар реактивлигининг ўзгариши олиб келади. Булар қуйидагилар таъсирида юзага келади, яъни, бирламчи- туғма, орттирилган, кимёвий, физик, механик ва инфекцион омиллар таъсири.

Иккиламчи - асаб эндокрин тизимининг ўзгариши, ауто- ва инфекцион антигенлар таъсири. Бронхлар реактивлигининг иккиламчи ўзгариши иммун, эндокрин, асаб тизимларининг ўзгариши натижасида юзага келади.

Иммунологик механизмлар

Бронхиал астмали беморларнинг асосий қисмида бронхлар реактивлигининг ўзгаришига иммун тизимдаги ўзгаришлар, яъни гуморал ва хужайравий иммунитетларнинг Гелл ва Кумбс таснифи бўйича I, III ва IV типли сезувчанликнинг юқори бўлиши сабаб бўлади. Иммун реакциялар нафас йўллариининг шиллиқ қаватида ҳосил бўлади. Унинг ўзгариши ҳам бронхлар гиперсезувчанлиги ва гиперреактивлигига олиб келади. Аллергик механизмлар тез ва секин ривожланувчи реакциялар билан боғлиқ. Тез ривожланувчи реакция (реагин тури) шок органнинг алерген билан ўзаро таъсирида пайдо бўлади, бу эса семиз хужайралар ва эозинофилларнинг, бронхлар шиллиқ қаватида ва унинг ичида Т-лимфоцитлар миқдорининг ошишига олиб келади. Бу хужайралар биологик актив моддалар ишлаб чиқаради ва БА патогенезида иммунохимик босқични (**патохимик босқич**) ривожлантиради: гистамин, серотонин, брадикинин, нейтрофиллар хемотаксис омили, лейкотриенлар, интерлейкинлар ва б. микротомирлар ўтказувчанлигини оширади, бу эса уларнинг массив экссудациясига олиб келади. Бронхлар шиши ва уларнинг ичига эпителийнинг ажралиб тушиши ривожланади, бу эса шиллиқли “копкокчаларининг” шаклланишига олиб келади; бундан ташқари биологик фаол моддалар бронхоспазм ривожланишига олиб келади (**патофизиологик босқич**). Секин ривожланувчи аллергик реакция (иммунокомплекс тури) циркуляция қилувчи IgG, IgA, IgM турдаги антителолар ва комплемент орқали ривожланади. Иммун комплексларнинг семиз хужайралар, эозинофиллар ва Т-лимфоцитлар билан боғланиши натижасида яллиғланиш медиаторлари ажралиб чиқади ва бронхлар обструкциясига олиб келади.

Ноиммунологик механизмлар

Бронхлар реактивлигининг ўзгаришига тугма ва орттирилган биологик нуксонлар сабаб бўлади. Ноиммунологик механизмлар эффектор хужайралар бирламчи ёки иккиламчи таъсир кўрсатиши натижасида бронхлар силлиқ мушаклари, қон томирлари, бронхиал безлар рецепторлари таъсирланиши юзага келади.

БА нинг шаклланишида организмдаги **гормонал дисбаланс** ҳам катта рол ўйнайди: бу глюкокортикостероид етишмовчилик, гиперэстрогенемия, гипопрогестеронемия, гипотиреоз. ГКС – буйрак усти беги гормонларидан бири бўлиб, жуда кўп биологик фаол моддаларнинг блокаторидир, антителолар ҳосил бўлишини камайтиради, бетта-2-рецепторлар сезувчанлигини ошириши ҳисобига бронходилататорлик таъсири бор. Бу гормонларнинг (кортизолнинг) етишмовчилиги бронхообструкциянинг сабаби бўлиши мумкин. Кўп аёлларда менструация пайтида БА кечиши оғирлашиши кузатилади. Прогестерон бетта-2-адренорецепторларни стимуляция қилади ва бронходилатация чақиради, ацетилхолин, простогландин-F2-альфа миқдорини оширади ва бронхоспазмни чақиради.

БА ривожда вегетатив нерв системаси ҳам катта роль ўйнайди, бу эса **адренергик дисбалансда** яққол кўринади – альфа-адренорецепторлар бетта-адренорецепторлардан устунлик келади, бу эса бронхоспазмга олиб келади. БА патогенезида “**аспирин**” **астмаси** алоҳида жой олган. Бу турдаги БА ацетилсалицил кислотасини ва ностероид яллиғланишга қарши препаратларни кўтара олмаслик натижасида пайдо бўлган. Буларнинг асосида арахидон кислотасининг метаболизми бузилиши ётади, бу эса лейкотриенлар ва простогландин-F2-альфа ишлаб чиқаришини купайтиради ва бронхоспазмга олиб келади.

7.2 Таснифи:

Бронхиал астма таснифида иккита йўналиш бор, яъни биттаси этиологик, иккинчиси эса касалликнинг оғирлик даражаси ва бронхиал обструкциянинг қай даражадалигига асосланган.

Бронхиал астма таснифи

I. Бронхиал астма ривожланиши этаплари.

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

- а) маҳаллий ва умумий иммунитетнинг ўзгариши.
- б) «тез жавоб қайтариш» реакцияси (семиз хужайралар, макрофаглар, эозинофиллар, тромбоцитлар) мавжудлиги.
- в) мукоцилиар клиренс ўзгариши.
- г) эндокрин тизим ўзгариши
- д) ўпка томирлари эндотелийсининг метаболик дисфункцияси.
- ж) арахидон кислота метаболизмининг бузилиши.
- з) шахснинг нерв-психик ҳолати хусусияти.
- и) бронхлар ва ЛОР органлари реактивлигининг ўзгариши.

Биологик нуқсонлар клиник жихатдан БА ривожланишига туртки бўлиши мумкин.

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

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

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

1. Иммунологик шакли.
2. Ноиммунологик шакли.

III. БА нинг клиник – патогенетик шакллари:

1. Атопик – аллергияни кўрсатиш керак.

2. Инфекцияга карам – инфекция агент ва инфекция жараённинг боришини кўрсатиш керак.
3. Аутоиммун.
4. Гормонал – эндокрин, ўзгарган органни ва дисгормонал ўзгаришларни кўрсатиш лозим.
5. Нерв-психик шакли.
6. Ифодаланган адренэргик дисбаланс.
7. Бронхлар реактивлигининг бирламчи ўзгарганлиги, иммун, асаб-эндокрин тизимлар иштирокисиз шаклланиб, тугма бўлиши мумкин, кимёвий, физик, механик ва инфекция агентлар таъсирида ривожланади.
8. Холинергик вариант
9. Аспиринли астма
10. Дизовариал шакли

IV. Оғирлигига кўра:

1. Енгил даражали – йилига хуружлар сони 2-3 марта такрорланиб, дориларни қабул қилиш туфайли ўтиб кетади, ремиссия даврида бронхоспазм йўқ.
2. Ўртача оғирликда – хуружлар сони йилига 3-4 марта бўлиб, оғирроқ кечади, хуруж дориларни инъекциялар орқали қабул қилганда ўтади, хуружлараро даврларда астматик ҳолат бирмунча ифодаланган бўлади. Ремиссия даврида жисмоний зўриқишдан сўнг ёки бажариш мобайнида бронхлар спазмининг енгил клиник белгилари кузатилиши мумкин.
3. Оғир даражали – хуружлар сони йилига 5 ва ундан кўп бўлиб, оғир кечади, баргараф қилиш кийинроқ бўлиб, астматик статус билан асоратланади. Хуружлараро даврда эса бронхларнинг спазми ифодаланган бўлади.

V. Кечишига кўра:

1. Кўзғалиш даври.
2. Кўзғалишнинг пасайиши.
3. Ремиссия.

VI. Асоратланишига кўра:

1. Ўпкага таллуқли: ўпка эмфиземаси, нафас етишмовчилиги, ателектаз пневмоторакс ва бошқалар.
2. Ўпкадан ташқари – миокард дистрофияси, ўпка – юраги, юрак етишмовчилиги ва бошқалар.

Ҳозирги вақтда БА нинг халқаро таснифи асосида касалликнинг оғирлиги назарда тутилади, чунки худди шу кўрсаткич беморларни даволаш тактикасини аниқлаб беради.

Бронхиал астманинг оғирлик даражаси бўйича таснифи. (Халқаро Консенсус 1995 йил)

Оғирлик даражаси	Даволашдан олдинги клиник белгилари
Енгил	Белгилар ҳафтада бир марта ёки кўпроқ, лекин бир кунда 1 мартадан камроқ, касалликнинг кўзғалиши фаолликни ва уйқуни бузиши мумкин. Астманинг тунги белгилари кўпинча бир ойда 2 марта кузатилади.

	НЧМХ-нафас чиқаришнинг максимал ҳажми (ёки НЧХФ-нафас чиқариш фоизи) нормадан 80% кўпроқ. НЧМХ тебраниши 20 – 30% атрофида бўлади.
Ўртача оғирликда	Белгилар кунига мавжуд. Касалликнинг кўзғалиши фаолликни ва уйқуни бузади. Астманинг тунги белгилари ҳафтада 1 мартадан ортиқ. Қисқа таъссир этувчи бетта 2 – агонистлар кунда қабул қилинади. НЧМХ (КНЧХ1) нормадан 60% дан 80% гача. НЧМХ тебраниши 30% дан баланд.
Оғир Даражали	Астма белгилари доимий, тез – тез кўзғалишлар, кўпинча тунги белгилар, физик фаоллик чекланган. НЧМХ (КНЧХ1) 60% дан кам НЧМХ тебраниши 30% дан ошган.

Клиникаси:

Бронхиал астманинг клиникасида 3 та давр фарқланади:

1-босқич .Астма “даракчилари”-хуруждан бир неча минут олдин пайдо бўлиб, йўтал ёки томоқ қирилиши, вазомотор ринит,буруннинг битиши, ҳансирашнинг кучайишида, терининг қичишиши, асабийлашиш, полиурия, бемор кайфиятининг бузилиши каби ўзгаришлар пайдо бўлади. Врач беморнинг шу ўзгаришларга эътибор қилиши зарур, чунки бу босқичда ўз вақтида қабул қилинган препарат хуруж регрессиясини чакиради.

2-босқич.Авж олиш даври-экспиратор типли бўғилиш хуружи, яъни,қисқа нафас олиш, нафас чиқаришнинг 2-4 марта узайиши,нафас чиқаришнинг қийинлиги, масофадан эшитилувчи хириллашлар хос.Бемор мажбурий ҳолатни, яъни, ортопноэ ҳолатида, ўтирганда оёқларига тиранади ёки олдинга эгилиб утиради ва тирсаклари билан тиззаларига ёпишади ёки кўллари билан стол четига, кровать четига тиранади, оғиз билан ҳаво “тутишга” ҳаракат қилади. Бемор гапира олмайди, юзида кўрқиш аломати,. юзи шишган, совук тер билан қопланган, диффуз цианоз. Нафас олишда бурун қанотлари шишади. Кўкрак қафаси максимал нафас ютиш ҳолатида. Нафас олиш актида ҳамма ёрдамчи мушаклар қатнашади, ўмров усти чуқури ва қовурғалар совуқ тер билан қопланган, бўйин веналари бўртган, кўкрак қафаси эмфизематоз, перкуссияда тимпаник товуш, аускультацияда дағал нафас асосида қуруқ, хуштаксимон хириллашлар, пульси тезлашган, юракнинг нисбий чегаралари ўнгга кенгайган, юрак тонлари бўғиқ, хуруж “шишасимон”,ёпишқоқ, кам ажралувчи балғам кўчгач ўтади.

Балғам таҳлилида эозинофиллар, айрим ҳолларда Шарко-Лейден кристаллари, Куршман спираллари аниқланади.

ЭКГ: юрак электр ўқининг ўнгга силжиши, чуқур S1 тишчаси, баланд R III ва aVF да, S-T сегменти инверсияси III ва aVF да., баланд ўткирлашган P тишча II ва III стандарт тармоқларда ва кўпинча манфий P тишча V1 да, Гис тутами ўнг оёқчаси тўлиқ камали.

Рентгенологик текширувда ўпкалар шаффофлашиши, диафрагманинг паст жойлашиши ва сушт тебраниши. Қовурғалар горизонтал жойлашган ва улар ораси кенгайган. Ўпка манзараси кучайган.

Бўғилиш хуружи астматик статусга ўтиб кетиши мумкин ва кома ёки улим билан ҳам тугаши мумкин.

3-босқич – хуружни орқага кайтиши Регрессия даври-3-босқич – хуружни орқага кайтиши. Беморда йўтал кўпайган, у балғам кўчиши билан бирга пайдо бўлади ва бу беморга анча ўзини енгил ҳис этишига олиб келади. Патогенезига боғлиқ ҳолда хуруж регрессияси беморда ҳар хил кечади. У тез ўтиб даволашдан сўнг юқоридаги белгиларнинг бартараф бўлиши билан кечиши мумкин, бошқа органларда ўзгаришсиз, ёки аксинча, беморни ҳолдан тойдириши мумкин. [30]

БА клиник манзарасида бу касалликнинг **йўтал варианты** борлигини ҳам эсда тутиш керак. БА нинг бу шаклида типик бўғилиш хуружи клиникаси бўлмайди, ўпка аускультациясида эса қуруқ хириллашлар ёки кам физикал ўзгаришлар топилади. Бирдан- бир хос белги- бу бўғилишли йўтал бўлиб, у кўпинча кечаси беморни безовта килади. Йўтал хуружи пайтида беморда бош айланиши, терлаш, юз цианози бўлиши мумкин. Йўтал хуружи ташхиси учун БА нинг нафас чиқариш шиддатини мониторинг қилиш тавсия этилади ва бунда кечкурун бронходилататорларни профилактик қабул қилиш мусбат натижани беришини инобатга олиш керак.

7.3 Бронхиал астманинг диагностикаси.

Лаборатор ўзгаришлар. Қоннинг умумий таҳлил (УҚТ) – эознофилия, ЭҚТнинг бироз ошиши (инфекцияга қарам турида). Умумий балғам – эозинофиллар кўплиги, Шарко-Лейден кристаллари (ромб ва октаэдр шаклидаги-эозинофиллар парчаланиши туфайли пайдо бўлувчи кристаллар), Куршман спираллари -шаффоф шилликдан ташкил топган майда бронхлар шаклидаги спираллар), “Креол таначалари” – думалок, эпителиал ҳужайралардан ташкил топган бирикмалар. Қонни биохимик текшириш:– альфа2- ва гамма-глобулинларнинг, сиал кислотанинг, серомукоиднинг, фибриннинг, гаптоглобулиннинг ва б. нинг кўпайиши. Иммунологик таҳлил – қонда иммуноглобулинларнинг, Т-супрессорларнинг, IgE нинг микдорининг ошиши. (атопик астмада)

Артериал қондаги газ микдорини баҳолаш. Оғир бронхиал обструкцияда (ТНЧ1 – берилган ҳажмдан 30-40%, ПНТ< 100 л/мин) гиперкапния, ўрта даражадаги бронхообструкцияда эса гипоксемия ва гипокапния аникланади. БА нинг оғир кечишида вентилицион-перфузион ўзгаришлар туфайли артериал гипоксемия кузатилади.

Ўпкани рентгенологик текшириш қандайдир хос ўзгаришларни топмайди. БА хуружида ўпка эмфиземаси белгилари аниқланади: ўпка шаффофлигининг ошиши, қовурғаларнинг горизонтал жойлашиши, қовурғалар орасининг кенгайиши, диафрагмани паст жойлашиши.

Электрокардиография. БА хуружида ўнг бўлмачага кучли зўриқиш белгилари аниқланади: баланд, ўткирлашган Р тишча II, III, aVF, V1, V2 да аниқланади, юракнинг эллектр ўқи вертикал, кўкрак тармоқларида чуқур S тишча шаклида пайдо бўлади. Хуружнинг тўхташи билан кўрсатилган ЭКГ ўзгаришлар йўқолади. Ўпка юраги ривожланса ўнг қоринча гипертрофияси ЭКГ-белгилари пайдо бўлади.

Бронхоскопия киёсий ташхис ахамиятига эга, масалан бронхо-пульмонал тизимидаги ўсмалар билан.

Аллерголик статусни баҳолаш. БА нинг ремиссия фазасида ўтказилади ва бунда ҳар хил аллергиялар мажмуаси қўлланилади. Энг кўпроқ тери синамалари (апликацион, скарификацион, териичра аллергиялар билан ўтказилувчи синамалар) қўлланилад.

Ташқи нафас олиш функциясини инструментал текшириш.

Спирография – нафас олиш вақтида ўпка ҳажмининг график равишда тасвирланиши. БА нинг спирографик белгилари:

ўпканинг тезлаштирилган ҳаётий ҳажмининг (ЎТХХ) ва ТНЧ1 нинг сустлашиши. Бунда ТНЧ1 энг сезувчан курсаткич булиб, бронхиал обструкция даражасини курсатади;

Тиффно индексининг пасайиши (ТНЧ1/ЎТХХ), асосан 75% дан камроқ **Пневматахография** – иккикоординатали системада “оқим-ҳажм” тизимини аниқлаш – ҳаво оқимининг экспиратор тезлигини ЎТХХ 25-75% ли нуктасида, яъни нафас чиқаришнинг ўртасида аниқлаш. Бу услуб ердамида пик ҳажм тезлигини (ПХТ), УТХХ нинг 25%, 50%, 75% ли нукталарида максимал ҳажм тезлигини (МХТ₂₅, МХТ₅₀, МХТ₇₅) ва уртача ҳажм тезлигини (25-75%) аниқлаш мумкин.

Пикфлоуметрия – ҳавонинг максимал ҳажм тезлигини тўла нафас олгандан сўнг тезлаштирилган нафас чиқаришда (нафас чиқариш тезлиги) ўлчаш услуби. Пикфлоуметрия кунига бир неча марта ва бронходилататорлар қабулидан олдин ва кейин ўтказилади. ПНТ ни албатта эрталаб, кейин 10-12 соатдан сўнг ўтказиш керак. Пикфлоуметрия дастлаб врач қабулида килинади, кейин эса беморнинг ўзи ўтказиши мумкин.

БА да ПНТ қуйидагича ўзгаради:

- қисқа таъсир этувчи бетта –2 – стимуляторнинг қабулидан 15-20 минутдан сўнг ПНТ нинг 15% га ошиши.
- бронхолитиклар қабул қилувчи беморларда ПНТ 20% ва ундан кўпроққа суткада тебранади, бронхолитиклар қабул қилмайдиган беморларда эса – 10% га.
- ПНТ нинг суткалик тебраниши қуйидаги формула орқали аниқланади:

ПНТ нинг суткалик тебраниши % = $\frac{\text{ПНТ}_{\text{максимал}} - \text{ПНТ}_{\text{минимал}}}{\text{ПНТ}_{\text{ўртача}}} \times 100\%$

- жисмоний зўриқишдан ёки бошқа триггерлар таъсиридан сўнг ПНТ нинг 15% га камайиши.

Бронхиал астманинг диагностик мезонлари:

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

Бронхиал астманинг бўйича клиник патогенетик вариантларининг диагностик мезонлари.

1. Атопик шаклли БА нинг диагностик мезонлари:

1. Аллергологик анамнез. Ирсий мойиллик. Аллергик конституция: беморда аллергия касалликларнинг “диатез, аллергия ренит, эшак еми, Квинке шиши, чанга, озиқ-овқатларга нисбатан аллергия” ёшлиқдан аниқланиши. Касбий омилларга нисбатан аллергиянинг мавжудлиги.
2. Нисбатан ёш (30 ёшгача 75-80% холда)
3. Маълум аллергия билан ўзказилган тери синамаси мусбат.
4. Тезлаштирувчи (назал, конъюктивал, ингалацион) синамалар мусбат (кўрсатмага биноан).
5. Озиқ-овқатга нисбатан аллергияни кундалик юритиш орқали аниқлаш
6. Лаборатор мезонлар: қонда IgE, нинг ошиши, қон ва балғамда эозинофиллар ошиши, Шелли синамаси (базофилли синама) мусбат. Лимфоцитларнинг адреналинга нисбатан гликогенолиз ҳолатининг ошиши.

2. Инфекцион қарам шаклли БА диагностик мезонлари:

1. Беморни клиник текшириш: шикоятлари, анамнез, объектив маълумотлар, бронхиал астманинг респиратор инфекция, ўткир бронхит, грипп, пневмония, сурункали бронхит билан боғлиқлиги.
2. УҚТ: лейкоцитоз, ЭЧТ нинг ошиши.
3. Қонни биохимик текшириш: СРО нинг пайдо бўлиши, сиал кислота, α_2 , γ -глобулинлар, серомукоид, гаптоглобинларнинг ошиши.
4. Умумий балғам тахлили: шиллиқ - йирингли, суртмада нетрофилли лейкоцитларнинг топилиши.
5. Ўпканинг 3 та проекциясида рентгенограммаси, кўрсатмага биноан бронхография, томография, гаймор бўшлиқлари рентгенографиясида инфильтрат соялар, ўчоқли ёки диффуз пневмосклероз белгилари, гаймор бўшлиқлари қоронғилашуви топилади.
6. Фибробронхоскопияда бронхларда яллиғланиш белгилари топилади.

Белгилар	Атопик БА	Инфекцияга қарам БА
Оилада аллергик касалликлар мавжудлиги	Тез-тез учрайди	Кам (БА дан ташқари)
Анамнезида атопик анамнез	Тез-тез	Кам
Маълум бир аллерген билан хуружнингбоғлиқлиги	Хос	Хос эмас
Астманинг бошланиши бронхопульмонал тизим ёки бурун-ҳалқум инфекцияси билан боғлиқ	Хос эмас	Хос
Бурун патологияси	Аллергик риносинуит инфекция белгиларисиз	Аллергик риносинуит, полипоз, инфекция белгилари
Бронхўпкада инфекцион жараён	Хос эмас	Асосан сурункали бронхит, пневмония.
Хуружнинг хусусияти	Ўткир бошланиб, тез ривожланиши, хуружнинг давомийлиги кам,асосан енгил хуружлар.	Секин-аста бошланиб,хуруж кўп вақт давом этади,асосае, оғир персиистирланувчи кечиш.
Қон ва балғамда эозинофилия-нинг мавжудлиги	Кам ифодаланган (эозинофилов сони қонда 10-12% дан ошиқ эмас)	Кўпроқ (эозинофиллар сони қонда 20%гача).
Балғамда нейтрофил лейкоцитларнинг топилиши	Камроқ	Кўпроқ.
Қонда IgE миқдори	Ошган	Нормада.
Инфекцион аллергенлар билан терида синамалар	Мусбат	Манфий
Физик зўриқишли тест	Асосан манфий	Асосан мусбат.
Элиминацион терапиядан самарадорлик	Самарали	Элиминацион терапияни ўтказишнинг иложи йўқ.
Асоратлар (энфизема,	Асоратлар кеч	Асоратлар эрта ривожланади.

пневмосклероз, сурункали ўпка ва юрак етишмовчилиги)нинг ривожланиши	ривожланади.	
β_2 адреностимуляторлар билан даволаш	Жуда самарадор	Кам самарали
Холинолитиклар билан даволаш	Кам самарадор	Самарали
Интал билан даволаш	Самарали	Самарадорлик жуда кам
Антибактериал терапия	Самарали эмас	Бронхо –пульмонал яллиғланишни даволаш БАнинг кечишини яхшилайдди.
Оқибати	Бир мунча хавфсизроқ.	Кўпроқ хавфлироқ

1. Бактерияларга нисбатан тери ичига қўйилган синамалар мусбат.
2. Балғамни микологик текширув. Candida симон замбуруғлар топилади.
3. Вирусологик текширувлар: иммунофлюоресценцияда вирусга нисбатан антигенлар топилиши.
4. Оториноларинголог, стоматологлар кўриги (юқори нафас йўллари, бурун халқум ва оғиз бўшлиғи инфекцион ўчоқларини топиш мақсадида).

3. Аутоиммун шаклли БА нинг диагностик мезонлари:

1. Касалликнинг оғир, узлуксиз кечиши.
2. Аутолимфоцитлар билан тери ичига ўтказилган синаманинг мусбатлиги.
3. Қонда нордон фосфотазанинг юқорилиги.
4. Фитогемагглютинин билан ўтказилган реакциянинг мусбатлиги.
5. Қонда комплемент миқдорининг камайиши ва ўпка тўқимасига нисбатан антитела ва иммун бирикмаларининг топилиши.
6. Глюкортикоид теракиядан асоратларнинг ноғиронликка олиб келиши мавжудлиги.

Аллергик (атопик) ва инфекцияга қарам БА ни қиёсий таққослаш.

4. Адренергетик дисбалансли БА нинг диагностик мезонлари:

1. Беморни клиник кузатиш – адренергетик дисбаланснинг шаклланишга олиб келувчи омилларни симпатомиметикларни суистеъмол қилиш, вирусли инфекция, гипоксемия, ацидоз, стресс туфайли эндогенли гиперкатехоламинемия, астматик статус ҳолатига БА хуружининг ўтиши
2. Симпатомиметикларнинг пародоксал таъсири – уларни қўллаганда бронхоспазмнинг кучайиши.
3. Лаборатор диагностика:
А) ТНФ и да селектив β_2 адреномиметиклар ингаляцияси қабул қилишгача ва қабул қилгандан сўнг ҳам ЎҚСК камайиши

- Б) адреналинга нисбатан гипергликемик жавоб реакциясининг камайиши
- В) адреналин юборилгандан сўнг, эозинофиллар сонининг камайиши.
- Г) лимфоцитлар гликогенолизм.

5. БА нинг нерв – психик шаклининг диагностик мезонлари:

- 1. Преморбид даврида нерв-психик бузилишларни аниқлаш, анамнезда рухий стресс, бош мия жароҳатлари, оилада ва ишда конфликт ҳолатларнинг мавжудлиги, ятроген таъсирлар, диэнцефал бузилишлар мавжудлиги.
- 2. Психотерапевт кўригида истероидсимон, невраатеноидсимон, психоистеноидсимон механизмларнинг аниқланиши.

6. Холинергик шакли БА нинг диагностик мезонлари:

- 1. Бронхлар ўтказувчанлигининг бузилиши йирик ва ўрта калибмли бронхларда рўй беради.
- 2. Бронхорея
- 3. Ингаляцион холинолитиклардан самарадорлик юқори.
- 4. Ваготониянинг бошқа хил кўринишлари, яъни, яра касаллиги, брадикардия, гипотензия, тери рангпарлиги, кафт кўп терлаши мавжудлиги.
- 5. Лаборатор белгилар: ацетилхолиннинг қонда юқорилиги, холинестеразининг қон зардобидида камайиши
- 6. Пульсаметрияда парасимпатик нерв-системаси тонусининг устунлиги белгилари.

7. Глюкокортикоид етишмовчилик шакли БА нинг диагностик мезонлари:

- 1. Беморни клиник кузатиш орқали глюкокортикоид етишмовчилик белгиларини, яъни: глюкокортикоид қарамлик, терида пигментация, артериал гипотензия, астматик статус ҳолатига преднизолонни тўхтатганда ёки дозасини камайтирганда тушиб қолишни аниқлаш.
- 2. Қонда кортизол, 11 ОКС нинг, сийдикда 17 ОКС ларнинг камайиши.

8. Дизовариал шакли БА нинг диагностик мезонлари:

- 1. Менстуациядан олдин ва менструация вақти, ҳомиладорлик, климактерик даврларда бемор ҳолатининг ёмонлашуви.
- 2. Қин суртмасини текшириш: прогестерон миқдорининг камайиши (ановуляция ёки 2-фаза етишмовчилиги)
- 3. Базал температуранинг менструал циклниг 2-даврида пасайиши
- 4. Радиоиммунологик текширувларда: қон плазмасида эстерогенларнинг ошиши 2-фазада топилиши.

9. “Аспиринли астма” нинг диагностик мезонлари:

- 1. Бўғилиш хуружининг аспирин ёки бошқа НЯҚП лар қабул қилиш билан сақловчи моддалар шунингдек, ўзида салицилатлар ва сариқ ранг берувчи тартазин моддасини қабул қилиш билан боғлиқлик.
- 2. Бўғимли хуружининг хусусиятлари: бўғилиш хуружи аспирин қабул қилгандан сўнг, бир соат ўтгач бошланиб, тумов, кўз ёши ажралиш, гиперемия билан кечади. Хуруж пайтида кўнгил айниш, қайт қилиш, гиперсаливация, эпигастрал соҳада оғриқ бўлиб, А/Б пасаяди. Вақт ўтиш

билан бронхиал астма ўзига хосликка эга бўлади: мавсумийлик йўқолади, астма белиглари, беморни доимо безовта қилади, хуружлараро даврда кўкрак қафасида “босиб қолиш ҳисси”, бронходилатацион терапия кам самарали, аста-секинлик билан БА авж ола боради.

3. Астматик триада қуйидагиларни ўз ичга олади:
 1. аспиринли астма авж олиб бориш
 2. аспирин ва бошқа НЯҚП ларни кўтара олмаслик
 3. Риносинусит ва рецидивланувчи бурун полипозиди (рентгенда риносинусопатия аниқланади).
 4. Қонда простагландинларнинг турли гуруҳларининг индометацин қабул қилгандан сўнг ошиши ($P_g F_2$) ошади, $P_g E_1$ камаяди.
 5. Ацетил кислотали тезлаштирувчи синама мусбат, яъни, беморга ацетил кислота қуйидаги дозада берилади:
 - 1-кун 10 мг
 - 2-кун 20 мг
 - 3-кун 40 мг
 - 4-кун 80 мг
 - 5-кун 160 мг
 - 6-кун 320 мг
 - 7-кун 640 мг

30, 60, 120 минутдан сўнг, беморни объектив кўриб, ўпка аускультация ўтказилиб, НЧХ аниқланади. Синама қуйидаги белгилар пайдо бўлса, мусбат бўлади: бўғилиш хуружини сезиш, бурундан нафас олишнинг қийинлиги, ринорея, кўздан ёш оқиши НЧХ нинг дастлабгисига нисбатан 15% га камайиши.

10. Бронхлар реактивлигининг бирламчи ўзгарганлиги диагностик мезонлари:

1. Беморни клиник кузатиш – бўғилиш хуружининг физик зўриқишидан сўнг, совуқ ёки иссиқ ҳаводан нафас олгандан кейин, об-ҳавонинг ўзгаришида ўткир хидлар ва тамаки тутунидан нафас олгандан сўнг юзага келиши мумкин.
2. Спирография ва пикфлуометрия кўрсаткичларининг совуқ ҳаводан нафас олгандан сўнг ва ацетилхолинли, обзиданли синамаларидан сўнг пасайиши. (Бронхлар реактивлигининг ўзгариши³)
3. Ацетилхолинли тест синамасининг мусбатлиги (В.И.Пыцкий ва хаммуал., 1999). Текширишдан олдин ацетилхолиннинг 0.001%; 0.01%; 0.1%; 0.5%; ва 1% концентрацияли эртималарини тайёрланади, ТНФ ва Тиффно индекси аниқланади. Сўнгра аэрозолли ингалятор орқали ацетилхолиннинг энг кучли (0.001%) эритмасидан 3 дақиқа давомидан нафас олинади. (Агар 3 дақиқадан олдин йўтал пайдо бўлса, ингаляция тўхтатилади). 15 дақиқадан сўнг бемор ахволи баҳоланади, ўпка аускультацияси ўтказилиб, КНФЧХ₁ (кучли нафас чиқариш хажм тезлиги ва Тиффно индекси аниқланади). Агар клиник ва

инструментал текширувларда бронхларнинг ўтказувчанлиги бузилиши аниқланмаса, текширишни кейинги концентрацияли эритма билан такрорланади. Синама Тиффно индекси 20 ва ундан ортиқ фоизга пасайса, мусбат ҳисобланади. Баъзи ҳолларда бронхларнинг гиперреактивлигини аниқлаш учун ингалицион гистаминли синама ўтказилади. Бунда гистаминнинг < 8 мг/мл концентрацияси КНФЧХ₁ ни $< 20\%$ га олиб келса, бронхлар гиперреактивлигимавжуд ҳисобланади.

Қиёсий ташхис.

Обструктив бронхит. Бу патологияли беморларда хансираш ва нафас олиш кийинлашиши белгилари борлиги хос ва бу ўзгаришлар доимий бўлади, яъни хуружсимон эмас, лекин жисмоний зўриқишдан кейин кучаяди. Балғам кўчиши беморга енгиллашиш ҳиссини келтирмайди (БА да эса балғам кучишида бемор ўзини енгил ҳис эта бошлайди). Ремиссия даврида обструктив бронхитли беморларда обструкция орқага қайтмайди, буни ташқи нафас олиш кўрсаткичларини аниқлаш ҳам исботлайди. Бундан ташқари бундай беморларда қонда ва балғамда эозинофилия топилмайди¹⁻³

Трахея ва бронхлар экспиратор стенози оғир, хуружсимон, битонал йўтал ва нафас чиқариш кийинлашиши билан кечади. БА дан фаркли ўларок бу патологияли беморларда типик бўғилиш хуружлари йўқ ва касаллик клиникасида аускультатив белгилар йўқ, яъни қуруқ хуштаксимон хириллашлар ўпка устида эшитилмайди. Якуний диагноз фиброскопия курсаткичлари асосида қуйилади.

Юрак астмасига аралаш турдаги хансираш, нотекис нафас, кўпиксимон пушти балғам хос. Ўпканинг пастки қисмларида жарангсиз, хўл хириллашлар эшитилади. Юрак астмаси клиник белгилари шу патологияни чакирган юрак-томир системаси касалликлари клиник белгилари билан кечади.

БА ни бошқа ўткир респиратор касалликлар, ҳалқум, трахея ва бронхларнинг ҳар хил ташқи нарсалар, полиплар, ўсмалар билан обструкцияси, уремик астма билан ҳам қиёсий ташхис ўтказиш зарур.

АСТМАТИК СТАТУС

Бу бронхиал астманинг асосий ва оғир, хавфли асоратларидан бири.

Астматик статус (АС) – бу ўрта ва майда калибмли бронхларнинг диффуз шиши, экспиратор коллапси туфайли бронхлардан қийинлик билан ажралувчи балғамнинг тўпланиши туфайли узоқ давом этувчи бронхообструктив синдромдир.

Астматик статус (АС) — бу БА нинг оғир чузилиб кетган хуружи бўлиб, нафас йўли обструкцияси туфайли ўткир прогрессияланувчи нафас олиш етишмовчилиги билан кечади, ва дориларга резистентлик ривожланиши билан характерланади (В. С. Щелкунов).

Бу синдром ўткир нафас етишмовчилиги бўлиб, БА ли беморларда нафас йўллариининг обструкцияси туфайли юзага келиб, эуфиллин, селектив бета-2 симпатомиметиклар терапиясига резистентлиги билан характерланадиган ҳолатдир.

Этиологияси:

Қуйидагилар АС нинг келиб чиқишида рол ўйнайди.

1. Бронхлар ва ўпка тизимида бактериал, вирусли яллиғланишли жараёнлар.
2. Муваффақиятсиз бошланган гипосенсибилизация.
3. Ҳаддан ташқари седатив ва уйқу келтирувчи дориларни қабул қилиш.
4. Глюкокортикостероидларни узоқ вақт қабул қилгач, олиб ташлаш («олиб ташлаш синдроми»).
5. Бронхларнинг аллергик ва кейинчалик обструкциясига сабаб бўлувчи дориларни (салицилатлар, анальгин, антибиотиклар, вакцина ва зардоблар) қабул қилиш.
6. Симпатомиметикларни суъистемол қилиш.

Астматик статус таснифи:

I.Патогенетик вариантлари:

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

II.Босқичлари фарқланади

Биринчиси — нисбий компенсация.

Иккинчиси — декомпенсация ёки “соқов ўпка” босқичи.

Учинчиси — гипоксик гиперкапник кома.

Патогенези:

Патогенетик хусусиятига кура астматик статуснинг 3 та варианты ривожланишида қуйидагилар рол ўйнайди бу вариантлар бир-биридан ўзига хос клиник белгилари билан фарқ қилади :

Аста-секин ривожланувчи АС асосида қуйидагилар рол уйнайди, яъни:

1. Бетта -2 адренорецепторларнинг камали.
2. Бронхларнинг спазмини чакирувчи альфа-адренорецепторларнинг устунлиги.
3. Глюкокортикостероидларнинг ифодаланган етишмовчилиги, бу эса ўз навбатида бетта-2 адренорецепторларнинг камалини чуқурлаштиради.
4. Бронхларнинг яллиғланишли ва аллергик обструкцияси.
5. Йўтал рефлексининг бартараф этилиши.
6. Бронхларда холинэргик таъсирларнинг устунлиги.

Анафилактик статус (тезкор типли). Асосида гиперергик анафилактик реакция ҳосил бўлиб, яллиғланишнинг аллергик медиаторлари ажралиб, бу эса ўз навбатида аллерген билан тўкнашилганда, ёт оқсилга нисбатан сезувчанликнинг ошиши (анафилаксия) юзага келиб, бронхларнинг тотал спазмига сабаб бўлади⁴

Анафилактоидли астматик статус. Асосида нафас йўллариининг механик, физик, кимёвий (совуқ ҳаво, ўткир ҳидлар ва б.) таъсирлари туфайли рецепторларнинг таъсирланишига бронхлар рефлектор спазм билан жавоб беради. Иккинчи турини

хам тез ривожланувчи реакциялар турига киритиш мумкин, лекин анафилактик АС дан фаркли уларок бу жароаен иммунологик механизмга эга эмас.

Юкорида келтирилган патогенетик механизмлардан ташкари АС нинг хамма шакллари хос умумий механизмлар бор. Бронхиал обструкция туфайли ўпканинг якуний хажми ошади, резерв нафас ютиш ва чиқариш камаяди, натижада уткир эмфизема ривожланади, коннинг юракга веноз кайтиш механизми бузилади, унг қоринча хайдаш хажми сустлашади. Кўкрак қафаси ва альвеоляр босим кутарилиши ўпка гипертензияси ривожланишига олиб келади. Коннинг веноз кайтиши, антидиуретик ва альдостероннинг купайиши организмда суюклик ушланиб қоринчига олиб келади. Бундан ташкари, баланд кўкракичра босим лимфани кўкрак лимфатик томир орқали веноз тармоқка кайтишини бузади, бу эса гипопропротеинемия, онкотик босимни қонда камайиб кетишига ва интерстициал суюклик микдорини ошишига олиб келади⁶.

Астматик статуснинг ривожланишида қуйидаги 3 та босқич мавжуд:

1- босқич вентиляциян бузилишларсиз ёки компенсация босқичи.

Клиникаси қузилган БА хуружга ухшайди. Бир кунда бир неча бор бартараф этиб бўлмайдиган бўғилиш хуружлари булиб, беморларнинг эс-хуши жойида, йўтал қуруқ хуружсимон бўлиб, балғам жуда қийинлик билан ажралади. Кўзга акроцианоз, тери қатламларининг намлиги, тахипноэ 1 мин. 40 тагача, масофадан эшитилувчи қуруқ, хуштаксимон хириллашлар, ортопноэ ҳолати ташланади. Перкуссияда ўпкада қутисимон товуш (эмфизема туфайли), аускультацияда везикуляр нафас ўпканинг пастки бўлақларида ўта сустлиги, қуруқ хуштаксимон хириллашлар эшитилади.

Юрак қон томирлар тизимида- тахикардия, аритмия, А/Б нинг нормадалиги ёки ошганлиги. Хазм қилиш органлари тизимида – жигарнинг қатталашганлиги, асаб рухий сфера тизимида қузгалувчанлик, баъзан алахлаш галлюцинациялар аниқланади.

Лаборатор таҳлиллар натижаси: УҚТ – полицитемия, биохимик текширишда – альфа 2, гамма глобулинлар, фибриноген, серомукоид, сиал кислоталарининг ошганлиги, коннинг газли таркибида кам ифодаланган артериал гипоксия, нормақаниялар, ЭКГ да – ўнг бўлмача, ўнг қоринчанинг зўриқиши аниқланади.

2.-босқич ўсиб борувчи вентиляциян бузилишлар ёки декомпенсация («соқов ўпка») босқичи.

Беморлар аҳволи ўта оғир бўлиб, ҳансираш, ўпкада нафас олиш юзаки, ортопноэ ҳолати, бўйин веналари бўртган, тери қатламлари қулранг, нам, баъзида қўзғалишларнинг бефарқлик билан алмашиши. Аускультацияда нафас шовқини эшитилмаслиги («соқов ўпка») фақат баъзи жойларида кам микдорда хириллашларнинг эшитилиши, А/Б- нинг пастлиги, юрак тонларининг бўғиқлиги, «от дупури» нинг пайдо бўлиши аниқланади.

Лаборатор таҳлилларда – ифодаланган артериал гипоксемия (P_{aO_2} , 50-60 мм сим.уст.) ва гиперқания (P_{aCO_2} , 50-70 . ва ундан ошиқ мм сим.уст.).

Қоннинг қордан-ишқорий тенглиги — респиратор ацидоз, ЭКГ да ўнг бўлмача ва ўнг қоринчанинг зўриқиши.

3-босқич гипоксемик, гиперқания кома.

Беморлар ҳушсиз, ҳушдан кетиш олдидан қалтироқлар тутиб, диффуз тер копланган, нафас олиш юзаки, аускультацияда везикуляр нафас ўта сусайган, пульс ипсимон, А/Б пасайган, юрак тонлари бўғиқ, «от дупури», баъзида қоринчалар фибрилляцияси аниқланади.

Лаборатор таҳлиллар натижаси – ифодаланган оғир артериал гипоксемия (P_{aO_2} , 40-55 мм сим.уст.) ва жуда яққол гиперкапния (P_{aCO_2} , 80-90 мм сим.уст.). Қоннинг нордан-ишқорий тенглиги — метаболик ацидоз. ЭКГ да – ўнг бўлмача ва ўнг қоринча зўриқиши.

Диагностикаси:

Астматик статус диагнозини тўғри қўйишда қуйидагилар муҳим рол ўйнайди:

1. Анамнестик маълумотлар ва беморни орган-тизимлар буйича текшириш.
2. Умумий қон таҳлилида – полицитемия, қоннинг биохимик текширувида альфа 2, гамма глобулинларнинг, фибриноген, серомукоид, сиал кислотасининг ошиши.
3. ЭКГ да ўнг бўлмача ва ўнг қоринчанинг зўриқиш белгилари.

Назорат саволлари:

1. Бронхиал астмани тарқалиши хақида тушунча беринг
2. Бронхиал астмани таърифлаб беринг
3. Бронхиал астмани этиологияси қандай?
4. Бронхиал астманинг патогенезини еритиб беринг
5. Бронхиал астмани замонавий таснифини келтиринг
6. Бронхиал астманинг клин ик белгиларини айтиб беринг
7. Бронхиал астмани ташхислашда замонавий лаборатор диагностика усуллари айтиб беринг
8. Бронхиал астмани ташхислашда замонавий инструментал диагностика усуллари қўллаш хақида гапириб беринг
9. Бронхиал астмани асоратлари қандай?
10. Бронхиал астмани таккосашини еритиб беринг

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Judith Tintinalli, J. Stapczynski, O. John Ma, David Cline, Rita Cydulka, Garth Meckler. – Tintinalli's Emergency Medicine; A Comprehensive Study Guide, (Emergency Medicine Tintinalli) - USA, 2015 McGraw – Hill Education, English.
2. Dennis Kasper, Anthony Fauci, Stephen Hauser, Dan Longo, J Jameson, Joseph Loscalzo. – Harrison's Principles of Internal Medicine 19/E (Vol. 1 Vol2) - USA 2015 English.
3. Robert E. David P – Textbook of family medicine – USA, 2016
4. John Murtagh - General Practice 6th Revised edition - Australia 2015 English.
5. Gadayev A., Karimov M. Sh., Axmedov X.S. Ichki kasalliklar propedevtikasi.- T., 2012, 708 b.

IV. АМАЛИЙ МАШҒУЛОТ МАТЕРИАЛЛАРИ

1-амалий машғулот: Артериал гипертониялар (АГ) Артериал гипертонияларни диагностикасида юқори технологияларни қўллаш.

Ишдан мақсад. Артериал гипертония келиб чиқиш сабаблари, шу касалликнинг этиопатогенези, клиник кечишининг ўзига хослиги, қолдирадиган асоратлари, даволаш принципининг ўзига хослиги билан долзарб мавзу бўлиб ҳисобланади.

Масаланинг қўйилиши:

ПАТОГЕНЕЗ. Артериал қон босими (АҚБ) характери 3 та факторга боғлиқ:

1. Юракнинг минутлик ҳажми.
2. Периферик қаршилик.
3. Циркуляция қиладиган қон ҳажми.

Ушбу амалий иш давомида қуйидагиларни **бажариш лозим:**

1. Артериал гипертония билан оғриган беморларни қон босимини суткалик мониторингини тахлил қилиш
2. Артериал гипертония билан оғриган беморларни ЭХО кардиография кўрсаткичларини баҳолаш.
3. Артериал гипертония билан оғриган беморларни ангиография текширувларига кўрсатмалар бериш

Ишни бажариш учун намуна:

Замонавий тушунчаларга кўра хар хил ташқи омиллар таъсирида бош миянинг АҚБ ни мувозанатда ушлаб турувчи марказида турғун кўзғалиш юзага келади. Натижада симпатик-адренал тизим фаоллиги ошиб, катехоламинлар (адреналин, норадреналин) кўп миқдорда ишлаб чиқарила бошлайди. Бу эса ўз навбатида қуйидаги ўзгаришларга олиб келади:

- 1) Периферик томирлар спазмига.
- 2) Юракнинг минутлик хажмининг ортишига.

Периферик томирлар спазми ўз навбатида буйрак етишмовчилигини келтириб чиқаради, натижада юкстагломеруляр аппаратда ренин ишлаб чиқарилиши ошади. Ренин ангиотензинга таъсир қилиб уни ангиотензин I га айлантиради. Ангиотензин I карбоксипептидаза ферменти таъсирида кучли прессор модда ангиотензин II га айланади ва АҚБ кўтарилишига олиб келади. Ангиотензин II таъсири остида буйрак усти безида альдостерон ишлаб чиқарилиши ортади. Альдостерон гиперсекрецияси организмда натрий ионларини ушлаб қолишига олиб келади. Организмда ушланиб қолган натрий ионлари гипофизда антидиуретик гармон (АДГ) ишлаб чиқарилишини оширади. АДГ буйракда сувнинг реабсорбциясини

1. Артериал гипертониялар (АГ). Тарифи. Муаммонинг долзарблиги. Патогенез.
2. АГ нинг таснифи. Этиология.
3. Буйракнинг паренхиматоз касалликлари.
4. Вазоренал гипертония.
5. Бирламчи альдостеронизм.
6. Кушинг синдроми.
7. Феохромоцитома.

Назорат саволлари:

1. Артериал гипертензияга қандай касалликлар олиб келади?
2. Симптоматик артериал гипертонияларнинг таснифи?
3. Артериал гипертензиянинг тарқалиши қандай?
4. Қайси буйракнинг паренхиматоз касалликларда артериал гипертония учрайди? Замонавий диагностикаси?
5. Реноваскуляр гипертонияларни сабабларини айтинг?
6. Вазоренал гипертонияни замонавий диагностикаси?
7. Қайси эндокрин касалликларда симптоматик артериал гипертония учрайди?
8. Феохромоцитомадаги артериал гипертонияни клиник хусусиятлари қандай?

9. Феохромоцитоманинг замонавий текшириш усуллари?

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Dennis Kasper, Anthony Fauci, Stephen Hauser, Dan Longo, J Jameson, Joseph Loscalzo. - Harrison's Principles of Internal Medicine 19/E (Vol. 1 Vol2) - USA 2015 English.
2. Robert E. David P – Textbook of family medicine – USA, 2016
John Murtagh - General Practice 6th Revised edition - Australia 2015 English.

2-амалий машғулот: Юрак ишемик касалликни ва унинг асоратларини диагностикасида юкори технологияларни қўллаш.

Ишдан мақсад:

Миокард инфарктнинг долзарб муамоллари, мазмуннинг мохияти, тарқалиши, ички касалликлар патологиясида ўрни ва ахамияти урганеди.

Масаланинг қўйилиши:

Тингловчиларни миокард инфаркти таснифи билан, клиникаси ва унда кузатиладигансиндромлар билан ва миокард инфарктнинг атипик шакллари билан таништирилади миокард инфарктнинг ва унинг асоратларини диагностикасида юкори технологияларни қўллаш тўғрисида маълумотлар бериледи; ва даволаш принципларни ургатилади.

Ушбу амалий иш давомида қуйидагиларни **бажариш лозим:**

1. Юрак ишемик касаллиги билан оғриган беморларда коронарография кўрсаткичларини тахлил қилиш
2. Юрак ишемик касаллиги билан оғриган беморларда ЭХО кардиография кўрсаткичларини баҳолаш.
3. Юрак ишемик касаллиги билан оғриган беморларда аорта коронар шунтлашга кўрсатмани аниқлаш

Ишни бажариш учун намуна:

Аналитик қисмида тингловчилар вазиятли масалалар, тестлар ечадилар, ЭКГ-ларни тахлил қиладилар.

Яқуний қисм.Хулоса

Назорат саволлари:

1. ЮИК га таъриф беринг.
2. ЮИКнинг хафли омиллар нимадан иборат?
3. МИнинг нечта босқичини биласиз?

4. МИнинг босқичларнинг клиникаси?
5. МИнинг замонавий лаборатор диагностикаси?
6. МИнинг замонавий инструментал диагностикаси
7. МИнинг қандай атипик шакллари биласиз?
8. МИнинг атипик шаклларнинг замонавий диагностикаси?
9. МИнинг эрта асоратларини клиникаси ва замонавий диагностикаси?
10. МИнинг кечки асоратларини клиникаси ва замонавий диагностикаси?
11. МИни қайси касалликлар билан таққослайсиз?

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Dennis Kasper, Anthony Fauci, Stephen Hauser, Dan Longo, J Jameson, Joseph Loscalzo. - Harrison's Principles of Internal Medicine 19/E (Vol. 1 Vol2) - USA 2015 English.
2. Robert E. David P – Textbook of family medicine – USA, 2016
3. John Murtagh - General Practice 6th Revised edition - Australia 2015 English

3-амалий машғулот: Сурункали буйрак касаллигини диагностикада юкори технологияларни қўллаш.

Ишдан мақсад:

СБК нинг долзарб масалалари, мазмуннинг мохияти, тарқалиши, ички касалликлар патологиясида ўрни ва ахамияти айтиб ўтилади

Масаланинг қўйилиши:

тингловчиларга СБК нинг этиологияси ва патогенези тўғрисида маълумотлар берилди; СБК нинг таснифи билан, клиникаси ва унда кузатиладиган синдромлар билан, шакллари билан таништирилади ва диагностикасида юкори технологияларни қўллаш принциплари ўргатилади

Ушбу амалий иш давомида қуйидагиларни **бажариш лозим:**

1. Сурункали буйрак касаллиги билан оғриган беморларда биопсияга кўрсатмалар бериш.
2. Сурункали буйрак касаллиги билан оғриган беморларда ЭМСКТ кўрсаткичларини баҳолаш.
3. Сурункали буйрак касаллиги билан оғриган беморларда УТТ текширувини таҳлил қилиш

Ишни бажариш учун намуна:

Тингловчилар вазиятли масалалар, тестлар ечадилар, анализлар таҳлил қиладилар.

Назорат саволлари:

1. Сурункали буйрак касалликларга олиб келувчи касалликларни айтиб беринг?

2. Сурункали буйрак касаллигининг патогенези нимадан иборат?
3. СБКнинг клиник белгиларинг айтиб беринг.
4. СБК замонавий таснифида нечта боскичларга булинади?
5. СБК боскичларнинг клиникаси нимадан иборат?
6. СБК замонавий лаборатор диагностика усуллари?
7. СБК замонавий инструментал диагностика усуллари
8. СБК нинг қиесий ташхиси

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Dennis Kasper, Anthony Fauci, Stephen Hauser, Dan Longo, J Jameson, Joseph Loscalzo. - Harrison's Principles of Internal Medicine 19/E (Vol. 1 Vol2) - USA 2015 English.
2. Robert E. David P – Textbook of family medicine – USA, 2016
3. John Murtagh - General Practice 6th Revised edition - Australia 2015 English

4-амалий машғулот: Ошқозон ва 12 бармоқ ичакнинг яра касаллигини диагностикасида юкори технологияларни қўллаш.

Ишдан мақсад: ошқозон ва 12 бармоқ ичакнинг яра касаллигини долзарб муамоллари, мазмуннинг моҳияти, тарқалиши, ички касалликлар патологиясида ўрни ва ахамияти айтиб ўтилади.

Масаланинг қўйилиши: Тингловчиларни ошқозон ва 12 бармоқ ичакнинг яра касаллигини таснифи билан, клиникаси ва унда кузатиладиган синдромлар билан танишиш.

Ушбу амалий иш давомида қуйидагиларни **бажариш лозим:**

1. Ошқозон ва 12 бармоқ ичакнинг яра касаллиги билан оғриган беморларни ЭФГДС натижаларини тахлил қилиш.
2. Ошқозон ва 12 бармоқ ичакнинг яра касаллигини МСКТ кўрсаткичларини баҳолаш.
3. Ошқозон ва 12 бармоқ ичакнинг яра касаллиги билан оғриган беморларни замонавий хеликобактер текшируви натижаларини тахлил қилиш.

Ишни бажариш учун намуна:

Тингловчилар вазиятли масалалар, тестлар ечадилар, рентгенларни тахлил қиладилар.

Яқуний қисм. Хулоса

Назорат саволлари:

1. Ошқозон ва 12 бармоқ ичакнинг яра касаллигини

- ташхислашда замонавий лаборатор диагностика усуллари кўллаш хакида нима биласиз?
2. Ошкозон ва 12 бармоқ ичакнинг яра касаллигини ташхислашда замонавий инструментал диагностика усуллари кўллаш хакида нима биласиз?
 4. Ошкозон ва 12 бармоқ ичакнинг яра касаллигини қиесий таккослаш утказинг
 5. Ошкозон ва 12 бармоқ ичакнинг яра касаллигини асоратларини санаб чикинг

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Dennis Kasper, Anthony Fauci, Stephen Hauser, Dan Longo, J Jameson, Joseph Loscalzo. - Harrison's Principles of Internal Medicine 19/E (Vol. 1 Vol2) - USA 2015 English.
2. Robert E. David P – Textbook of family medicine – USA, 2016
John Murtagh - General Practice 6th Revised edition - Australia 2015 English.

5- амалий машғулот: Жигар касалликларни ташхислашда замонавий диагностика усуллари кўллаш.

Ишдан мақсад: Жигар касалликларни долзарб муамоллари, мазмуннинг мохияти, тарқалиши, ички касалликлар патологиясида ўрни ва ахамияти айтиб ўтилади.

Масаланинг қўйилиши:

Клиник кечиши: жигар циррози паст активлик билан кечувчи асосан симптомсиз кечади ва касаллик асоратлари юзага келганда ёки тарминал стадияда аниқланади. Юқоридага кечиш 80% ҳолларда учрайди. Юқори активлик билан кечувчи формада беморларда тез чарчаш, ўнг қовирға устида ўтмас оғриқ, пешоб рангининг ўзгариши, қорин шишига шикоят қилади.

Беморни кўздан кечирганда склера субиктериллиги, гинекомастия, телеангиоэктазиялар, пальмар эритема хос. Жигар ўлчамлари кенгайган, нормал ёки кичрайган. Кўпчилик беморларда катталашган қора талоқ аниқланади.

Ушбу амалий иш давомида қуйидагиларни **бажариш лозим:**

1. Жигар касалликларни ташхислашда МСКТ кўрсаткичларини тахлил қилиш.
2. Жигар касалликларни ташхислашда фиброзли сканерлаш натижаларини баҳолаш.
3. Жигар касалликларни ташхислашда биопсия натижаларини тахлил қилиш.

Ишни бажариш учун намуна:

Тингловчилар вазиятли масалалар, тестлар ечадилар,КТ хулосаларни тахлил киладилар.

Назорат саволлари:

1. Жигар циррозни ташхислашда замонавий инструментал диагностика усулларини қўллаш хақида нима биласиз?
2. Жигар циррознинг лаборатор синдромларини тушунтириб беринг
3. Жигар циррознинг асоратларини айтиб кетинг
4. Жигар циррознинг киесий таккослашни кандай касалликлар билан утказамиз?

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Dennis Kasper, Anthony Fauci, Stephen Hauser, Dan Longo, J Jameson, Joseph Loscalzo. - Harrison's Principles of Internal Medicine 19/E (Vol. 1 Vol2) - USA 2015 English.
2. Robert E. David P – Textbook of family medicine – USA, 2016
John Murtagh - General Practice 6th Revised edition - Australia 2015 English.

6- амалий машғулот: Бириктирувчи туқиманинг системали касалликларни ташхислашда замонавий диагностика усулларини қўллаш”.

Ишдан мақсад: Тизимли қизил бўрича (ТҚБ) – асосан ёш қизлар ва аёлларнинг иммунорегуляция жараёнларининг генетик боғлиқ бўлган такомиллашмаганлиги фонида ривожланадиган сурункали полисиндромли касаллиги бўлиб, хусусий хужайралар ва уларнинг компонентларига нисбатан антитаналарнинг ишлаб чиқарилишига ва аутоиммун, иммункомплексли сурункали яллиғланишга олиб келади.

Масаланинг қўйилиши: лаборатор текширувларни ахамиятини ўрганиш

1. Қон умумий таҳлили
2. Пешоб умумий таҳлили
3. LE хужайралар
4. Антинуклеар антитаналар
5. ЦИК
6. РФ паст титрларда
7. ЭКГ
8. ЭхоКС
9. Юрак-қон томир, нафас, ошқозон-ичак, буйрак, марказий асаб тизимларини лаборатор-инструментал текшириш
10. IgG. IgM

Ушбу амалий иш давомида қуйидагиларни **бажариш лозим:**

11. Бириктирувчи туқиманинг системали касалликларни ташхислашда биопсия натижаларини тахлил қилиш.

12. Бириктирувчи туқиманинг системали касалликларни ташхислашда МСКТ кўрсаткичларини баҳолаш
13. Бириктирувчи туқиманинг системали касалликларни ташхислашда УТТ натижаларини таҳлил қилиш.

Ишни бажариш учун намуна:

1. Тизимли қизил бўрича
2. Тизимли склеродермия
3. Дерматомиозит
4. Диффуз фасциит
5. Ревматик полимиалгия
6. Қайталанувчи панникулит
7. Қайталанувчи полихондрит
8. Бириктирувчи туқиманинг аралаш касалликлари
(беморларни курация қилиш)

Назорат саволлари:

1. Бириктирувчи туқиманинг системали касалликлар ва уларнинг тарқалиши хақида тушунча беринг
2. Бириктирувчи туқиманинг системали касалликларнинг замонавий таснифини келтиринг
3. Бириктирувчи туқиманинг системали касалликларнинг ташхислашини гапиринг

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Judth Tintinalli, J. Stapczynski, O. John Ma, David Cline, Rita Cydulka, Garth Meckler. – Tintinalli’s Emergency Medicine; A Comprehensive Study Guide, (Emergency Medicine Tintinalli) - USA, 2015 McGraw – Hill Education, English.
2. Dennis Kasper, Anthony Fauci, Stephen Hauser, Dan Longo, J Jameson, Joseph Loscalzo. – Harrison’s Principles of Internal Medicine 19/E (Vol. 1 Vol2) - USA 2015 English.
3. Robert E. David P – Textbook of family medicine – USA, 2016
4. John Murtagh - General Practice 6th Revised edition - Australia 2015 English.
5. Gadayev A., Karimov M. Sh., Axmedov X.S. Ichki kasalliklar propedevtikasi.- T., 2012, 708 b.
6. Каримов М.Ш. и др. Пропедевтика внутренних болезней методические рекомендации. Т., 2011. Часть 1-3.

7- амалий машғулот: Ўпка касалликларни ташхислашда замонавий диагностика усулларини қўллаш.

Ишдан мақсад: Ўпка касалликлар ва уларнинг тарқалиши хақида тушунча бериш. Ўпка касалликларнинг замонавий таснифи ва ташхислаши

Масаланинг қўйилиши: лаборатор текширувларни ахамиятини ўрганиш

1. Қон умумий таҳлили
2. Балғам умумий таҳлили
3. Иммуноглобулин Е антитаналар
4. ЦИК
5. паст титрларда
6. ЭКГ
7. ЭхоКС
8. Юрак-қон томир, нафас, ошқозон-ичак, буйрак, марказий асаб тизимларини лаборатор-инструментал текшириш
9. IgG, IgM

Ушбу амалий иш давомида қуйидагиларни **бажариш лозим:**

1. Ўпка касалликларни ташхислашда замонавий лаборатор диагностика натижаларни таҳлил қилиш.
2. Ўпка касалликларни ташхислашда замонавий диагностикасида МСКТ қўрсаткичларини баҳолаш.
3. Ўпка касалликларни ташхислашда рақамли рентгенограмма натижаларни таҳлил қилиш.

Ишни бажариш учун намуна:

Тингловчилар вазиятли масалалар, тестлар ечадилар,КТ хулосаларни таҳлил қиладилар.

Бронхиал астманинг диагностикаси.

Лаборатор ўзгаришлар. Қоннинг умумий таҳлил (УҚТ) – эознофилия, ЭЧТнинг бироз ошиши (инфекцияга қарам турида). Умумий балғам – эозинофиллар кўплиги, Шарко-Лейден кристаллари (ромб ва октаэдр шаклидаги-эозинофиллар парчаланиши туфайли пайдо бўлувчи кристаллар), Куршман спираллари -шаффоф шилликдан ташкил топган майда бронхлар шаклидаги спираллар), “Креол таначалари” – думалоқ, эпителиал хужайралардан ташкил топган бирикмалар. Қонни биохимик текшириш:– альфа₂- ва гамма-глобулинларнинг, сиал кислотанинг, серомукоиднинг, фибриннинг, гаптоглобулиннинг ва б. нинг купайиши. Иммунологик таҳлил – қонда иммуноглобулинларнинг, Т-супрессорларнинг, IgE нинг микдорининг ошиши. (атолик астмада¹)

Артериал қондаги газ микдорини баҳолаш. Оғир бронхиал обструкцияда (ТНЧ₁ – берилган ҳажмдан 30-40%, ПНТ< 100 л/мин) гиперкапния, ўрта даражадаги бронхообструкцияда эса гипоксемия ва гипокапния аникланади. БА

нинг оғир кечишида вентиляциян-перфузион ўзгаришлар туфайли артериал гипоксемия кузатилади.

Ўпкани рентгенологик текшириш қандайдир хос ўзгаришларни топмайди. БА хуружида ўпка эмфиземаси белгилари аниқланади: ўпка шаффофлигининг ошиши, қовурғаларнинг горизонтал жойлашиши, қовурғалар орасининг кенгайиши, диафрагмани паст жойлашиши.

Электрокардиография. БА хуружида ўнг бўлмачага кучли зўриқиш белгилари аниқланади: баланд, ўткирлашган R тишча II, III, aVF, V1, V2 да аниқланади, юракнинг эллектр ўқи вертикал, кўкрак тармоқларида чуқур S тишча шаклида пайдо бўлади. Хуружнинг тўхташи билан кўрсатилган ЭКГ ўзгаришлар йўқолади. Ўпка юраги ривожланса ўнг қоринча гипертрофияси ЭКГ-белгилари пайдо булади.

Бронхоскопия киёсий ташхис ахамиятига эга, масалан бронхо-пульмонал тизимидаги ўсмалар билан.

Аллерголик статусни баҳолаш. БА нинг ремиссия фазасида ўтказилади ва бунда ҳар хил аллергенлар мажмуаси қўлланилади. Энг кўпроқ тери синамалари (аппликацион, скарификацион, териичра аллергенлар билан ўтказилувчи синамалар) қўлланилад

Ташқи нафас олиш функциясини инструментал текшириш.

Спирография – нафас олиш вақтида ўпка ҳажмининг график равишда тасвирланиши. БА нинг спирографик белгилари:

ўпканинг тезлаштирилган ҳаётий ҳажмининг (ЎТХХ) ва ТНЧ1 нинг сустлашиши. Бунда ТНЧ1 энг сезувчан курсаткич булиб, бронхиал обструкция даражасини курсатади;

Тиффно индексининг пасайиши (ТНЧ1/ЎТХХ), асосан 75% дан камрок **Пневматахография** – иккикоординатали системада “оқим-ҳажм” тизимини аниқлаш – ҳаво оқимининг экспиратор тезлигини ЎТХХ 25-75% ли нуқтасида, яъни нафас чиқаришнинг ўртасида аниқлаш. Бу услуб ердамида пик ҳажм тезлигини (ПХТ), УТХХ нинг 25%, 50%, 75% ли нуқталарида максимал ҳажм тезлигини (МХТ₂₅, МХТ₅₀, МХТ₇₅) ва уртача ҳажм тезлигини (25-75%) аниқлаш мумкин.

Пикфлоуметрия – ҳавонинг максимал ҳажм тезлигини тўла нафас олгандан сўнг тезлаштирилган нафас чиқаришда (нафас чиқариш тезлиги)

ўлчаш услуби. Пикфлоуметрия кунига бир неча марта ва бронходилататорлар қабулидан олдин ва кейин ўтказилади. ПНТ ни албатта эрталаб, кейин 10-12 соатдан сўнг ўтказиш керак. Пикфлоуметрия дастлаб врач қабулида килинади, кейин эса беморнинг ўзи ўтказиши мумкин.

БА да ПНТ куйидагича ўзгаради:

- қисқа таъсир этувчи бетта –2 – стимуляторнинг қабулидан 15-20 минутдан сўнг ПНТ нинг 15% га ошиши.
- бронхолитиклар қабул қилувчи беморларда ПНТ 20% ва ундан кўпроққа суткада тебранади, бронхолитиклар қабул қилмайдиган беморларда эса – 10% га.

- ПНТ нинг суткалик тебраниши куйидаги формула орқали аниқланади:

$$\text{ПНТ нинг суткалик тебраниши \%} = \frac{\text{ПНТ}_{\text{максимал}} - \text{ПНТ}_{\text{минимал}}}{\text{ПНТ}_{\text{ўртача}}} \times 100\%$$

- жисмоний зўриқишдан ёки бошқа триггерлар таъсиридан сўнг ПНТ нинг 15% га камайиши.

Назорат саволлари:

1. Бронхиал астмани тарқалиши хақида тушунча беринг
2. Бронхиал астмани таърифлаб беринг
3. Бронхиал астмани этиологияси қандай?
4. Бронхиал астманинг патогенезини еритиб беринг
5. Бронхиал астмани замонавий таснифини келтиринг
6. Бронхиал астманинг клин ик белгиларини айтиб беринг
7. Бронхиал астмани ташхислашда замонавий лаборатор диагностика усулларини айтиб беринг

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Dennis Kasper, Anthony Fauci, Stephen Hauser, Dan Longo, J Jameson, Joseph Loscalzo. - Harrison's Principles of Internal Medicine 19/E (Vol. 1 Vol2) - USA 2015 English.
2. Robert E. David P – Textbook of family medicine – USA, 2016
3. John Murtagh - General Practice 6th Revised edition - Australia 2015 English.

Визуал материаллар

1-мавзу : Артериал гипертониялар. Замонавий диагностика



**АРТЕРИАЛГИПЕРТОНИЈДА
БЕМОРНИ КОН БОСИНИ УЛЧАШИ**

Беморни объектив куриш

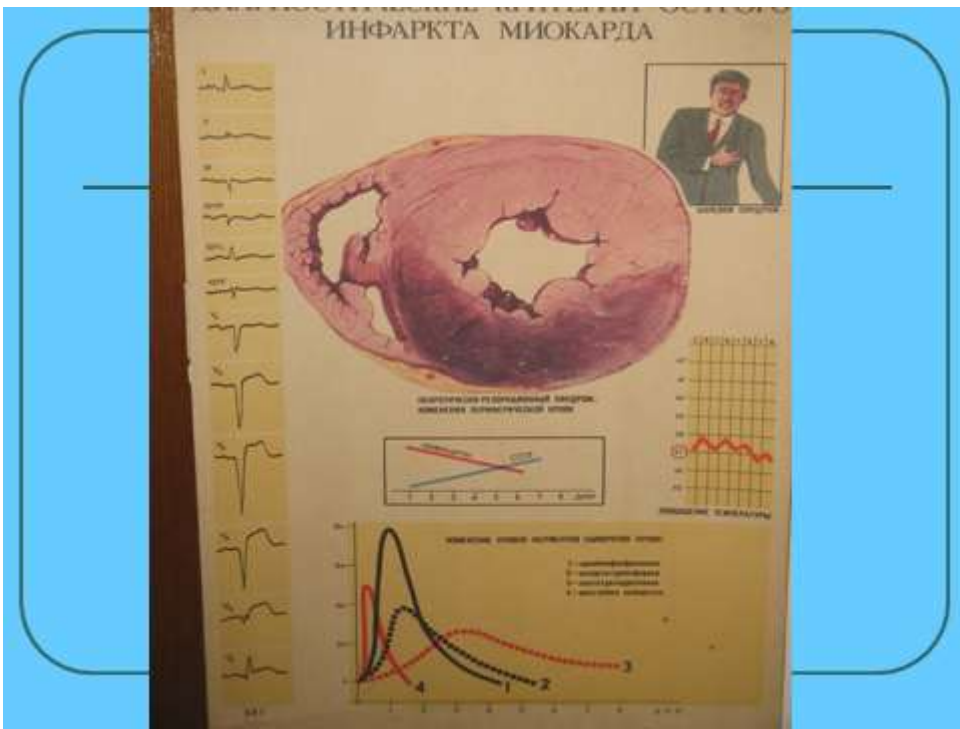
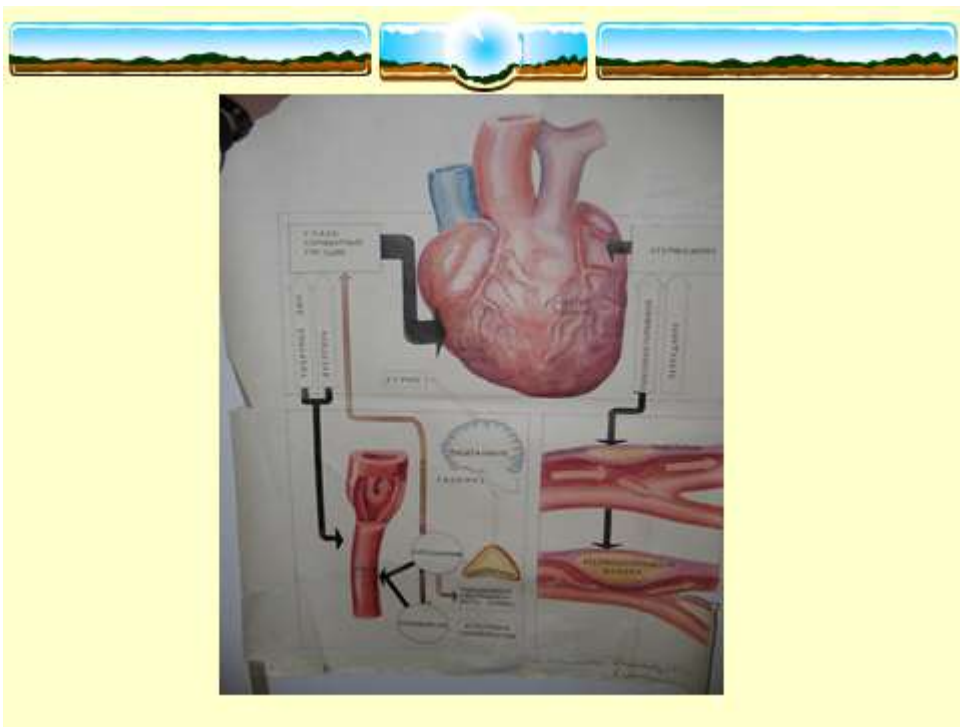


ФЕОХРОМОЦИТОМА

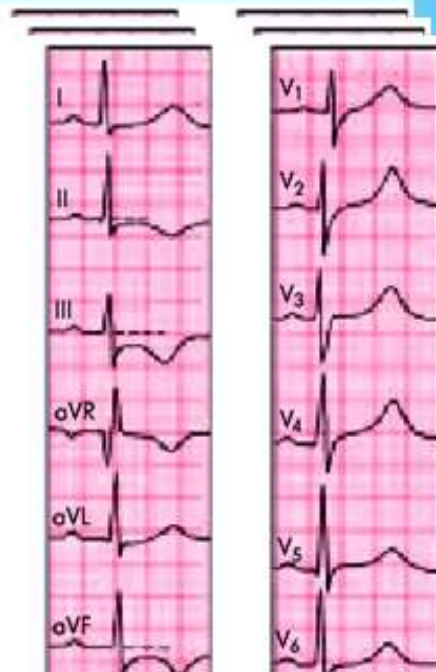


2-мавзу: Юрак ишемик касалликни ва унинг асоратларини ташхислашда замонавий диагностика усулларини қўллаш.

Маърузага визуал материаллар



тишсиз нотрансмурал миокард
инфарктида ЭКГ

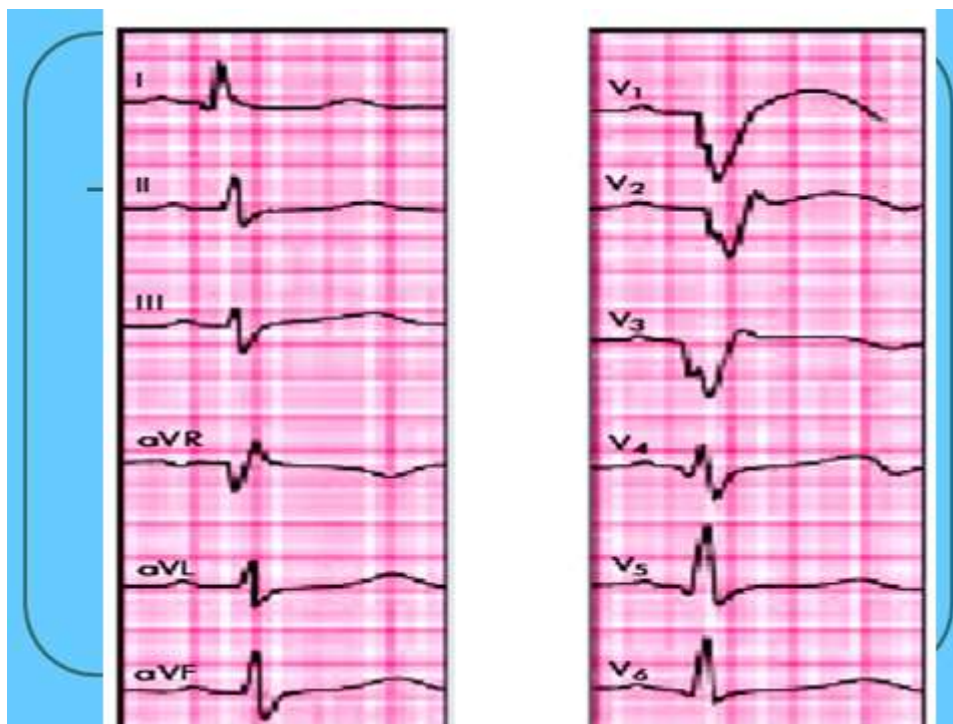


МИОКАРД ИНФАРКТИ-

- ЮРАК МУШАКЛАРИНИНГ ЎТКИР РИВОЖЛАНУВЧИ НЕКРОЗИ БЎЛИБ, КОРОНАР ҚОН АЙЛАНИШИНИ АБСОЛЮТ ЁКИ НИСБИЙ ЕТИШМОВЧИЛИГИ БИЛАН КЕЧАДИ.

ХАВФЛИ ОМИЛЛАРИ

1. ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЯ
2. ИРСИЙ МОЙИЛИК
3. ЧЕКИШ
4. ҚАНДЛИ ДИАБЕТ
5. АРТЕРИАЛГИПЕРТЕНЗИЯ
6. ПОДАГРА
7. ГИПЕРТРИГЛИЦЕРИДЕМИЯ
8. ЭРТА ҚАРИЛИК ЁЙИ
9. ҚУЛОҚДАГИ ДИАГОНАЛАЖИНЛАР

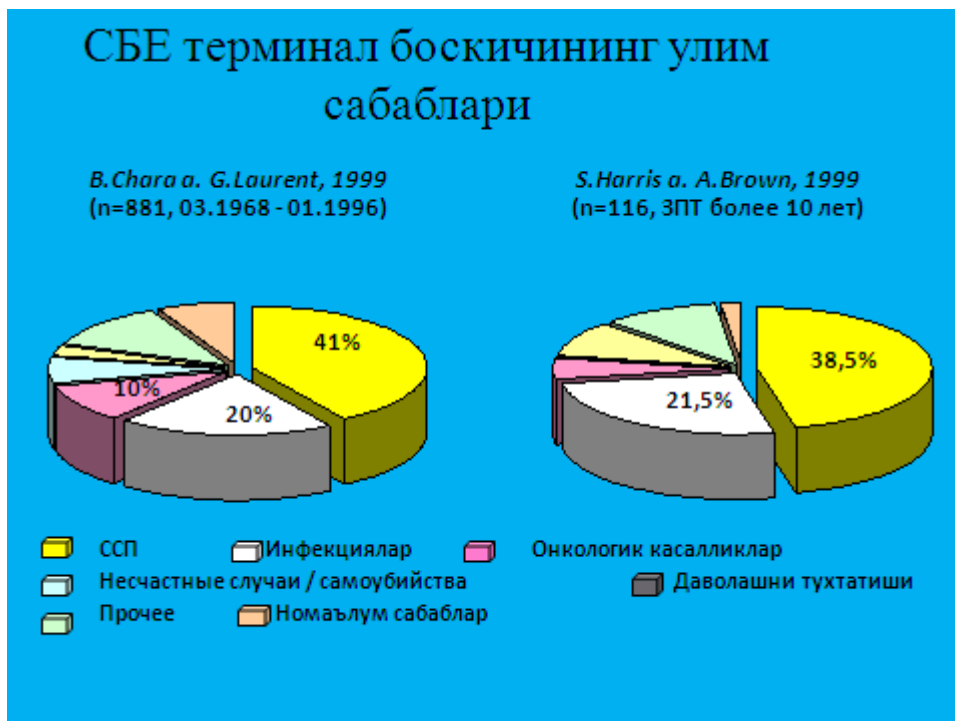




Уткир коронар синдром

**3 мавзу: Сурункали буйрак касаллиглари (СБК) ташхислашда
замонавий диагностика усулларини қўллаш**

Маърузага визуал материаллар



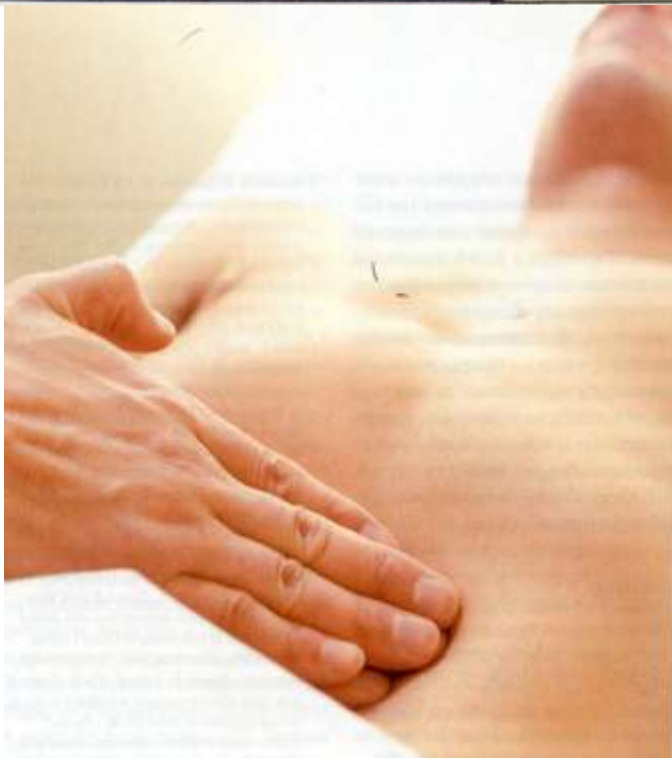
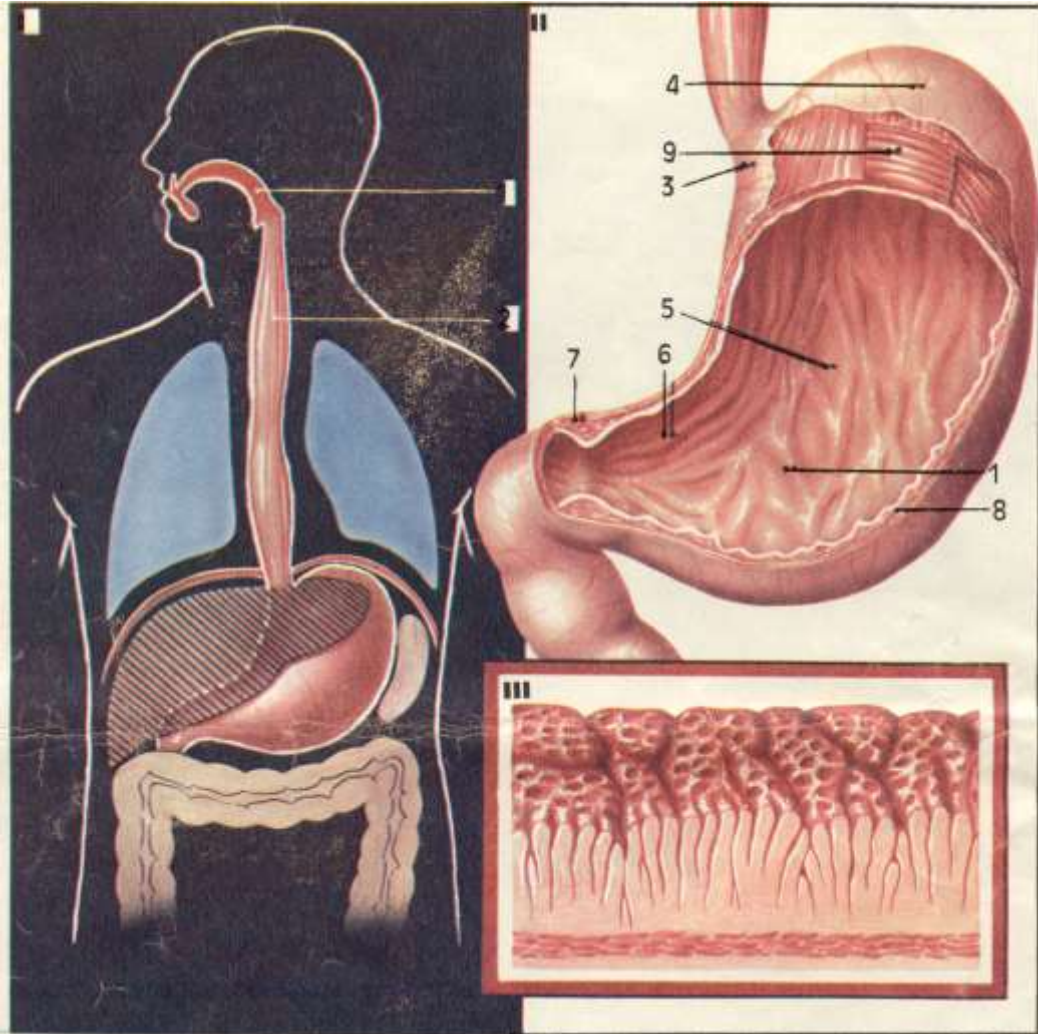


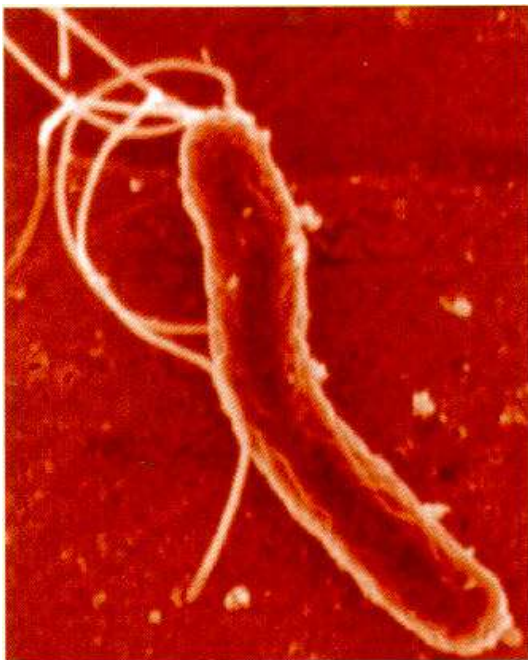
Сурункали буйрак касаллигининг этиологияси



- **Диабетик нефропатияларнинг купайиши**
- **Еши катта беморларини купайиши**
- **Нефроангиосклерозларнинг кенг таркалиши**

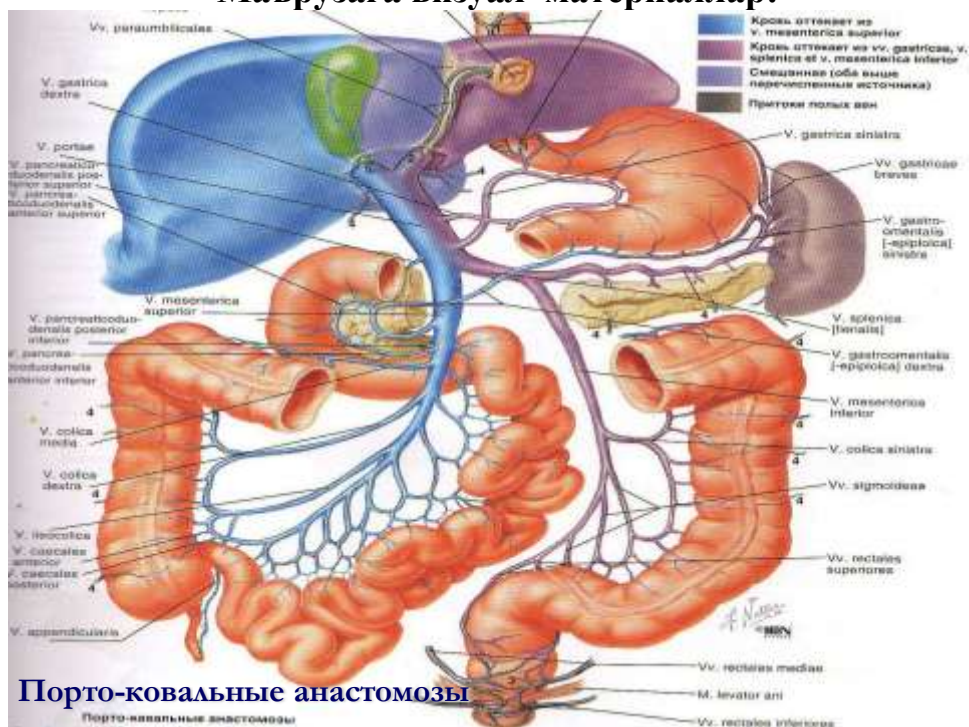
**4-мавзу: Ошқозон ва 12 бармоқ ичакнинг яра касаллигини ташхислашда
замонавий диагностика усулларини қўллаш**





5-мавзу: Жигар касалликларни ташхислашда замонавий диагностика усулларини қўлаш

Маърузага визуал материаллар:





АСЦИТ



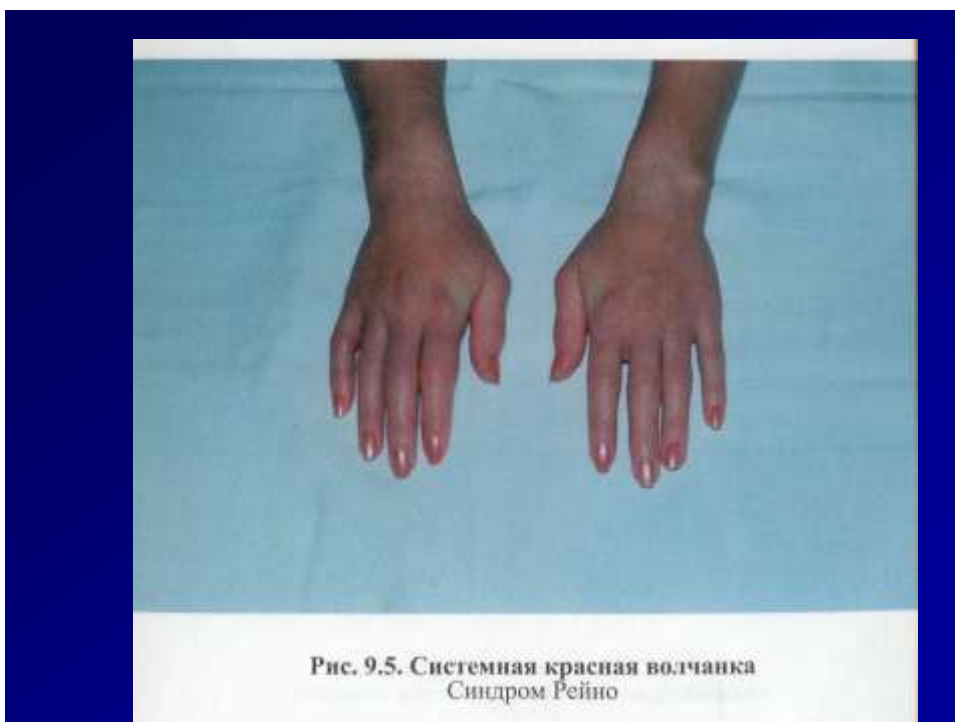
6- мавзу: Бириктирувчи туқиманинг системали касалликларни ташхислашда замонавий диагностика усулларини қўллаш



Рис. 9.2. Системная красная волчанка
Диссеминированные очаги



Рис. 9.4. Системная красная волчанка
Распространенная алопеция



Назорат саволлари:

1. Артериал гипертензияни даволаш тамойиллари нимадан иборат?
2. Артериал гипертензияларнинг долзарб муамоллари нимдан иборат?
3. Артериал гипертензияларни диагностикасида қанақа усуллари бор?
4. Артериал гипертензияларни қиесий таққослашда қандай диагностика усуллардан фойдаланамиз?
5. Замонавий гипотензив воситаларнинг таснифини биласизми?

V. КЕЙСЛАР БАНКИ

1 кейс: Артериал гипертензия синдроми. симптоматик артериал гипертензияни қиёсий ташҳисоти.

Педагогик йўриқнома

Кейсдан мақсад:

- САГ нинг турли шакллари кийси ташхислашини асосий принципларини кўрсатиш;
- САГ нинг турли шаклларида АГ келиб чиқишини патогенетик механизмларини ўрганиш;
- Талабаларга органайзерлар орқали САГ нинг асосий ташхислаш мезонларини кўрсатиш;
- АГ даволашда гипотензив воситаларни тўғри танловини муҳокама қилиш;
- Талабаларга профилактика ва диспансеризация асосларини ўргатиш;
- САГ муаммосини ечимини топишда алгоритмлар ва вазиятли масалалар кўринишида кўрсатиб бериш.

Ўқув режасининг натижаси- кейс билан ишлаш натижасида талаба қуйидаги кўникмаларни ўзлаштиради:

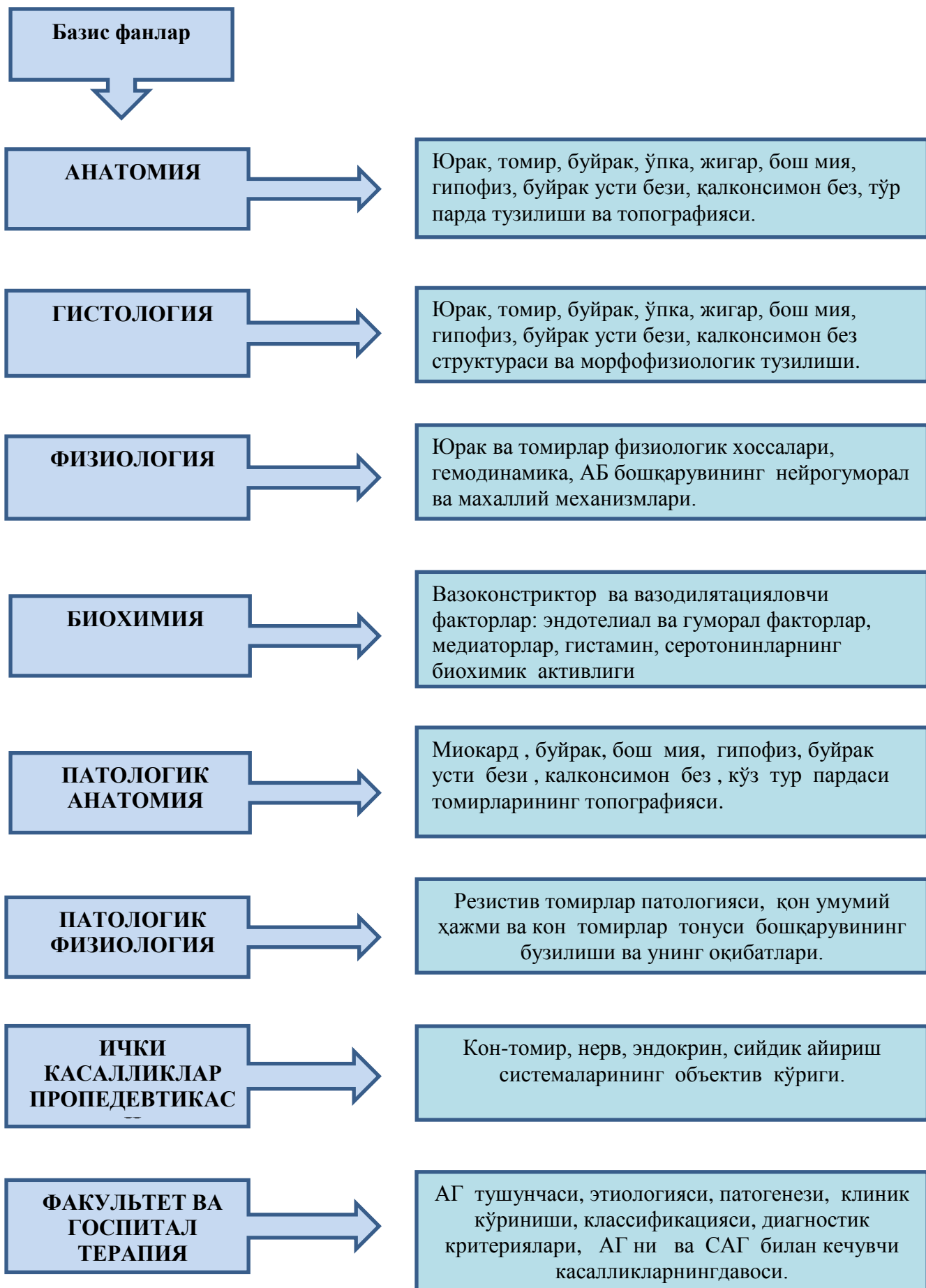
- САГ нинг турли шакллари хос симптомакомплексларни тахлил қилиш ва баҳолаш;
- САГ нинг замонавий диагностик усулларини аниқлаш ва натижасини тахлил қилиш;
- САГ нинг учрайдиган шакллари бирламчи звенода беморларни олиб бориш тактикаси;
- Даволаш мақсадида тор мутахасислар ёки стационарга йўналтириш;
- САГ муаммосини ечимини топишда клиник ҳолатларлар (вазиятли масалалар) ва алгоритмларни тўғри танлаш.

Ушбу кейс бирламчи звено шароитида реал вазиятга ва диагностик алгоритм билан ишлашни ўзида акс этиради.

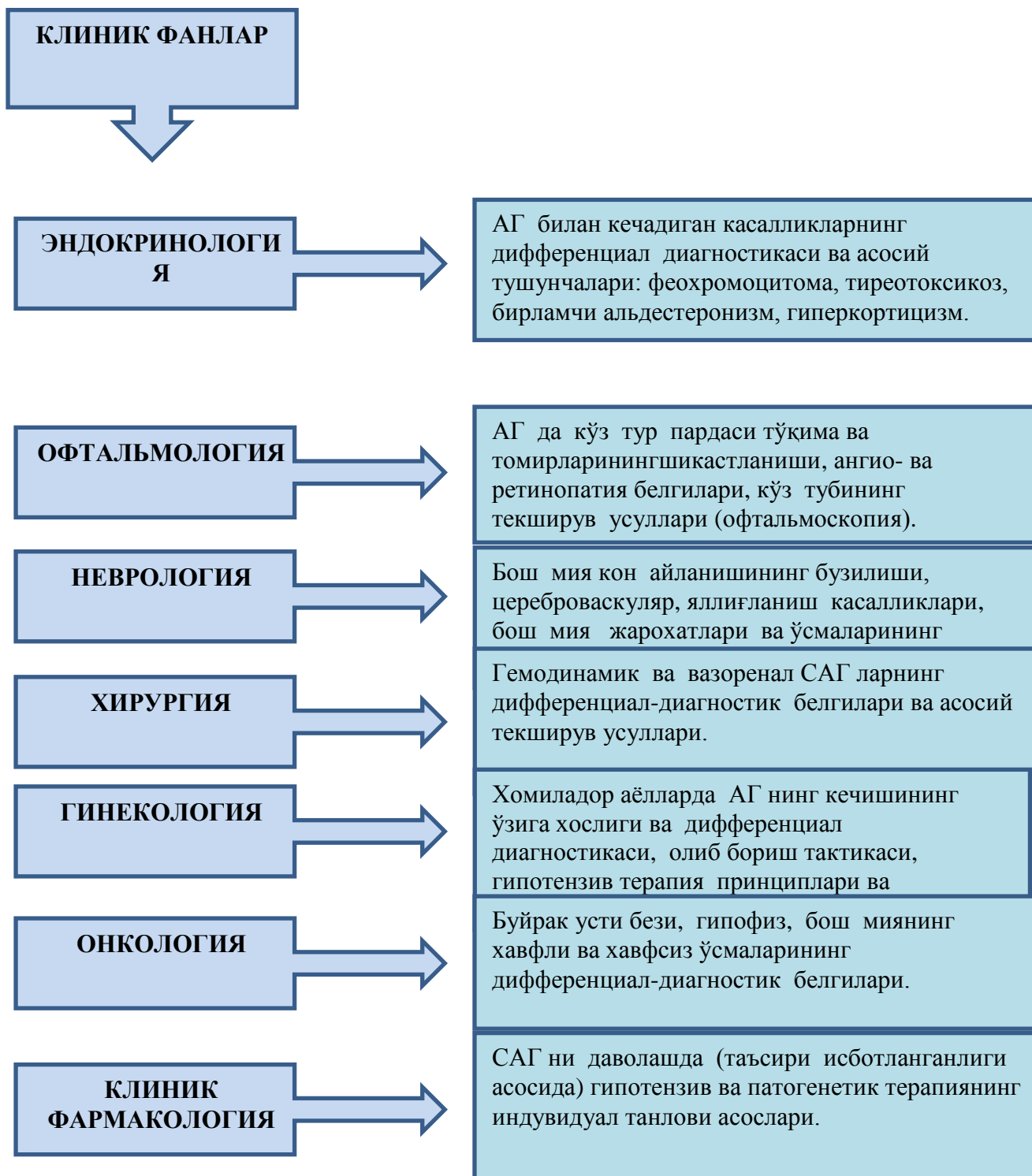
Кейсни типологик ва дидактик характерли белгилари: ушбу кейс иллюстратив-ўқув вазият категориясига киритилган бўлиб, у ҳажмли ва структуравийдир. Тренингли кейс ҚВП шароитида реал вазиятда фикрлашни кучайтиради.

Тингловчилар ушбу кейсни самарали ечиши учун қуйидагиларни билиш керак:

АГ муаммосини ечимида базис фанларнинг вертикал интеграцияси

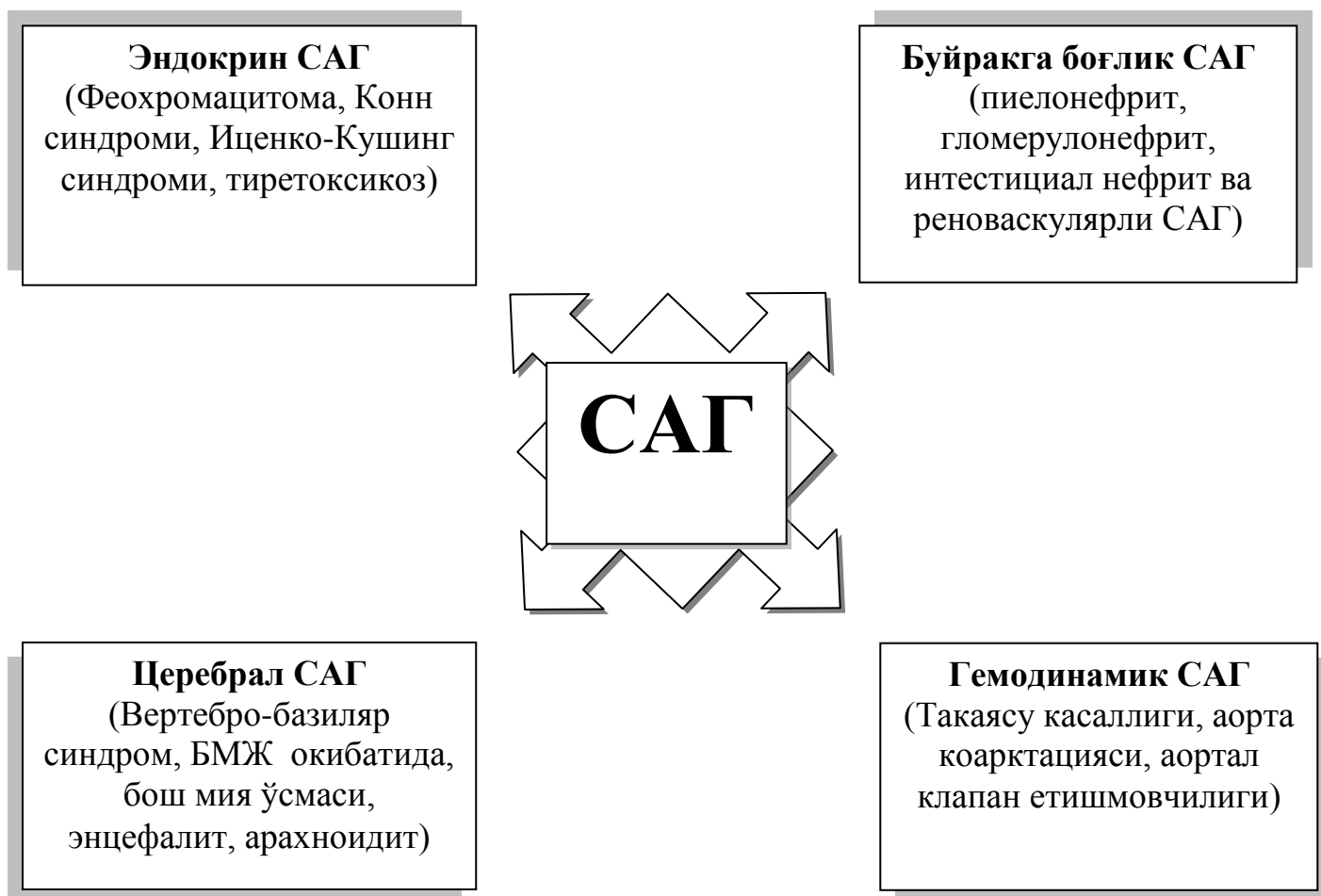


АГ муаммосини ечимида клиник фанларнинг горизонтал интеграцияси

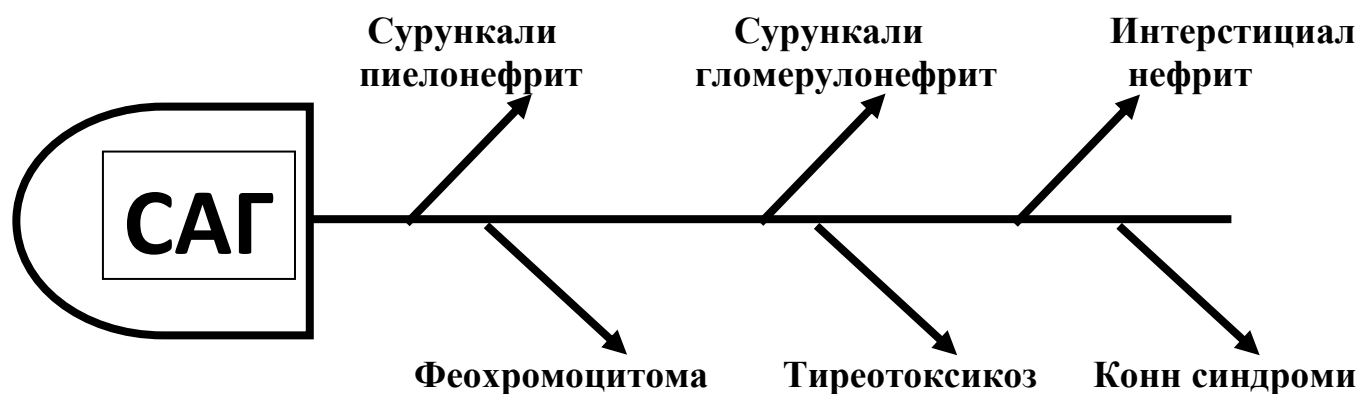


САГ муамосини ечиш алгоритми.

1.САГни асосий сабаблари.



«Балик скелети» схемаси



2. САГ ли беморларнинг шикоятлари.

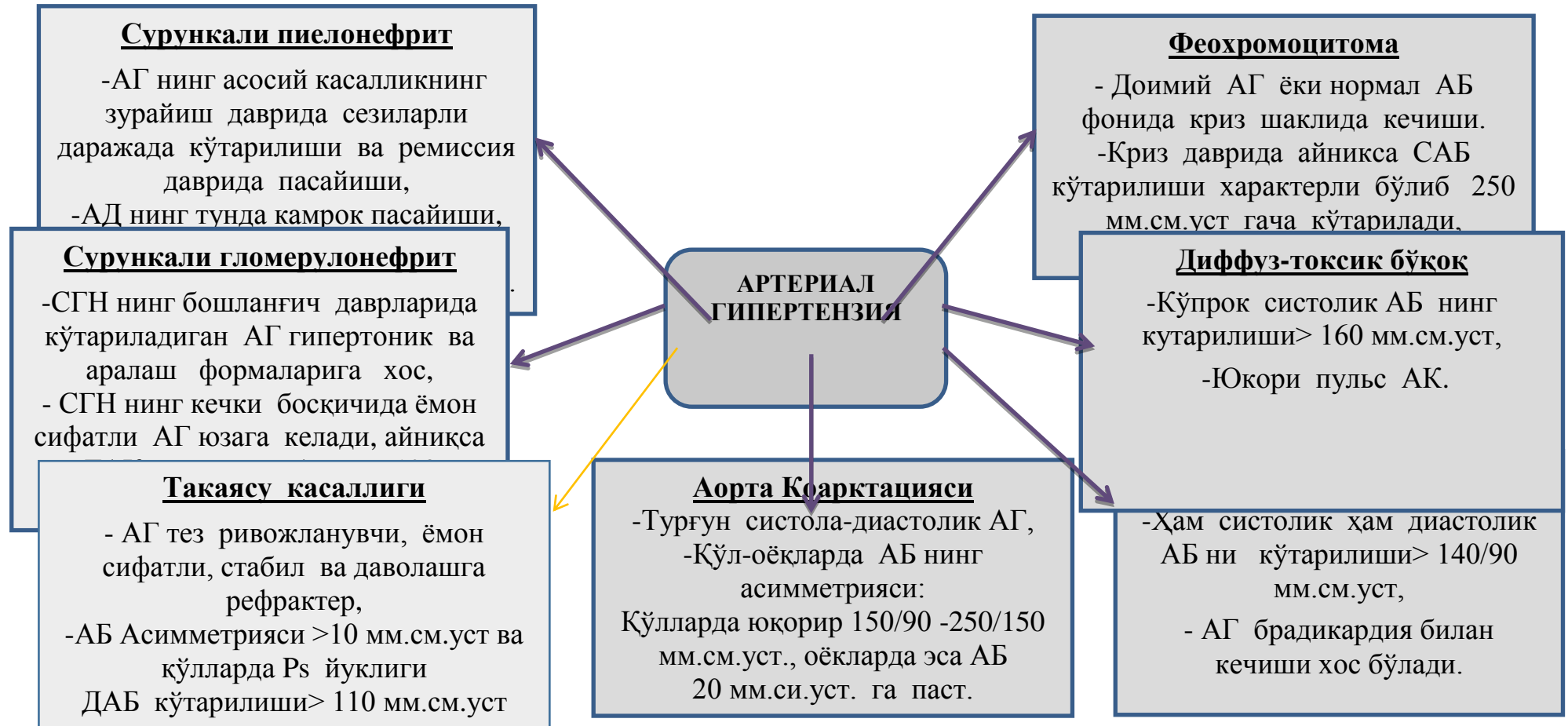
Асосий:

1. А/Бни ошиши;
2. бош айланиши, баъзан хушини йўқотиш билан;
3. бош оғрик;
4. дизурик бузилишлар;
5. терлаш;
6. ҳарорат ошиши;
7. кўнгил айланиши, қусиш;
8. шиш;
9. юрак уриб кетиши;
10. хансираш.

Қўшимча:

1. таъсирчанлик;
2. умумий холсизлик;
3. тез чарчаш.

САГ да А/Д ни ошишининг дифференциал диагностикаси.



САГ да бош оғришининг дифференциал диагностикаси.



ОРГАНАЙЗЕР - Буйрак-паренхематоз САГ лари дифференциал диагностикаси.

САГ турлари	Буйрак-паренхематоз САГ лар	
Касалликлар	Сурункали пиелонефрит	Сурункали гломерулонефрит
АГ ривожланиш патогенези	<p>Буйрак ауторегуляциясининг бузилиши натижасида умумий қон босимининг кўтарилиши коптокча капиллярларидаги босимни кўтарилиши билан кечади. Шунингдек узок муддат АБ нинг кўтарилиб туришини РААС нинг гиперактивацияси ва буйрак томирларида азот оксидини синтезини камайиши натижасида эндотелей дисфункцияси ҳамда буйрак калликринин-кинин депрессор системасининг сусайиши билан боғлиқ. АГ ни турғунлиги периферик томирлар умумий қаршилиги юрак зарб ҳажмининг ва умумий қон ҳажмининг ортиши билан таъминланади.</p>	
Характерли симптомокомплекс	<p>Бош оғриги, терлаш, иситма, дизуритик бузилишлар, бел соҳасидаги оғриқлар фондаги АГ. Объектив кўрикда туртки симптоми мусбат, нефроптоз, чап коринча гипертрофияси бўлиши мумкин.</p>	<p>СГН нинг гипертоник формасида ҚБ нинг кўтарилиши бош оғриши, кўришнинг сусайиши, перикардиал соҳадаги оғриқлар билан бир қаторда кўз тубининг ўзгариши, сийдик синдроми, ЧҚГ аниқланади. Аралаш формасида нефротик синдром симптомлари кўшилади: массив шишлар юқори миқдордаги протеинурия ва х.к.</p>
Стандарт диагностик методлар	<p>УСА, Реберг, Зимницкий, Нечипоренко синамалари, КФТ аниқлаш, ЭКГ, ЭхоКГ, УЗИ буйрак, кўкрак қафаси аъзолари R-графияси.</p>	

<p>Специфик (информатив) диагностик методлар</p>	<p>Сийдик экмаси, экскреторная урография, буйраклар биопсияси, радиоизотопренография.</p>	<p>Буйрак биопсияси (СГН диагностикасида хал килувчи метод)</p>
<p>Текширувлар натижалари (интерпретацияси)</p>	<p>Сийдик синдроми: лейкоцитурия, протеинурия, ўртача гематурия, бактериурия. Зимницкий синамаси-ўртача полиурия ва гипостенурия. УЗИ-конкрементлар, буйрак аномалияси, нефроптоз, гидронефроз ва паренхиманинг зичлашиши.</p>	<p>Сийдик синдроми : протеинурия, эритроцитурия, цилиндрурия. Қонда характерли ўзгаришлар: гипопропротеинемия, диспротеинемия, гиперлипидемия.</p>
<p>АГ медикаментоз коррекцияси. Тор мутахасислар консультацияси.</p>	<p>Қовузлок диуретиклари, АПФ ингибиторлари, АРАП, кальций антогонистлари, альфа-адреноблокаторлар резистент АГ да. НЯҚВ, калий-сақловчи диуретиклар ва калий препаратлари тавсия этилмади.</p>	
<p>Профилактика</p>	<p>Даврий текширувларда бактериурия аниқланганда инфекция ўчоқларини ўз вақтида санация қилиш ва урологик касалликларни ўз вақтида аниқлаш ва даволаш. Сийдик посажини бузилишига олиб келувчи сабабларни бартараф этиш.</p>	<p>Чиниқтириш, имунитетни ошириш, инфекция ўчоқларини сонациялаш, кўрсатмага асосан вакцинация ва зардобларни қўллаш, пархез ва меҳнат ва дам олиш режимида риоя қилиш, инфекция билан кураш, доимий шифокор кузатуви ва анализ маълумотларини кузатиш, ўткир ва сурункали касалликлар профилактикаси, асоратларини сифатли реабилитацияси.</p>
<p>Диспансеризация</p>	<p>Йилига 4 марта УАШ кузатуви ва УҚТ, УСТ, Нечипаринко синамаси ва сийдик экмаси текширувларини утказиш. Йилда 2 марта ҚБА, ЭКГ текшируви. Йилда 1 марта экскретор урография, буйраклар</p>	<p>Беморлар доимий кузатувга олинадилар: гипертоник шаклида йилига 2 марта. УҚТ ва УСТ ўтказиш, ҚБТ (умимий оқсил, оқсил фракцияси, холестерин, мочевино, креатинин) ва ЭКГ текшируви йилига 2 марта. Гинеколог,</p>

	УТТ текшируви ва уролог, кардиолог ва окулист консултацияси. 1 йил учун даволовчи ва соғломлаштиручи дастур режаси кетма-кетлигини тузиш.	уролог, ЛОР, кардиолог, офтальмолог консултацияси - 1 йилда 1 марта. 1 йил учун даволовчи ва соғломлаштиручи амалиётлар режаси кетма-кетлигини тузиш.
--	---	---

ОРГАНАЙЗЕР - Эндокрин этиологияли САГ дифференциал диагностикаси

САГ турлари	Эндокрин этиологияли САГ	
Касаллик	Феохромоцитома	Тиреотоксикоз
АГ ривожланиш этиологияси	Ўсмадан ортиғи билан ишлаб чиқарилган катехоламинларни биринчи навбатда юрак – қон томир системасига (томирлар қаршилиги ошиши ва зарб хажмини ортиши), шунингдек бошқа орган ва системаларга таъсири.	Қалқонсимон безини Т3 и Т4 гормонларини миқдорини ортиши натижасида ЮҚС ва систолик хажм ортади, шунингдек кардиомиоцитларда метаболизм бузилади.
Характерли симптомокомплекс	АГ ни криз кечишига характерли асосий белгилари: титрок, тер босиши, кескин холсизлик, бош айланиши, пульсимон бош оғриги, кўришнинг бузилиши, юрак уриб кетиши ва юрак соҳасида оғрик. Кризлар аро даврда АД нормада бўлади. Объектив текширувда беморларни озиб кетиш, тахикардия, терлаш безовта килади.	Систолик АГ билан бирга таъсирчанлик, юрак уриб кетиши, юрак соҳасида оғрик бўлиши, иштаха ошиши, озиш, мушаклар холсизлиги кузатилади. Объектив кўрикда ҳароратли ва нам тери қопламалари, тахикардия, юрак тонларини кучайганлиги, юрак учи соҳасида систолик шовкин ва тремор, кўз симптомлари характерли.
Стандарт диагностик методлар	Криз вақтида қонда лейкоцитлар миқдори ва глюкозани аниқлаш керак.	ЭхоКГ, ЭКГ

<p>Специфик диагностик методлар</p>	<p>Метанефриннинг суткалик экскреция микдори (>1,3мг), плазмадаги катехоломин микдори, КТ, МРТ, сцинтиграфия с I^{131}, селектив ангиография.</p>	<p>T3,T4,ТТГ гормонларини микдорини аниқлаш, ТТГ рецепторларига қарши антителани аниқлаш, қалқонсимон без сцинтиграфияси ва УЗИ си, КТ и МРТ</p>
<p>Текширув натижалари (интерпретация)</p>	<p>Криз вақтида лейкоцитоз, эозинофилёз ва лимфоцитоз, гипергликемия. Суткалик сийдик таркибида адреналин экскрецияси (>30мкг), норадреналин (>100мкг) ва ванилилминдал кислота метаболити (>6 мг).</p>	<p>Қалқонсимон без T3 ва T4 гармонлари микдорининг ортиши, ТТГ микдорининг камайиши. Қалқонсимон без ўлчамларининг катталашиси, ЭКГда хилпилловчи аритмия.</p>
<p>АГ нинг медикаментоз коррекцияси. Тор мутахасис куриги.</p>	<p>Эндокринолог, қон-томир жаррохи консультацияси. Жаррохлик йули билан ўсмани олиб ташлаш. Криз вақтида вена ичига фентоламинни 2-4 мг киритиш, 10минутдан сўнг криз бартараф бўлгунча қайта киритиш. Доимий равишда альфа-адреноблокаторлардан: доксазозин, празозин. Ёки эффектив альфа-метилпаратирозин қабул қилиб юриш.</p>	<p>Эндокринолог кўриги. АГ коррекцияси учун – бета адреноблокаторлар буюриш. Базис даво сифатида тиреостатиклар – меркаптоимидазол, пропилтиоурацил ва радиоактив йод. Жаррохлик амалиёти: Қалқонсимон без субтотол резекцияси.</p>

ОРГАНАЙЗЕР - САГ дифференциал диагностикаси ва гемодинамикаси

САГ турлари	САГ гемодинамикаси	
Касаллик	Такаясу касаллиги	Аорта коарктацияси
АГ ривожланиш патогенези	Аорта ва унинг равоғлари деворларининг специфик яллиғланиши ва деструктив ўзгариши билан бир вақтда унинг стенози. Орган ва системаларда қон айланишининг бузилиши билан намоён булади. Асосан буйрак артерияларининг шикастланиши натижасида ишемиянинг вужудга келиши ва РААС ни кучайиши кузатилади.	Аортани торайган қисмидан юқорида АҚБ ни турғун ошганлиги ва шу билан бирга қўл ва оёқларда систолик ва ўртача қон босимини фарқли бўлиши кузатилади.
Касалликка хос белгилар	Оёқ ва қўлларда холсизлик, жисмоний юклама вақтида ўтиб кетувчи оксоқликка, артерия йўналиши бўйлаб оғриққа, кўришнинг бузилишига, хушдан кетишга, юрак соҳасидаги оғриққа шикоят қилади. АҚБ ва пульснинг қўлларда ассиметриклигига, томирлар устида шовқин эшитилади.	Турғун АГ, беморлар оёқлардаги оғрик ва ўтиб кетувчи оксоқликка шикоят қиладилар. Кўрганда танани юқори қисмини яхши ривожлангани холда пастки қисмини гипотрафияси ва рангпарлиги аниқланади. АҚБ ни қўлда оёқлардан юқори бўлиши ва пульсни қўлларда ва оёқларда хар хил бўлиши хос.

Стандарт диагностик методлар	Ўткир фазали синамалар, Реберг синамаси, Зимницкий, Ничепаренко КФТ ни санаш, ЭКГ, ЭхоКГ, буйраклар УТТ.	Кўкрак қафаси органларининг рентген текшируви.
Диагностикнинг специфик методлари	Каптоприл синамаси (рениннинг плазмадаги активлигини баҳолаш учун), изотопли ренография, буйрак артериялари ангиографияси.	Аортография, доплерография ва аортанинг КТ, МРТ си.
Текширувлар натижалари (интерпретация)	Қонда ЭЧТ ошиши, лейкоцитоз, Ig-G ва Ig-A ошиши, кўкрак қафаси рентгенографиясида, аорта сояланишини кенгайиши, калцификацияланиши, қовургалар контурларининг нотекслиги аниқланади. Ангиографияда буйрак артериялари стенози.	Рентгентда аортанинг торайган қисмидан юқорироқда сезиларли даражада пулсация, стеноздан кейин эса, аортанинг кенгайиши, юракнинг аортал конфигурацияси, қовургалар узурацияси.
АГ нинг медикаментоз коррекцияси. Тор мутахасис кўриги.	Қон-томир жаррохи кўриги. Даволашнинг радикал методлари: Хирургик реконструктик аралашув. Медикаментоз: диуретиклар, кальций антагонистлари, альфа-адреноблокаторлар.	Қон-томир жаррохи кўриги. Хирургик коррекция– ангиопластика. Гипотензив препаратлардан АПФ ингибиторлари, кальций антагонистларини кўллаш мақсадга мувофиқ.

**Симтоматик артериал гипертензия синдромига доир вазиятли
масалаларнинг қадамма-қадам ечими тахлили.**

Сурункали пиелонефрит-САГ.

**Кейсни ўқутувчи –кейсолог томонидан ечим намунаси – КВП
шароитида
УАШ қабулида.**

КВП га 29 ёшдаги аёл қориннинг ўнг ёнбош қисмида ва ўнг бел соҳасида кескин оғриқ ва оғриқ билан кечадиган пешоб ажралишига шикоят қилиб келди. Оғриқ сон ва ташқи жинсий аъзоларига тарқалади.

Анамнездан: юқоридаги хуружсимон оғриқлар илгари ҳам кузатилган. Болалик пайтита вирусли гепатит “А” касаллиги билан инфекцион касалхонасида даволаниб “Д” назоратида турган. Оилали, 2 та фарзанди бор, ўй бекаси. Хомиладорлик АҚБ кўтарилиши билан кечган.

Объектив кўрганда: умумий ахволи ўрта оғирликда, тери қопламлари рангпар, периферик лимфа тугунлари катталашмаган. Юрак тонлари бўғиқлашган, ритмик, аорта устида II тон акценти. АҚБ 160/100 мм сим.уст., пульс 1 дақиқада 90 та. Қорни юмшоқ, ўнг ёнбош қисмида оғриқлар кузатилмоқда. Ўнг томонлама туртки симптоми кескин мусбат.

УҚТ: Нв-100, эр-3,5, лейк.-7,2, ЭЧТ-15 мм/ч

КБТ: мочевина-7,3, креатинин- 0.08, умумий оқсил-74г/л, канд-5.4 ммоль/л

УСТ: шаффоф, зичлиги- 1018, оқсил – 0,066 %, эпит.-3-4/1 , лейк.-7-8/1, эр-0-1/1, шиллик++, бактерия+.

ЭКГ: Синусли ритм, ЮУС 92 та/мин. $R_{II} > R_I > R_{III}$, Чап кўкрак тармоқларида ($V_{5,6}$) R тишча амплитудаси қисман кўтарилган, ўнг кўкрак тармоқларида ($V_{1,2}$) S тишча чуқурлашган.

Нечипоренко синамаси: лейк.-5000, эр.-1000, цил.-10.

Буйраклар УТТ: Ўнг буйракда косача жом системаси кенгайган, эхогенлиги ошган, ўнг буйракда тош $d=4,0$ мм.

Сийдик бактериологик экмаси: E.Coli.

1	Беморни ШАМ билимлари демонстрацияси билан кутиб олди	АҚБни шифокоргача булган қабул кабинетида текширгандан сўнг артериал босимни коррекцияси учун зарур чора-тадбирларни ўтказиш. Паспорт маълумотларини йиғиш. Беморга исмини айтиб мурожат қилиш. Бемор учун тушинарли бўлган сўзлар билан гаплашиш.
2	Асосий ва қушимча шикоятларни аниқлаш	Асосий шикоятлари: қориннинг ўнг ёнбош қисмида ва ўнг бел соҳасида кескин оғриқ ва оғриқ билан кечадиган пешоб ажралишига шикоят қилди. Оғриқ сон ва ташқи жинсий аъзоларига тарқалади. Қўшимча шикоятлари: Умумий холсизлик
3	Anamnesis	Юқоридаги хуружсимон оғриқлар илгари ҳам

	morbi	кузатилган.
4	Anamnesis vitae	Болалик пайтита вирусли гепатит “А” касаллиги билан инфекцион касалхонасида даволаниб “Д” назоратида турган. Оилавий, 2 та фарзанди бор, ўй бекаси. Хомиладорлик АҚБ кўтарилиши билан кечган.
5	Хавф омилларини аниқлаш	Бошқариб бўлмайдиган: Жинси, ёши. Бошқариладиган: Хомиладорлик
6	Бемор муаммоси	Асосий: қориннинг ўнг ёнбош қисмида ва ўнг бел соҳасидаги оғриқ ва оғриқли пешоб ажралиши. Кўшимча: Умумий холсизлик
7	Объектив кўрик ўтказиш	Умумий ахволи ўрта оғирликда, тери қопламлари рангпар, периферик лимфа тугунлари катталашмаган. Юрак тонлари бўғиқлашган, ритмик, аорта устида II тон акценти. АҚБ 160/100 мм сим.уст., пульс 1 дақиқада 90 та. Қорни юмшоқ, ўнг ёнбош қисмида оғриқлар кузатилмоқда. Ўнг томонлама туртки симптоми кескин мусбат.
8	Дастлабки тахис ва категория хизмати	Асосий: Сурункали ўнг томонлама пиелонефрит, актив яллиғланиш даври. САГ II даража. Ёндош: Цистит. Категория 1
9	Текширув режасини тузиш	3.1.: УҚТ, УСТ, ЭКГ, офтальмоскопия. 3.2.: КБТ (мочевина, креатинин, умумий оксил, қонда қанд миқдори), Нечипоренко синамаси, Зимницкий синамаси, Реберг синамаси, сийдик бактериологик экмаси, УЗИ (буйраклар, кичик чанок бўшлиғи аъзолари), коагулограмма, обзор урография, зарур бўлганда ретроград уретропиелография.
10	Мустақил бажариладиган амалий кўникма	ЭКГ, офтальмоскопия.
11	Лабаратор-иструментал текширув натижалари тахлили	УҚТ: Нв-100, эр-3,5, лейко.-7,2, ЭЧТ-15 мм/ч, КБТ: мочевино-7,3, креатинин- 0.08, ум. оксил-74г/л, қанд-5.4 ммоль/л, УСТ: шаффоф, зичлиги- 1018, оксил излари, эпит.-3-4/1 , лейко.-4-5/1, эр-0-1/1, шиллик++, бактерия+. Нечипоренко синамаси: лейко.-5000, эр.-1000, цил.-10. Буйраклар УТТ: Ўнг буйракда косача жом системаси кенгайган, эхогенлиги ошган, ўнг буйракда тош d=4,0мм

		Сийдик бактериологик экмаси: E.Coli.
12	Дифференциал диагностика	Гломерулонефрит, интерстициальный нефрит, буйрак амилоидози, диабетик нефропатия.
13	Яқуний таъхис кўйиш ва категория хизматини кўрсатиш	Асосий: БТК. Ўнг буйрак тош касаллиги. Сурункали ўнг томонлама пиелонефрит, актив яллиғланиш даври, САГ II даража. Категория II
14	Беморни профилактик анинг кайси турига мухтожлигини аниқлаш	Иккиламчи Б профилактика- таъсири исботланган дорилар билан касалликни даволаш. Учламчи А профилактика– Асоратларни олдини олиш, реабилитация ва диспансеризация
15	Номедикаментоз даволаш	Соқлом турмуш тарзи, диета № 7, рационал овқатланиш, физиотерапевтик муолажалар, ЛФК, меҳнат ва дам олиш режасига риоя қилиш, инфекция ўчоқлар санацияси, санатор-курорт даволаш, Фитотерапия (буйрак чайлари, пол-пола).
16	Медикаментоз даволаш	Стационар шароитда. 1. Антибиотиклар: Ампициллин 2-4 г/сут 4 маҳал, Амоксициллин 1,5-3 г/сут, 3 маҳал, ципрофлоксацин 0,5-1 г/сут, 2 маҳал 2. Гипотензив терапия: АПФ ингибитори, Антагонист кальций, АРА- II. 3. Уроантисептиклар: 5-Нок, Фуромаг, канефрон. 4 Буйракларда кон айланишни яхшилаш учун: Трентал, курантил 400-600 мг\сут 8-12 ойгача давони узайтириш. 4. Дезинтоксикацион терапия, натрий гидрокарбонат 102 г 3 маҳал суткасига
17	Қайта боғланиш	Мутахасисга юбориш, УАШ га мутахасисда даво олгандан сўнг қайтади. Бемордан даволаш натижаси бўйича ҳаммаси тушунарли бўлганлигини сўраш, номедикоментоз ва медикаментоз терапия бўйича саволлар, муамоллар қолмаганлигига, ҳаммаси тушунарли бўлганлигига амин бўлиш, қайта кўрик санасини белгилаш.
18	‘Д’ кузатув гуруҳини аниқлаш	ДЗ – даволашга мухтож бўлган, сурункали касалликлар а. – компенсация (кам қўзувчи касалликлар, ишга лаёқатлигининг сақланиши) б. – субкомпенсация (тез-тез қўзувчи, ишга лаёқатлигини камайиши билан)

		в. – декомпенсация (ишга лаёқатсиз).
19	Профилактик анинг назарий билимлари ва амалий қадамлари	<p>1-ламчи профилактика: соғлом турмуш тарзи, турмуш даражасини ошириш, яшаш шароитини яхшилаш, меҳнат ва дам олиш тартибига риоя қилиш.</p> <p>2-ламчи профилактика: касалликни эрта муддатларда аниқлаш (профилактик кўриклар, скрининг). Номедикаментоз ва таъсири исботланган дорилар билан медикаментоз даволаш.</p> <p>3-ламчи профилактика: касалларни ўз вақтида кузатиш, ўткир ва сурункали асоратларни профилактикаси, лаборатор-инструментал текширувлар маниторинги. Асоратларни сифатли реабилитасияси.</p>
20	Диспансеризация этаплари ҳақида назарий билимлар ва амалий қадамлар.	<p>1 – касалликнинг назалогик формасини асослаш ва Д кузатув гуруҳига олиш (ДЗ).</p> <p>2– йил давомида кўриклар сонини белгилаш (йилига 4 марта)</p> <p>3– агар зарур бўлса мутахасислар кўригига юбориш (бир йилда 2 марта уролог кўриги, кўрсатмага биноан кардиолог кўриги)</p> <p>4– йил давомидаги лаборатор – инструментал текширувларни сонини белгилаш ва аниқлаш (УҚТ, УСТ 2 марта/йилига, УТТ 2 марта/йилига, ҚБТ 2 марта/йилига)</p> <p>5– шу йилга даволаш режасининг кетма- кетлигини тузиш.</p> <p>6– Д-кузатувни юқоридаги нозологияда кейинги Д-кузатув гуруҳига бемор ҳолатига қараб узгартириш.</p>

Сурункали гломерулонефрит. САГ.

Кейсни ўқутувчи кейсолог томонидан ечим намунаси уйга чақирув.

ҚВП га уйга чақирув келди. 38 ёшли эркак қуйидаги шикоятлар билан мурожаат қилди: кун давомида ўтиб кетувчи бош оғриғи, юзи, қўли ва оёқларида эрталабки шишлар. Охирги ойлар давомида доимий бош оғриғи, уйқусизлик, иштаханинг пасайиши, кўнгил айнаши, қусиш, баданда қичишиш пайдо бўлди. **Анамнезидан:** Бемор “Д” назоратида туради, уйланган, 1 фарзанди бор, асалари боқади (асал етиштиради). Чекмайди, спиртли ичимликлар истеъмол қилмайди.

Объектив кўрганда: бемор озғин, тери қоплами рангпар. АҚБ 200/120 мм сим.уст. Юрак чегаралари чапга силжиган, аортада II тон акценти.

УҚТ: Нв-75 г/л, эритро.- $2,7 \times 10^{12}$ /л, лейкоцит- $6,2 \times 10^9$ /л, ЭЧТ-10 мм/ч

1	Беморни ШАМ билимлари демонстрацияси билан кутиб олди	Бемор билан саломлашиш, хуши ва ҳолатига баҳо бериш, беморга исми билан муружат этиш, беморга оддий сўзлар билан муружат этиш.
2	Асосий ва кўшимча шикоятларни аниқлаш	Асосий: кун давомида ўтиб кетувчи бош оғриғи, юзи, қўли ва оёқларида эрталабки шишлар. Кўшимча: уйқусизлик, иштаханинг пасайиши, кўнгил айнаши, қусиш, баданда қичишиш.
3	Anamnesis morbi, vitae	Бемор “Д” назоратида туради, беморда 4 йил олдин совиб кетишдан сўнг биринчи маротаба шишлар пайдо бўлган ва мустақил қайтиб кетган. Ангина ўтказгандан сўнг аҳволи кескин ёмонлашган. Уйланган, 1 фарзанди бор, асалари боқади (асал етиштиради). Чекмайди, спиртли ичимликлар истеъмол қилмайди.
4	Хавф омилларини аниқлаш. Бемор муаммоси	Бошқариб бўлмайдиган: Жинси, ёши. Бошқариладиган: ўчоқли инфекция, совқатиш . Асосий : бош оғриғи, юзи, қўли ва оёқларида шишлар, қон босимини юқорилиги. Ёндош: тез тез ангина бўлиб туриши, уйқусизлик, иштаханинг пасайиши, кўнгил айнаши, қусиш, баданда қичишиш
5	Объектив кўрик ўтказиш	Бемор озғин, тери қоплами рангпар. АҚБ 200/120 мм сим.уст. Юрак чегаралари чапга силжиган, аортада II тон акценти.
6	Дастлабки ташхис ва категория хизмати	Асосий: Сурункали гломерулонефрит, аралаш шакли, хуруж даври. САГ III. Асорати: СБЕ. Категория 2. Нефрология бўлимига госпитализация.
7	Текширув режасини тузиш ва тор доирадаги мутахасис консултатсиясига ёки стационарга юбориш	3.1.: УҚТ, УСТ, мочевино, қонда қанд микдори, офтальмоскопия, ЭКГ. 3.2.: ҚБТ (креатинин, умумий оксил, мочевино, холестерин, креатинин), Нечипоренко синамаси, Зимницкий синамаси, Реберг синамаси, сийдик бактериологик экмаси, коагулограмма. Буйраклар УТТ, обзор урография, зарур бўлса ретроград уретропиелография, Буйраклар биопсияси. Нефролог, кардиолог кўриги ва стационарга госпитализация.
8	Бемор уйида шошилиш бажарилиши мумкин бўлган лаб.-инст. текширувлар.	АД ўлчаш ЭКГ олиш
9	Мустақил қилинадиган амалий кўникма	ЭКГ, офтальмоскопия
10	Лаборатор-иструментал текширув	УҚТ: Нв-75 г/л, эритро.- $2,7 \times 10^{12}$ /л, лейкоцит- $6,2 \times 10^9$ /л, ЭҚТ-10 мм/ч ҚБТ: холестерин -5,4 ммоль\л, қонда қанд- 5,5 ммоль\л,

	натижалари тахлили	мочевина-10 ммоль\л, креатинин - 0,5 ммоль\л, умумий оксил – 60 г\л УСТ: зичлиги-1030, оксил - 0,99%, лейкоцит -2-3/1, эритроцит 8-9/1, гиалинли цилиндрлар -4-5/1. ЭКГ: Синусли ритм, ЮКС - 94 та/мин. $R_{II}>R_I>R_{III}$, Чап кўкрак тармоқларида ($V_{5,6}$) R тишча амплитудаси қисман кўтарилган, ўнг кўкрак тармоқларида ($V_{1,2}$) S тишча чуқурлашган. Нечипоренко синамаси: лейкоцитлар -3000, эритроцитлар -4000, цилиндрлар -40, Реберг синамаси: КФ – 40 мл/мин.
11	Дифференциал диагностика	Гипертония касаллиги. Пиелонефрит. Буйраклар амилоидози, интерстициал нефрит, диабетик нефропатия
12	Якуний ташхисни координация қилиш	Асосий: Сурункали гломерулонефрит, аралаш шакли, хуруж даври. САГ III . Ёндош: Камконлик II даража Асорати: СБЕ, интерметрловчи боскичи.
13	Беморни стационар даводан кейинги қайта қўрув	Кўрик пайтидаги бемор холатига қайта баҳо бериш ва келгусидаси тактикани танлаш.
14	Беморни профилактиканинг қайси турига михтожлигини аниқлаш	Иккиламчи Б профилактика- тасири исботланган (диуретиклар, АПФ ингибиторлари, АРА II ва калций каналлари блокаторлари) дорилар билан касалликни даволаш. Учламчи А профилактика– Асоратларни олдини олиш реабилитация ва диспансеризация. Доимий юқори ва паст хароратли, юқори намликли, жисмоний зўриқишли ва кимёвий моддали мухитда ишлаш мумкин эмас. Даволашни давом эттириш ва касалликни сифатли реабилитацияси.
15	Номедикаментоз даволаш	Пархез стол № 7, рационал овқатланиш (ош тузини 4гр/кунига камайтириш, рационга сут ўсимлик маҳсулотлари, балиқ гўшти киритиш). Соғлом турмуш тарзи, физиотерапевтик муолажалар, совқотишни олдини олиш, ЛФК, меҳнат ва дам олиш режасига риоя қилиш инфекция ўчоқлаир санацияси, санатор-курорт даволаш, Фитотерапия (буйрак чайлари, пол-пола).
16	Медикаментоз даволаш	Цитостатиклар: Азотиапирин (имуран) 150-200 мг\сут ёки циклофосфамид 100-150 мг\сут, ёки циклоспорин (сандимман) 350-450 мг\сут 4-8-10 хафта давомида. Бу даволаш схемасини $\frac{1}{2}$ ёки $\frac{1}{3}$ дозасини ушлаб турувчи миқдорда 6-12 ой давом эттириш. Антиагрегантлар: Курантил 400-600 мг\сут 8-12 ойгача. Антикоагулянтлар: Гепарин 5000 ЕД x 4 мах бир суткада, препарат дозаси секин-асталик билан камайтириб борилади ва тўхтатилади. Антигипертензив препаратлар: Калций каналлари

		<p>антогонистлари, АПФ ингибиторлари, АРА-2.</p> <p>Диуретиклар: сийдик микдорига қараб доза белгиланади.</p> <p>Электролит баланси коррекциялаш мақсадида:</p> <p>Сорбентлар.</p> <p>Азотемияга қарши препаратлар – хофитол, леспенефвил.</p> <p>Ацидоз коррекцияси - натрий гидрокарбонат 102 г х 3 мах ичишга ёки 100 мл 3% эритмаси вена ичига.</p> <p>Анемияга қарши препаратлар: Венофер 5мл физиологик эритмага 100 мл кўшиб вена ичига юбориш. №5</p>
17	Қайта боғланиш	<p>УАШ га стационар даво олгандан сунг қайта кўрик давомида бемордан даволаш натижаси бўйича ҳамма нарса тушунарли бўлганлигини сўраш, номедикомендоз ва медикаментоз терапия бўйича саволлар, муамоллар қолмаганлигига, ҳаммаси тушунарли бўлганлигига амин бўлиш, қайта кўрик санасини белгилаш.</p>
18	Д' кузатув гуруҳини аниқлаш	<p>Д Ш-Б гуруҳига киради – даволашга мухтож бўлган, сурункали касалликли беморлар олинади</p> <p>Йилига 4 марта ҚВПда УАШ кўриги. Беморга кўрсатма асосида: Нефролог, стоматолог, отоларинголог, офтальмолог, кўриклари. Бир йилда икки марта УҚТ, УСТ, ҚБТ (креатинин, умумий оксил, мочевина, креатинин, холестерин), Нечипоренко синамаси, Реберг синамаси, ЭКГ. Буйрақлар УЗИкўрсатма бўлганда йилига 1 марта.</p>
19	Профилактиканинг назарий билимлари ва амалий қадамлари.	<p>1-ламчи профилактика: соғлом турмуш тарзи, турмуш даражасини ошириш, яшаш шароитини яхшилаш, меҳнат ва дам олиш тартибига риоя қилиш, инфекция ўчоқлари санацияси.</p> <p>2-ламчи профилактика: касалликни эрта муддатларда аниқлаш (профилактик кўриклар, скрининг). Номедикаментоз ва таъсири исботланган дорилар билан медикаментоз даволаш.</p> <p>3-ламчи профилактика: касалларни ўз вақтида кузатиш, ўткир ва сурункали асоратларни профилактикаси, лаборатор-инструментал текширувлар мониторинги. Асоратларни сифатли реабилитацияси.</p>
20	Диспансеризация этаплари ҳақида назарий билимлар ва амалий қадамлар.	<p>1 – касалликнинг назалогик формасини асослаш ва Д кузатув гуруҳига олиш (Д3).</p> <p>2– йил давомида УАШ кузатув сонини белгилаш (йилига 4 марта)</p> <p>3– агар зарур булса мутахасислар кўригига юбориш (нефроло офтальмолог, кардиолог, ЛОР кўриги йилда 1 марта)</p> <p>4– йил давомидаги лаборатор – инструментал текширувларни сонини белгилаш ва аниқлаш (УҚТ,УСТ 2 мартта/йилига, ҚБТ, Реберг синамаси 2 мартта/йилига, ЭКГ, УЗИ 1 мартта/йилига).</p>

	<p>5– шу йилга даволаш режасининг кетма- кетлигини тузиш.</p> <p>6– Д-кузатувни юқоридаги нозологияда кейинги Д- кузатув гуруҳига бемор ҳолатига қараб ўзгартириш. (Д – II).</p>
--	--

ҚБТ: холестерин -5,4 ммоль\л, конда канд- 5,5 ммоль\л, мочевино-10 ммоль\л, креатинин - 0,5 ммоль\л, умумий оксил – 60 г\л

УСТ: зичлиги-1030, оксил - 0,99%, лейкоцит -2-3/1, эритроцит 8-9/1, гиалинли цилиндрлар -4-5/1.

ЭКГ: Синусли ритм, ЮҚС - 94 та/мин. $R_{II} > R_I > R_{III}$, Чап кўкрак тармоқларида ($V_{5,6}$) R тишча амплитудаси қисман кўтарилган, ўнг кўкрак тармоқларида ($V_{1,2}$) S тишча чуқурлашган.

Нечипоренко синамаси: лейкоцитлар -3000, эритроцитлар -4000, цилиндрлар -40,

Реберг синамаси: КФ – 40 мл/мин.

Тузувчилар:

Нуриллаева Н.М. - УАШТ ички касалликлар ва клиник аллергология кафедраси мудири.

Абдумаликова Ф.Б. - УАШТ ички касалликлар ва клиник аллергология кафедраси ассистенти.

2 кейс: Ўпка касалликлари билан боғлиқ бўлган, кўкрак қафасидаги оғриқ

Машғулот ўтказиш жойи: стационар бўлим ,палата

Ушбу кейс мақсади: талабаларда касаллик тарихи билан ишлашга қобилият ривожлантириш. Ўпка касалликлари билан боғлиқ бўлган, кўкрак қафасидаги оғриқ билан беморлар тушганда ҳолатни анализи ва баҳолашни ривожлантириш, беморларни олиб бориш, дифференциал диагноз,тез тиббий ёрдам, госпитал буғинда даволаш тактикаси куникмаларини эгаллаш.

Мўлжалланган ўқув натижалари:

- ✓ документ тузилишини ўрганиш
- ✓ касаллик тарихини расмийлантириш
- ✓ касаллик тарихини ёзишда ва ташхис кўйишда ҳаракат алгоритминини тўғри танлаш
- ✓ биринчи тиббий ёрдамни мустақил кўрсата олиш ва патогенетик давони тафсия этиш
- ✓ постстационар реабилитацияни тафсия эта олиш

Ушбу кейсни муаффақиятли ечишда талаба билиши зарур

- ✓ ўпка касалликларига боғлиқ, кўкрак қафасидаги оғриқ билан кечувчи турли ва хавфли касалликлар ҳалқаси
- ✓ ўпка касалликларига боғлиқ, кўкрак қафасидаги оғриқ билан кечувчи касалликлар келиб чиқиш эҳтимол сабабларини аниқлаш ва қиёсий ташхис ўтказиш

- ✓ шифохона шароитида текшириш режасини асослаш ва ташхислаш усулларини санаб ўтинг
- ✓ тор мутахассис маслахати, госпитализация ва даволаш муассалари профили зарурлигини асослаш
- ✓ давомли кўриклар зарурлигини баҳолаш (номедикаментоз ва медикаментоз)
- ✓ ушбу кейс стационар шароитдаги реал жараёни кўрсатиб беради

Кейс информация манбаи: касаллик тарихи

кейс типологик белгиларга муофиқ

Ушбу кейс касаллик тарихини сюжетли ифодалаш турига киради. Кейс кўриниш шу патология буйича касаллик тарихини туғри шакиллантиришга талабаларни ўргатади.

Кейснинг дидактик мақсади реал клиник ҳолатларда фикрлашни ривожлантиради.

Ўпка касалликлари билан боғлиқ бўлган, кўкрак қафасидаги оғриқ

Кириш. Кўкракдаги оғриқ соғлиқни сақлашнинг бирламчи бўғинидаги врачлар амалиётида тез учраб туради. Бундай ҳолатларда ҳар хил сабабларга асосланган касалликларни диагностикасида УАШ ишини кучайтириш. Ўпка касалликларига боғлиқ, кўкрак қафасидаги оғриқ ҳамда плеврит асоратлари аниқланганда УАШ уни аниқлашдан ташқари, сабабини қидириш, ҚВП ёки ОП шароитида тибббий ёрдам кўрсатиш ёки махсус стационарга йунналтириш. Шундай ҳолат бу синдром билан касаллик тарихини туғри тузишда ва олиб боришда асос бўлади.

Клиник ҳолат

ҚВПга 32 ёшли бемордан чақириқ тушди. Шикоятлари тана ҳароратининг кўтарилиши, кийин ажралувчи балғамли йўтал, кўкрак қафасининг ўнг яримидаги ва юрак соҳасида санчувчи характердаги оғриқ, юрак тез уриши, ҳаво етишмаслик ҳисси. **Анамнездан** касалликни совуқ қотиш билан боғлайди, 5 кун олдин тусатдан бошланган, узи бошлаган давоси самарасиз. 3та фарзанди бор, пахтакор, нос чекади.

УАШ объектив кўрик ўтказди: Беморнинг ахволи оғир, тери нам, юзлари кизарган, кўкрак қафаси ўнг томони нафас олишда кечкияти, перкуссияда: олди-ўнг томондан 5 қовурга оралигидан ва орқадан курак бурчагидан бошлаб томтоқ товуш, шу жойда курак ва жарангли нам хириллашлар, плевра шовқини эшитилади. Юрак тонлари боғиқ, аритмик экстрасистолия ҳисобига. ЮУС ва пульс дақиқасига 110 та. АКБ 120/70 мм.см.уст. Қолган тизимлар ўзгаришсиз.

ЭКГ ўтказди ва таҳлил қилади: Синус тахикардия. ЮУС 110 та. ЮЭУ силжимаган, паст вольтажлик, ягона коринчалар экстрасистолалари.

Умумий таҳлил учун қон, сийдик, балғам олади. Олинган кўрсаткичлар таҳлили: УҚА- лейкоцитоз, ЭЧТ ошган. УСА: диурез 1600, р-1010, ранги-оч сариқ, тиниқ, оқсил- abs. Умумий балғам анализи: шиллиқ-йирингли, лейкоцитлар 20-24/1, эритроцитлар 2-3/1.

Диагноз қуяди: **Асосий:** Касалхонадан ташқари ўнг томонлама пастки бўлак зотилжами. **Асорат:** Ўнг томонлама қуруқ плеврит. Ва 2 категория буйича беморни стационар шароитда даволанишга юборади.

Талабалар учун кўрсатма:

- ✓ Бемор ахволи оғирлигини ва касаллик асоратларини ривожланганлигини ҳисобга олган ҳолда УАШ беморни стационар давога юборади.
- ✓ Бемор учун постстационар реабилитацияни туғри олиб бориш учун, беморни касалхона шароитида туғри олиб боришни билиш зарурдир (амбулатор карталарни, касаллик тарихларини тўлдириш)

Кейс ечими

Касалхона маслаҳат поликлиникасида беморнинг тиббий варақасини тўлдириш

1. Бемор касалхона қабул бўлимига мурожат қилганда паспорт малумотлари асосида беморга тиббий варақа очилади (варақа номери, бемор Ф.И.Ш., жинси, ёши, яшаш манзили ва касалхонага келган куни ёзилади) (расм 1). Агар бемор касалхонага шошилиш ҳолатида келган бўлса, қабул бўлими врачлари кўригидан кейин бемор реанимация бўлимига юборилади.

Расм 1

<p>Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни Сақлаш Вазирлиги</p> <hr/> <p>(Муассасаноми)</p>	<p>КТУТ бўйича муассасаси Ўз.РССВ 2000 йил 29 майда 283- буйруқ билан тасдиқланган 025/х ШАКЛДАГИ ТИББИЙ ХУЖЖАТ</p>
<p>Беморнинг шифохонадаги тиббий варақаси №</p>	
<p>Фамилияси, _____ исми, _____ отасининг исми _____</p>	
<p>Жинси: Э/А __ Туғилган куни _____ телефон: (уйники, хизмат) _____</p>	
<p>Беморнинг турур жойи: _____ вилоят, _____ туман, _____ куча, _____ уй № _____ хона _____</p>	
<p>Хизмат: иш жойи _____ бўлим _____</p>	
<p>Касби, лавозими _____ қарамоғида _____</p>	
<p>Хисобга олинган кун</p>	<p>Хисобдан чиқарилган кун</p>

1. Тиббий варақада (амбулатор варақа) терапевт кўриги ёзилади (зарур бўлганда невропатолог, реаниматолог, окулист кўриги)
2. Зарур бўлган лаборатор-инструментал текширувлар ўтказилади (УҚА, УСА, ЭКГ, ЭХО КГ, УТТ)
3. Терапевт ташхис қўйиб амбулатор варақани касаллик тарихини очишга юборади.

**Шифохонадаги беморнинг тиббий баённомаси №__
(қабул бўлими шароитида)**

Титул вароқ

Касалхонага тушган куни ва вақти _____ 02.11.2012 _____ 10:40 дак _____

Касалхонадан чиққан куни ва вақти _____ 12.11.2012 _____ 11:30 дак _____

Бўлим (бемор йўлланган бўлим) _____ пульмонология _____ хона № 5_

Ўтказилган бўлим - куни ва вақти - _____ (бемор реанимациядан ёки бошқа бўлимлардан ўтказилгани кўрсатилади)

Даво муддати (кун) _____ 10 кун _____

Харакат тури: каталкада, коляскада, ўз оёқларида (чизилсин)

Қон группаси _____ I _____ резус фактор _____ - _____

Дориларнинг ноюя таъсири (дори воситаси, ноюя таъсири) _____ кузатилмаган _____

1. Ф.И.Ш _____ Жумаев Довронбек _____ 2. жинси _____ эркак _____

3. ёши _____ 32 _____

4. Доимий яшаш манзили ва тел.: шаҳар, кишлоқ (чизилсин) _____

Ишлаш жойи, касби _____ дехкон (пахта терувчи) _____

5. Ногиронлар учун, гуруҳ; уруш катнашчиси _____

6. Бемор қаердан юборилган (даволаш муассаса номи) _____ Бектемир тумани
маслаҳат поликлиника 12 _____

7. Шошилиш келдими: ха, йук (чизилсин) _____

Қандай транспортда _____ шахсий _____

8. Ўйланма ташхис (юборилган муассаса ёки тез тиббий ёрдам шифокори, берилган ҳолатда УАШ қўйган ташхис) *Асосий: Касалхонадан ташиқари ўнг томонлама пастки бўлак зотилжами. Асорат: Ўнг томонлама қуруқ плеврит.*

9. Қабул бўлимида қўйилган ташхис (бу ташхис, қабул бўлими шифокори кўригидан кейин қўйиладиган ташхис). *Асосий: Касалхонадан ташиқари ўнг томонлама пастки бўлак зотилжами. Асорат: Ўнг томонлама қуруқ плеврит.*

Расм 2

Қабул бўлимида шифокор кўриги

Шикоятлари: тана хароратининг кўтарилиши, қийин ажралувчи балғамли йўтал, кўкрак қафасининг ўнг яримдаги ва юрак соҳасида санчувчи характердаги оғриқ, юрак тез уриши, хаво етишмаслик хисси, умумий холсизлик.

Anamnesis morbi (қисқа, касалликни бошланиши, кечиши, даво-ўтказилган бўлса), касалликни совуқ қотиш билан боғлайди, 5 кун олдин тўсатдан бошланган, ўзи бошлаган давоси самарасиз.

Anamnesis vitae: охирги 3 ой ичида инфекцион касалликлар билан оғриган, оғримаган; инфекцион касаллар билан контактда бўлган, бўлмаган; инъекциялар олган, олмаган (тагига чизилсин); қон препаратлари олган, олмаган; четга чиққан, чиқмаган.

Status praesens obektivus.

Умумий ахволи: қониқарли, ўрта оғирликда, оғир, жуда оғир.

Эс-хуши: ўзида, сопороз, чуқур сопор, кома

Тери қопламлари: ранглар

Тана харорати 37.6 Конституцияси (гиперстеник, астеник, нормостеник)

Суяк-бўғим тизими (деформацили, деформациясиз) _____

Лимфа тугунлари: катталашган, катталашмаган чакан пастки _____

Нафас олиш тизими

Нафас олиш мустақил, НОС 26 дақ. Ўпка перкуссиясида _____ олди-унг томондан 5 ковурга оралигидан ва орқадан курак бурчагидан бошлаб томтоқ товуш, шу жойда курак ва жарангли нам хириллашлар, плевра шовкини эшитилади.

Юрак қон томир тизими

Юрак чегаралари: катталашган, катталашмаган

Сердечные тоны: приглушены, ясные

АКБ 120/70 мм.с.м.уст. Пульс 110 дақ

Ошқозон-ичак тизими

Тили тоза, қарашт _____ қорин: юмшоқ, қаттиқ: оғриқли, оғриқсиз

Жигар катталашмаган, катталашган Талоқ катталашмаган, катталашган

Ич келиши доимий, қабзиятга моил _____

Сийдик чиқариш тизими

Буйрақлар пайпасланмайди, пайпасланади

Диурез мустақил, адекват

Туртки симптоми: нусбат, манфий.

Бирламчи таъхис: Асосий: Касалхонадан ташқари ўнг томонлама пастки бўлак зотилжами. Асорат: Ўнг томонлама қуруқ плеврит.

Қабул бўлимида касаллик варақаси очилганидан сўнг бемор бўлимга юборилади, у ерда бемор тўлиқ тизимлар бўйича кўриқдан ўтиб, консултатив поликлиникада ўтказилган текширувлар тахлили асосида дастлабки таъхис кўйилади ва кейинги ўтказиладиган текширувлар ва даво режаси тузилади.
(Расм 3)

Расм 3

Сана вақти

**Пульмонология бўлимида бўлим бошлиғи/ёки
ординатор кўриғи**

Келгандаги шикоятлари (асосий, ёндош): Асосий: тана хароратининг кўтарилиши 39,1°C гача, қийин ажралувчи балғамли йўтал, кўкрак қасасининг ўнг яримдаги ва юрак соҳасида санчувчи характердаги оғриқ, йўтал ва чуқур нафас олганда кучаиши. Ёндош: юрак соҳасида оғриқ, давомий, симилловчи, юрак тез уриши, хава етишмаслик хисси, умумий

ХОЛСИЗЛИК.

Anamnesis morbi касалликни совуқ қотиш билан боғлайди, 5 кун олдин тўсатдан тана хароратини 39 С гача кўтарилиши билан бошланган парацетамол, эритромицин қабул қилган. Қийин ажралувчи балғам пайдо бўлган. 4 чи кундан бошлаб кўкрак қафаси ўнг томонида, юрак соҳасида оғриқлар ва юрак уриб кетиши безовта қилган. Бемор ОПдан шифокор чақирган ва беморни умумий ахволини ҳисобга олган ҳолда 2 категория асосида стационар давога юборилган.

Anamnesis vitae: Бемор қониқарили яшаш шароитида ўсиб улғайган. 3 фарзанди бор, пахта терувчи. Зарарли одатлари: насвой чекади. Наслий моилликни имкор этади. Эпидемиологик анамнез: гепатит билан хасталанмаган, инфекцион касаллар билан контактда бўлмаган, қон преперетлари олмаган, охириги 6 ой ичида стоматологга, лор шифокорига бормаган, чет элга чиқмаган. Аллергоанамнез: дори воситаларига, овқатларга аллергия кузатилмаган.

Statuspraesens. Бемор ҳолати оғир. Хуши ўзида. Саволларга аниқ жавоб бермоқда. Ҳолати тўшакда. Тери ва шиллиқ қаватлари рангпар. Бемор астеник тана тузилишга эга. Тана харорати 38.2. Суяк бўғим системаси деформациясиз. Жағ ости лимфа тугунлари катталашган. Периферик шишлар йўқ.

Нафас олиш тизими. Нафас олиш мустақил, бурун орқали. Кўкрак қафаси деформациясиз. НОС 24 та дақиқасига. Пальпацияда пастки қисмлари оғриқсиз. Ўпка перкуссиясида олди-ўнг томондан 5 қовурга оралигидан ва оркадан курак бурчагидан бошлаб томтоқ товуш, шу жойда курук ва жарангли нам хириллашлар, плевра шовкини эшитилади.

Юрак қон томир системаси. Юрак чегаралари: ўнгдан по *lin. Parasternalisdextra* IV қовурга оралигида, тепа чегараси *lin. medioclavicularissinistra* III қовурга оралигида, чапдан *lin. Medioclavicularissinistra* дан 1,0 см ичкарида V қовурга оралигида. Юрак тонлари бўғиқ. АҚБ 120/70 см.уст. Пульс 110 та дақиқасига, ритмик.

Ошқозон ичак тизими. Тили тоза. Қорин юмшоқ, пальпацияда оғриқсиз. Жигар ва талоқ пайпасланмайди. Ич келиш регуляр.

Сийдик ажралмиш тизими. Буйрақлар пайпасланмайди. Бел соҳасида шишлар, деформациялар йўқ. Диурез мустақил, адекват. Туртки симптоми икки томонлама манфий.

Амбулатор картадан кўчирма № (шифоҳона консултатив поликлиникасида ўтказилган лаборатор-инструментал текширувлар натижаси)

ЭКГ: Синусли тахикардия. ЮЭЎ силжимаган. ЮУС 110 та дақ., паствольтажли, якка қоринчалар экстрасистолияси.

Кўкрак қафаси рентгенографияси: ўнг томонлама пастки қисм бир маромда бўлмаган, соғлом тўқимадан аниқ чегараланган инфильтрация, ёндош плевра аниқланади, юрак ва аорта ўзгаришсиз.

Дастлабки ташхис:

Ассосий : Касалхонадан ташқари ўнг томонлама пастки бўлак зотилжами.

Асорат: Ўнг томонлама куруқ плеврит. Токсик миокардит, ритм бузилиши билан.

Текшириш ва даволаш режаси ССВ 452 буйруқ асосида тузилган.

Тешириш режаси:

Rw, HBsAg

ҚУА, СУА

АЛТ, АСТ, билирубин, мочевино, креатинин, умумий оқсил.

Қондаги қанд.

Коагулограмма (фибриноген, ТТ, ПТИ, эталон тест)

Қон ивиш вақти

Балғам умумий тахлили, бак.посев ва антибиотикларга сезувчанликни аниқлаш.

ЭКГ динамикада, ЭХО КС

Холтер текшируви.

КК Рентгенографияси.

Даволаш режаси:

Пархез № 10 (етарли миқдорда оқсил, ёғ, углеводлар, витаминлар тамирловчи диета)

Антибиотиклар (кенг спектрга эга) -цефотаксим 1гр. кунига 2 махал м\и пробадан кейин. Амоксиклав 1000 мг 1 таб х 2 махал кунига.

ЯҚНДВ -ортофен 0,25 г кунига 2-3махал овқатдан кейин, ГКС- 20-30мг кунига, антигистамин дори воситаларига ўтиш билан.

Симптоматик даво:

-Витамин С, никотин к-та

-Метаболиклар, дезинтоксикацион терапия-эритма 5 % -200 мл глюкоза ва 6 мл аскорбин кислотаси.

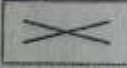
-Муколитиклар:- бромгексин 5 мл х 3 махал кунига, амброксол 1 таб. х 3 махал


-Антиаритмиклар-амиодарон 200мг 3 махал кунига, схема бўйича.

Бемор билан касалхона ички тартиби, пархез ва режим тўғрисида сухбат олиб борилди.

Врач _____

Бемор ўзи сотиб оладиган дори воситалари учун шифокор томонидан рецепт ёзиб берилади ва шу рецептлар касаллик варақасига ёпиштирилади. Хар куни бемор шифокор томонидан кузатувда бўлади ва талабга кўра керакли текширувлар, даво режалари олиб борилади. Касаллик варақасида шифокор хар куни кундалик ёзиб боради.

TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI BIRINCHI SHIFOXONASI 700109, Toshkent sh. Xajiyev ko'shigi 2 <small>(Ilmiy-tadqiqot va amaliy tibbiyot markazi)</small>		(Hodimlar davlati-professionalizmi muvofiqlashtirilgan sertifikatini o'z ichiga olgan holda berilgan sanasi, amaliy kuzatish muhridir)	
РЕЦЕПТ			
Kattalarga		Bolalarga	
Рецепт ёзилган сана			
кун _____	ой _____	Йил _____	
Беморнинг Ф.И.О.:		Беморнинг ёши:	
Шифокорнинг Ф.И.О.:			
Касаллик тарихи №:			
Rp: _____ (ovqat nomi)			
D.S. _____ (xalqaro patentlashmagan nomi)			
Шифокорнинг лизензи теги:		 (Шифокорнинг шахсий муҳри ўрни)	
Рецептнинг амал қилиш мuddati _____			

TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI BIRINCHI SHIFOXONASI 700109, Toshkent sh. Xajiyev ko'shigi 2 <small>(Ilmiy-tadqiqot va amaliy tibbiyot markazi)</small>		(Hodimlar davlati-professionalizmi muvofiqlashtirilgan sertifikatini o'z ichiga olgan holda berilgan sanasi, amaliy kuzatish muhridir)	
РЕЦЕПТНИНГ Иртма кoresоги			
Kattalarga		Bolalarga	
Рецепт ёзилган сана			
кун _____	ой _____	Йил _____	
Беморнинг Ф.И.О.:			
Беморнинг ёши:			
Шифокорнинг Ф.И.О.:			
Касаллик тарихи №:			
Rp: _____ (ovqat nomi)			
D.S. _____ (xalqaro patentlashmagan nomi)			
Берилган дори воситасининг номи ва серияси:			
Фармацевт ходимнинг Ф.И.О.:			
 (лизензи)			

Бемор шифохонада 3 кун мобайнида шу бўлимга жавобгар кафедра доценти ёки профессори томонидан кўрилиши керак (расм 4).

Расм 4

Сана вақти **Пульмонология бўлимида доцент ёки профессор кўриги**

Келгандаги шикоятлари (асосий, ёндош): Асосий: тана хароратининг кўтарилиши 39,1°C гача, қийин ажралувчи балғамли йўтал, кўкрак қафасининг ўнг яримдаги ва юрак соҳасида санчувчи характердаги оғриқ, йўтал ва чуқур нафас олганда кучаиши. Ёндош: юрак соҳасида оғриқ, давомий, симилловчи, юрак тез уриши, хаво етишмаслик хисси, умумий холсизлик.

Кўрик пайтида шикоятлари: йўтал, кўкрак қафаси ўнг ярмида санчувчи оғриқ, йўталда ва чуқур нафас олганда кучаювчи, нафас етишмовчилиги хисси, юрак соҳасида оғриқ, симилловчи, давомий, юрак уриб кетиши, холсизлик.

Анамнездан: касалликни совуқ қотиш билан боғлайди, 5 кун олдин тўсатдан тана хароратини 39 С гача кўтарилиши билан бошланган парацетамол, эритромицин қабул қилган. Қийин ажралувчи балғам пайдо бўлган. 4 чи кундан бошлаб кўкрак қафаси ўнг томонида, юрак соҳасида оғриқлар ва юрак уриб кетиши безовта қилган. Бемор ОПдан шифокор чақирган ва беморни умумий ахволини ҳисобга олган ҳолда 2 категория асосида стационар давога юборилган.

Объектив. Бемор ҳолати оғир. Хуши ўзида. Саволларга аниқ жавоб бермоқда. Ҳолати тўшақда. Тери ва шиллиқ қаватлари рангпар. Бемор астеник тана тузилишга эга. Тана харорати 38.2. Суяк бўғим системаси деформациясиз. Жағ ости лимфа тугунлари катталашган. Периферик шишлар йўқ. Нафас олиш мустақил, бурун оркали. Кўкрак қафаси деформациясиз. НОС 22 та дақиқасига.

Пальпацияда пастки қисмлари оғриқсиз. Ұпка перкуссиясида олди-ўнг томондан 5 қовурга оралигидан ва оркадан курак бурчагидан бошлаб томток товуш, шу жойда курук ва жарангли нам хириллашлар, плевра шовкини эшитилади. Юрак чегаралари: ўнгдан по lin. parasternalisdextra IV қовурға оралигида, тепа чегараси lin.medioclavicularissinistra III қовурға оралигида, чапдан lin. medioclavicularissinistra дан 1,0 см ичкарида V қовурға оралигида. Юрак тонлари бўғиқ. АҚБ 120/70 см.уст. Пульс110 та дақиқасига, ритмик. Тили тоза. Қорин юмшоқ, пальпацияда оғриқсиз. Жигар ва талоқ пайпасланмайди. Ич келиш регуляр. Буйрақлар пайпасланмайди. Бел сохасида шишлар, деформациялар йўқ. Диурез мустақил, адекват. Туртки симптоми икки томонлама манфий.

ЭКГ: Синусли тахикардия. ЮЭЎ силжимаган. ЮУС 110 та дақ., паствольтажли, якка қоринчалар экстрасистолияси.

Кўкрак қафаси рентгенографияси: ўнг томонлама пастки қисм бир маромда бўлмаган, соғлом тўқимадан аниқ чегараланган инфильтрация, ёндош плевра аниқланади, юрак ва аорта ўзгаришсиз.

ҚУА: лейкоцитоз, ЭЧТ 25 мм-соатига. УСА: диурез1600, р-1010, ранги-сарик, тиниқ, оқсил - abs. **Балғам умумий анализи:** шиллиқ-йирингли, лейкоцитлар-20-24/1, эрит-2-3/1. Қон биохимик анализи (ўзгаришсиз)

Холтермонитор: Бош ритм синусли, максимал ЮЧС 104 та дақиқасига, минимал 89 та дақиқасига, чап қоринча экстрасистолиялари – 204, ST сегментита ўзгариш кузатилмади.

Ташхис:

Асосий: Касалхонадан ташқари ўнг томонлама пастки бўлак зотилжами.

Асорат: Ўнг томонлама курук плеврит. Токсик миокардит, ритм бузилиши билан-қоринчалар экстрасистолияси Лаун бўйича 1 синф.

Тавсия: Қон умумий тахлили кўрсаткичларини ва юрак ритми тикланганидан сўнг физиотерапевтик даво усулларини тавсия этиш.

Шифохонадаги давонинг 3 кунда, лаборатор-инструментал текширувлар ва консультант кўригидан кейин клиник ташхис қўйилади.

Сана вақти **Клиник ташхисни асослаш**

Келгандаги шикоятлари (асосий, ёндош): Асосий: тана хароратининг кўтарилиши 39,1°С гача, қийин ажралувчи балғамли йўтал,кўкрак қафасининг ўнг яримдаги ва юрак сохасида санчувчи характердаги оғриқ, йўтал ва чуқур нафас олганда кучаиши. Ёндош:юрак сохасида оғриқ, давомий, симилловчи, юрак тез уриши, хаво етишмаслик хисси, умумий холсизлик.

Кўрик пайтида шикоятлари: йўтал, кўкрак қафаси ўнг ярмида санчувчи оғриқ, йўталда ва чуқур нафас олганда кучаювчи, нафас етишмовчилиги хисси, юрак сохасида оғриқ, симилловчи, давомий, юрак уриб кетиши, холсизлик.

Анамнездан: касалликни совуқ қотиш билан боғлайди, 5 кун олдин тўсатдан тана хароратини 39 С гача кўтарилиши билан бошланган парацетамол, эритромицин қабул қилган. Қийин ажралувчи балғам пайдо бўлган. 4 чи кундан бошлаб кўкрак қафаси ўнг томонида, юрак сохасида оғриқлар ва юрак уриб

кетиши безовта қилган. Бемор ОПдан шифокор чақирган ва беморни умумий ахволини ҳисобга олган ҳолда 2 категория асосида стационар давога юборилган.

Объектив. Бемор ҳолати ўрта оғир. Хуши ўзида. Саволларга аниқ жавоб бермоқда. Ҳолати актив. Тери ва шиллик қаватлари рангпар. Бемор астеник тана тузилишга эга. Тана ҳарорати 37.1. Суяк бўғим системаси деформациясиз. Жағ ости лимфа тугунлари катталашган. Периферик шишлар йўқ. Нафас олиш мустақил, бурун орқали. Кўкрак қафаси деформациясиз. НОС 22 та дақиқасига. Пальпацияда пастки қисмлари оғриқсиз. Ўпка перкуссиясида олди-ўнг томондан 5 қовурга оралигидан ва орқадан курак бурчагидан бошлаб томтоқ товуш, шу жойда курук ва жарангли нам хириллашлар, плевра шовкини эшитилади. Юрак чегаралари: ўнгдан по lin. parasternalisdextra IV қовурга оралигида, тепа чегараси lin.medioclavicularissinistra III қовурга оралигида, чапдан lin.medioclavicularissinistra дан 1,0 см ичкарида V қовурга оралигида. Юрак тонлари бўғиқ. АҚБ 120/70 см.уст. Пульс 110 та дақиқасига, ритмик. Тили тоза. Қорин юмшоқ, пальпацияда оғриқсиз. Жигар ва талоқ пайпасланмайди. Ич келиш регуляр. Буйрақлар пайпасланмайди. Бел соҳасида шишлар, деформациялар йўқ. Диурез мустақил, адекват. Туртки симптоми икки томонлама манфий.

ЭКГ (келган кундан): Синусли тахикардия. ЮЭЎ силжимаган. ЮУС 110 та дақ., паствольтажли, якка қоринчалар экстрасистолияси.

Кўкрак қафаси рентгенографияси: ўнг томонлама пастки қисм бир маромда бўлмаган, соғлом тўқимадан аниқ чегараланган инфилтрация, ёндош плевра аниқланади, юрак ва аорта ўзгаришсиз.

ҚУА: лейкоцитоз, ЭЧТ 25 мм-соатига. УСА: диурез1600, р-1010, ранги-сарик, тиник, оқсил - abs. **Балғам умумий анализи:** шиллик-йирингли, лейкоцитлар-20-24/1, эрит-2-3/1. Қон биохимик анализи (ўзгаришсиз)

Холтермонитор: Бош ритм синусли, максимал ЮЧС 104 та дақиқасига, минимал 89 та дақиқасига, чап қоринча экстрасистолиялари – 204, ST сегментита ўзгариш кузатилмади.

Клиник ташхис:

Асосий: Касалхонадан ташқари ўнг томонлама пастки бўлак зотилжами.

Асорат: Ўнг томонлама курук плеврит. Токсик миокардит, ритм бузилиши билан-қоринчалар экстрасистолияси Лаун бўйича 1 синф.

Тавсия: Даво режа асосида.

Чиқиб кетиш эпикризида, якуний ташхис, беморнинг динамикада ахволи, лаборатор-инструментал текширувлар ва уйга тавсиялар ёзилади. (расм 5).

Расм 5

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИКНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ЧИҚАРУВ ЭПИКРИЗИ №...

Бемор Жумаев Давронбек, 1980 йил туғилган, 02.12.2012 й дан 12.12.2012 й гача пульмонология бўлимида қуйдаги клиник ташхис билан даволанди:

Асосий: Касалхонадан ташқари ўнг томонлама пастки бўлак зотилжами.

Асорат: Ўнг томонлама курук плеврит. Токсик миокардит, ритм бузилиши билан-қоринчалар экстрасистолияси Лаун бўйича 1 синф.

Келгандаги шикоятлари (асосий, ёндош): Асосий: тана хароратининг кўтарилиши 39,1°C гача, қийин ажралувчи балғамли йўтал, кўкрак қафасининг ўнг яримдаги ва юрак соҳасида санчувчи характердаги оғриқ, йўтал ва чуқур нафас олганда кучаиши. Ёндош: юрак соҳасида оғриқ, давомий, симилловчи, юрак тез уриши, хаво етишмаслик хисси, умумий холсизлик.

Анамнездан: касалликни совуқ қотиш билан боғлайди, 5 кун олдин тўсатдан тана хароратини 39 С гача кўтарилиши билан бошланган парацетамол, эритромицин қабул қилган. Қийин ажралувчи балғам пайдо бўлган. 4 чи кундан бошлаб кўкрак қафаси ўнг томонида, юрак соҳасида оғриқлар ва юрак уриб кетиши безовта қилган. Бемор ОПдан шифокор чақирган ва беморни умумий ахволини ҳисобга олган ҳолда 2 категория асосида стационар давога юборилган.

Объектив. Бемор ҳолати ўрта оғир. Хуши ўзида. Саволларга аниқ жавоб бермоқда. Ҳолати актив. Тери ва шиллик қаватлари рангпар. Бемор астеник тана тузилишга эга. Тана харорати 38.2, динамикада 36.6 С. Суяк бўғим системаси деформациясиз. Жағ ости лимфа тугунлари катталашган. Периферик шишлар йўқ. Нафас олиш мустақил, бурун орқали. Кўкрак қафаси деформациясиз. НОС 22 та дақиқасига. Пальпацияда пастки қисмлари оғриқсиз. Ўпка перкуссиясида олди-ўнг томондан 5 қовурга оралигидан ва орқадан курак бурчагидан бошлаб томтоқ товуш, шу жойда курук ва жарангли нам хириллашлар, плевра шовкини эшитилади, динамикада хириллашлар камайган, якка курук хириллашлар. Юрак чегаралари: ўнгдан по lin. parasternalisdextra IV қовурга оралигида, тепа чегараси lin.medioclavicularissinistra III қовурга оралигида, чапдан lin. medioclavicularissinistra дан 1,0 см ичкарида V қовурга оралигида. Юрак тонлари бўғиқ. АҚБ 120/70 см.уст. Пульс 110 та дақиқасига, ритмик, динамикада 82 та. Тили тоза. Қорин юмшоқ, пальпацияда оғриқсиз. Жигар ва талок пайпасланмайди. Ич келиш регуляр. Буйраклар пайпасланмайди. Бел соҳасида шишлар, деформациялар йўқ. Диурез мустақил, адекват. Туртки симптоми икки томонлама манфий.

ЭКГ (келган кундан): Синусли тахикардия. ЮЭЎ силжимаган. ЮУС 110 та дақ., паствольтажли, якка қоринчалар экстрасистолияси.

ЭКГ (динамикада): Ритм синусли. ЮЭЎ силжимаган. ЮУС 80 та дақ. Метаболик ўзгаришлар.

Кўкрак қафаси рентгенографияси: ўнг томонлама пастки қисм бир маромда бўлмаган, соғлом тўқимадан аниқ чегараланган инфильтрация, ёндош плевра аниқланади, юрак ва аорта ўзгаришсиз.

ҚУА: лейкоцитоз, ЭЧТ 25 мм-соатига. УСА: диурез 1600, р-1010, ранги-сарик, тиник, оксил - abs. **Балғам умумий анализи:** шиллик-йирингли, лейкоцитлар-20-24/1, эрит-2-3/1. Қон биохимик анализи (ўзгаришсиз)

Холтермонитор: Бош ритм синусли, максимал ЮУС 104 та дақиқасига, минимал 89 та дақиқасига, чап қоринча экстрасистолиялари – 204, ST сегментита ўзгариш кузатилмади.

Даво муолажалари: Ичишга: Амоксиклав 1000 мг 1 таб х 2 маҳал кунига; амброксол 1 таб. х 3 маҳал; амиодарон 200мг 3 маҳал кунига, схема бўйича, ортофен 0,25 г кунига 2-3маҳал овқатдан кейин, ГКС- 20-30мг кунига, антигистамин дори воситаларига ўтиш билан. Инъекциялар: цефотаксим 1гр. кунига 2 маҳал м/и пробадан кейин; эритма 5 % -200 мл глюкоза ва 6 мл

аскорбин кислотаси.

Бемор кафедра доценти томонидан кўрилди, даво келишилган асосида. Бемор ўз уйига, яхволи динамикада стабил, яхшиланган, УАШ ва кардиолог назоратига чиқарилмоқда.

Тавсия:

Пархез №10

Амброксол 1таб х 2 махал кунига (1 хафта).

Амиодарон 1 таб х 1 махал кунига (1хафта)

Даво гимнастикаси.

Дав. шифокор_____

Бўлим бошлиғи_____

Бош шифокор_____

Бемор шифохонадан қайтганидан сўнг УАШ такроран кўрик ўтказди, бемор ахволини баҳолаб кейинги олиб бориш тактикасини аниқлайди:

-Номедикаментоз давони олиб бориш тўғрисида тавсиялар

-Пархез (витаминология, оксилга бой овқатланиш). Даволовчи нафас гимнастикаси. Холатий дренаж, кўкрак қафаси массажи. Оксигенотерапия.

Насвой ва чекиш таъқиқланади.

Диспансер назорати

Пневмониядан кейинги ҳолат (Д III)

2. 6 ойда 3 марта, терапевт

3. Пульмонолог кўрсатмага қараб; алерголог 1 марта; ЛОР, стоматолог йилига 1 марта; фтизиатр, онколог кўрсатмага қараб

4. Қон умумий тахлили 3 марта; спирография 3 марта; флюорография 2 марта (1 ва 6 ойда); балғам умумий тахлили (ВК), қон биохимик анализи 2 марта; ЭКГ 2 марта; бронхоскопия, бронхография, томография кўрсатмага қараб

5. Режим, витаминотерапия, даволовчи ФК, сауна, инфекция ўчоқларини санацияси, санатор курорт даво.

6. Тузалиш, ўпка вентиляциясини нормага келиши. Диспансер гуруҳ Д I га ўтказиш.

Пневмония профилактикаси

Бирламчи профилактика – аҳоли орасида соғлом турмуш тарзини олиб бориш (спорт билан шуғулланиш, тоза хавода сайир қилиш ва б.); хавф омилларини аниқлаш (чекиш, мехнат ва дам олиш шароитларини яхшилаш), буларни бартараф қилиш.

Иккиламчи профилактика касалликни бошланиш даврида аниқлаш. (проф кўриклар, скрининг); номедикаментоз коррекция ва ўз вақтида касаллик илк бор аниқланганда таъсири исботланган дори воситалари билан даволаш.

Учламчи профилактика: динамикада кузатиб бориш; давони давом эттириш ва ривожланган асоратларни даволаш.

Тузувчилар: Бендингер М.Н ТТА даволаш факултети УАШ тайёрлаш ва клиник алергология кафедраси доценти

Хидоятова М.Р ТТА даволаш факултети УАШ тайёрлаш ва клиник алергология кафедраси ассистенти .

Мавзулар бўйича вазиятли масалалар

1-Масала.

Бемор 52 ёшда, шикоятлари: оёқда I бош бармоқ соҳасида, тизза бугимида кучли оғриқ, ҳароратнинг кутарилиши, терлаш. Анамнезидан: бемор алкоголь ва гуштли овкатларни суистеъмол қилади. Обьектив оёқ панжаси бош бармоқ бўғимлари шишган, териси кизарган, кукимтиррок аралаш, пайпасланганда зарарланган соҳада кучли оғриқ сезади, тизза бўғимлари бир оз шишган, ҳаракат пайтида оғриқли.

1. Ташхис?
2. Текшириш режаси.

2-Масала.

45 ёшли бемор, оёқ ва кўл кафти бармоқларида, тизза бўғимларида оғриққа ва унинг кечкурунлари кучайишига, А/Б нинг ошишига, бош оғриши, бош айланиши, бел соҳасида симилловчи оғриққа, огиз куришига шикоят килмоқда. Обьектив: бемор вазни ошган, тирсак бўғимлари, кўлок супраси атрофидаги тери остида турли улчамдаги тофуслар мавжуд, юракнинг нисбий чегаралари чапга силжиган.

1. Ташхис?
2. Текшириш режаси.

3-Масала.

48 ёшли бемор, банкетдаги зиёфатдан сўнг тунда оёқ кафти бармоқларидаги кучли оғриқдан уйғониб кетди, тана ҳарорати 39 градусгача кўтарилди. Анамнезидан: қизил вино, шоколадга ўч. Обьектив: умумий ахволи ўртача оғирликда, оёқ кафти териси атрофи кизарган, пайпасланганда шу соҳада оғриқ сезади.

1. Ташхис?
2. Текшириш режаси ва даволаш.

4-Масала.

35 ёшли бемор, касалхонага ўнг тизза, болдир-товон бўғимларида оғриқ ва уни куннинг иккинчи ярми ва тунда кучайишига, баъзида белда симилловчи оғриққа шикоят қилиб тушди. Анамнезидан: 7 йилдан буён бемор, касби паст ҳарорат ва сув билан боглик, охирги икки йилдан буён қон босими ошмоқда. Текширувларда: УКТ – лейкоцитлар $10,2 \cdot 10^9$ г/л; ЭЧТ-45 мм/с; УСТ – оқсил изи, лейкоцитлар 10-15 та куриш майдонида, КБТ – сийдик кислотаси 0,54 ммоль/л; Радиоизотоп рентгенография – буйраклар функцияси бузилган; Рентгенда – бугим оралиги торайган.

1. Ташхис?
2. Даволаш.

Топшириқ № 1.

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

Объектив: тери қопламлари рангпар, бутун танасида «юмшоқ» шишлар. А/Б 120/70 мм сим уст.

Умумий сийдик анализида: оқсил 6.6 г/л, микрогематурия, цилиндрурия.

Умумий қон тахлили: гемоглобин 90 г/л, лейкоцит-8000, СОЭ 45 мм/с, холестерин 7.5 ммоль/л, мочевино 6.5 ммоль/л, креатинин 0.12 ммоль/л.

1. Беморда қандай асорат юзага келган?
2. Диагнозни тасдиқловчи қўшимча текширув усулларини айтинг.
3. Клиник ташхис қўйинг
4. Даволаш.

№	ЖАВОБЛАР	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қон-сиз жавоб
1.	Буйрак амилоидози. Нефротик синдром	30	20-30	5-19	0-4
2.	Буйрак, тўғри ичак ёкки шиллик каватидан биопсия	20	10-20	5-9	0-4
3.	Асос: Бронхоэктатик касаллик Асор: Иккиламчи буйрак амилоидози нефротик синдром	30	20-30	5-19	0-4
4.	Асосий касалликни дволаш. Делагил, хом жигар, унитиол, диуретиклар	20	10-20	5-9	0-4

Топшириқ №2.

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

Текширувда: умумий сийдик тахлилида оқсил 9.9 г/л.

Қон тахлилида: умумий оқсил 50 г/л, холестерин 10 ммоль/л,

Коптокчалар филтрацияси 35 мл/мин. Мочевино 12 ммоль/л, креатинин 0.3 ммоль/л.

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

№	ЖАВОБЛАР	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қон-сиз жавоб
1.	Диабетик нефропатия. Нефротик синдром. Сурункали буйрак етишмовчилиги	40	30-40	5-29	0-4
2.	Асос: Кандли диабет I типа. Асор: Диабетик нефропатия 5.Нефротический синдром. Хроническая почечная недостаточность интермиттирловчи боскич.	20	10-20	5-9	0-4
3.	Асосий касалликни даволаш, инсулин дозасини коррекция қилиш. Диуретиклар: фуросемид, АПФ ингибиторлари, Реополиглукин, трентал.	40	30-40	5-29	0-4

Топширик № 3.

20 ёшли успирин совукда колгандан сўнг: юзида, кўл-оёқларида шиш пайдо булганлигини, умумий холсизлик ва диурез камайганлигини таъкидлади. Яшаш жойида стационар даволанган, эффект бўлмагач, 2 ойдан сўнг нефрология булимига етказилган.

Объектив: тери копламлари рангпар, курук. Юзида в ақўл оёқларида шиш, асцит аникланади. Ўпка перкуссиясида курак қиррасидан пастда перкутор товуш бўғиқ, аусқўльтацияда шу соҳада нафас кескин сусайган. Юрак тонлари бўғиқ ритмик. А/Б 90/60 мм сим уст. Суткалик протеинурия 6.0 г/л.

1. Дастлабки ташхис қўйинг.

2. Қандай қўшимча текширув керак

3. Диета ва патогенетик давони тався қилинг.

№	ЖАВОБЛАР	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қон-сиз жавоб
1.	Сурункали гломерулонефрит нефротик шакли.	40	30-40	5-29	0-4
2.	Ум. қон ва сийдик тахлили, ум. оксил ва оксил фракцияси, холестерин, бета-липопротеидлар, Коагулограмма. УЗИ буйрак, Рентгенография кўкрак қафаси. Буйрак биопсия.	30	20-30	5-19	0-4
3.	Стол № 7. кортикостероидлар, цитостатик, антикоагулянт ва антиагрегантлар.	30	20-30	5-19	0-4

Топширик № 4.

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

Объектив: юзи «маска» симон, «кисет» симптоми, оёқ қўлларда зич шиш.

Юрак тонлари бўғиқ, А/Б 150/100 мм сим уст. Ўпкада везикуляр нафас, орқа пастки соҳаларда нафас сусайган.

Умумий қон анализиди: анемия, СОЭ ошган.

Рентгенографияда: базал пневмосклероз аниқланади.

1. Қандай 2 та текширув диагноз куйишга имкон беради?

2. Клиник диагноз кўйинг

3. Қандай препаратлар фиброз авж олишини тўхтатади?

№	ЖАВОБЛАР	Макс. Балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қон-сиз жавоб
1.	«Склеродермик» аутоантителаларни аниқлаш, ЭФГДС	30	20-30	5-19	0-4
2.	Системали склеродермия, Ўткир ости кечиши (дерматит.,эзофагит, синдром Рейно, пневмонит)	40	30-40	5-29	0-4
3.	Д-пеницилламин, колхицин	30	20-30	5-19	0-4

Топширик №5.

60 ёшли бемор аёл қўл-оёқ мускулларда оғриқ ва қувватсизликка, тана хароратини ошишига, артрологияга шикоят қилди. Кўрик махали мускуллар хажмида катта оғриқли. Юз ва бўйин соҳаларида эритиматоз ўзгаришлар, параорбитал шиши аниқланди. Бемор қўлини ва оёғини кўтара олмайди.

1. Дастлабки ташхис.

2. Ташхисни тасдиқловчи текширув метиди.

3. Даволаш.

№	ЖАВОБЛАР	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қон-сиз жавоб
1.	Бирламчи дерматомиозит, усма табиатли эканини инкор этиш керак.	30	20-30	5-19	0-4
2.	Мушак биопсияси.	30	20-30	5-19	0-4
3.	Преднизолон суткасига 60-80 мг кам эмас	20	10-20	5-9	0-4

Топширик № 6.

45 ёшли эркак касби ошпаз. 1кафт-да аланга бўғими, тизза, қўл проксимал ва дистал фалангалараро бўғимларида оғриққа шикоят қилди. Оғриқ ўткир бошланди. Кўпроқ тунда алкагол ёки кўп гўшт егандан сўнг ўзини 5й-дан буён касал ҳисоблайди. 3-йил олдин кучли оғриқдан сўнг сийдикда майда тошчалар аниқланган. Онасини ҳам худди шу бўғимлар оғриши безовта қилган.

1. Тўғри ташхис қўйиш.
2. Тахминий ташхис
3. Ташхисни тасдиқлаш учун қандай текширув қилиш керак ?
4. Даволаш тактикаси

№	ЖАВОБЛАР	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қон-сиз жавоб
1.	Подагра. Подагрик полиартрит Буйрак-тош касаллиги.	30	20-30	5-19	0-4
2.	Қонда ва суткалик сийдикда сийдик кислота тузлари миқдорини аниқлаш. Бугимлар ва буйрак рентгенографияси. УЗИ буйрак.	30	20-30	5-19	0-4
3.	Пархез, пуринни чегаралаш. Кўп миқдорда ишкорий овкатлар. Аллопуринол. НПВС	40	30-40	5-29	0-4

Топширик № 7

22 ёшли талаба тизза бўғимлари, чап болдир. Товон бўғим. Оёқ катта бармоқлар бўғимларда, чап думба соҳасида оғриқ, кўз ачишиши. Кўз намланиши безовта қилади. Сийганда кучсиз ачишиш бор. 2 ойдан буён касал. Жинсий алоқалари тартибсиз. Кўрикда ички азолар томондан ўзгаришлар йўқ. Тана ҳарорати 37.7С Чап ахил бойлам товонга бирикма соҳасида шиш бор. Окулист «Канюктивит» ташхис қўйган.

ОАК: лейкоцитоз, СОЭ – 54 мм/с. Уретрадан суртма гококок аниқланмади

1. Қайси текширув энг юкори малумот берди.
2. Ташхис.
3. Даволаш режаси

№	ЖАВОБЛАР	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қон-сиз жавоб
1.	Уретра суртмасини хламидияга текшириш.	30	20-30	5-19	0-4
2.	.Реактив артрит. Рейтер синдроми.	30	20-30	5-19	0-4
3.	Антибиотиклар тетрациклин катори, азитромицин, фторхинолонлар НПВС	40	30-40	5-29	0-4

Топширик № 8.

33 ли эркак умуртқа поғонасининг бўйин-кўкрак ва бел соҳасида қотиб қолиш, ёнбошда кечаси оғриқларни кучайишига шикоят қилмоқда. Бемор ўзини 5 йилдан бери касал ҳисоблайди. Доимо индометацин қабул қилиб юради.

Обектив: бўйин умуртқаси кифоз, «сурашиш позасида», паравертебрал мушаклари таранг. Периферик бўғимлар ўзгармаган. Қон тахлилида ЭЧТ – 38 мм/с.

1. Ташхисни қўйиш учун қайси текширув қилиш керак ?
2. Ушбу текширувдан сиз қандай натижа кутмоқдасиз?
3. Клиник ташхис қўйинг
4. Даволашни белгиланг

№	ЖАВОБЛАР	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қон-сиз жавоб
1.	Чанок рентгенограммаси	20	10-20	5-9	0-4
2.	Икки томонлама сакроилеит	30	20-30	5-19	0-4
3.	Бехтерев касаллиги, марказий форма	20	10-20	5-9	0-4
4.	Индометацин узоқ вақт. ЛФК, массаж белга, чумилиш бассейнда.	30	20-30	5-19	0-4

Топширик № 9.

Бемор 38 ёш. Кўп маротаба шиллик, йирингли, қон аралаш ич кетишига, чақириқ бўлаверишига, қорин оғриқ, озиб кетиш, тана ҳароратини 38 га кўтарилишига шикоят қилмоқда. Бемор 1 йилдан бери касал. Тили малина рангида, ёриқлар бор. Корни юмшоқ, йўғон ичак бўйлаб оғриқли. Жигар пайпасланмайди. Шишлар йўқ. Ректорамонископияда ичак деворлари инфилтратцияланган, қон талаш, шиллик-йирингли яралар бор.

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

№	ЖАВОБЛАР	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қон-сиз жавоб
1.	Носпецифик ярали колит, урта оғир даража, фаоллиги 2	30	20-30	5-19	0-4
2.	Дизентерия, амебиаз, Крон касаллиги	30	20-30	5-19	0-4
3.	Сульфасалазин, преднизолон, азатиоприн	40	30-40	5-29	0-4

Топширик № 10.

Бемор 45 ёш. Қорин юкори кисмида белбогсимон оғриққа, бетиним кайт қилиш, беқарор ич келишига шикоят қилмоқда. Анамнезида бемор ўн йилдан бери сурункали холецистит ва ўт-тош касаллиги билан оғрийди.

Объектив: Иштахаси кам. Тили қуруқ, оқ караш билан қопланган.

Палпацияда эпигастрал ва ўнг қовурға остида оғриқлар аниқланади.

Френикус симптоми чапда мусбат. Қонда амилаза ошган. Ахлатда креаторея и стеаторея.

1. Тахминий ташхис.

2. Қайси касалликлар билан фарқлаш лозим?

3. Даво тавсия этинг.

№	ЖАВОБЛАР	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қон-сиз жавоб
1.	Сурункали панкреатит оғриқли шакли	30	20-30	5-19	0-4
2.	Яра касалликлари, панкреас раки. Сурункали абдоминал ишемик синдром. Сурункали энтерит и колит	30	20-30	5-19	0-4
3.	Диета: Қонтрикал, аминаокапрон кислота, м-холиноблокатор, метоклопрамид, баралгин, промедол, фермент препаратлар.	40	30-40	5-29	0-4

Топширик № 11.

Бемор 45 ёш. енгил жисмоний зўриқишда ҳансираш, юрак уриб кетиши, оёқларда шишларга шикоят қилмоқда. % йилдан бери касал, анамнезида ревматизм ва ЮИК ўтказмаган. Ахволи прогрессив оғирлашиб шишлар кўпаймоқда.

Объектив: умумий ахволи ўрта оғирликда, оёқларда массив шишлар, ўпка пастки соҳаларида везикуляр нафас сусайган, юрак чегаралар ҳамма томонга кенгайган, тонлар кескин бўғиқлашган, чўққида систолик шовқин, мерцал аритмия. ЮКС – 105 та/мин, пульс аритмик 96 та/мин, пульс дефицити 9 та. ЭКГда: мерцател аритмия, ЮҚС 110-90, иккала қоринча гипертрофияси зўриқиш билан вольтажи пасайган.

1. Беморни текширув режасини тузинг.
2. Ташхис қўйиш учун текширувлардаги қайси натижа мухим?
3. Ташхис қўйинг.
4. Даво тавсия этинг.

№	ЖАВОБЛАР	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қон-сиз жавоб
1.	УКТ, УПТ, КБТ, ЭКГ. Рентгенограмма кўкрак қафаси, Эхокардиография	20	10-20	5-9	0-4
2.	Эхокардиография: умумий кискарувчанлик пасайган, юрак бушлиги кенгайган.	20	10-20	5-9	0-4
3.	Дилятацион кардиомиопатия Асор: КАЕ II Б. Мерцал аритмия доимий шакли.	30	20-30	5-19	0-4
4.	Ингибитор АПФ, диуретик, юрак гликозидлари, антиаритмик препаратлар, гепарин, антиагрегантлар.	30	20-30	5-19	0-4

Топширик № 12.

Бемор Ф, 58 ёш. Ревматик митрал стенози билан оғрийди. Бемор 3 кундан бери давом этаётган кучли юрак уриб кетиши ва ўсиб борувчи хансираш билан госпитализация қилинган. Кўрув пайтида ҳолати ортопноэ, лаблар цианоз, акроцианоз, товон ва болдирда пастозлик бор. Аускултацида – митрал стенозга хос, ЮКС – 137 та/мин. юрак тонлари аритмик, НОС – 26 та/мин. Ўпка пастки сохаларида дагаллашган везикуляр нафас фониди нам хириллашлар эшитилади. Жигар ўнг ковурга ёйи остидан ташқарида пайпасланади.

ЭКГ: Р Тиш йўқ, R-R оралиги ҳар хил.

1. Текширув режасини тузинг.
2. Клиник ташхис қўйинг.
3. Даво белгиланг.

№	ЖАВОБЛАР	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қон-сиз жавоб
1.	УКТ, УП, КБТ Рентгеноскопия кўкрак кафаси, Эхокардиография. УЗИ қорин бушлиги.	30	20-30	5-19	0-4
2.	Ревматизм. Митрал стеноз Асор: КАЕ II Б. Мерцал аритмия персистирловчи шакли.	30	20-30	5-19	0-4
3.	Калий препаратлари, бета-адреноблокатор кичик дозада, кордарон, диуретик, антикоагулянт, антиагрегантлар.	40	30-40	5-29	0-4

Топширик № 13.

Бемор 48 ёш, бош оғриқ, мушаклар кучсизлиги, диурезнинг кўпайиши, ковоқларнинг салқиши, қўл бармоқларида парестезия ва жонсизланишга шикоят қилмоқда.

Объектив: Юрак тонлари бўғиқ, экстросистолия. АҚБ 170/100 мм. сим. уст. Қонда калий миқдори 2,6 ммол/ л гача пасайган. Плазмада ренин миқдори ҳам пасайган. Верошперон билан даволаниш яхши самара бермоқда.

Электролитлар текширувидаги натижалар ва буйрак томондан қилинган текширувлар

1. Қандай патология беради?
2. Клиник ташхис қўйинг.
3. Даво тавсия этинг.

№	ЖАВОБЛАР	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қон-сиз жавоб
1.	.Гипокалиемия. УПТ: бироз протеинурия. Гипоизостенурия, никтурия.	30	20-30	5-19	0-4
2.	Бирламчи гиперальдостеронизм. Қонн касаллиги.	30	20-30	5-19	0-4
3.	Усмани олиб ташлаш. Икки томонда гиперальдостеронизм. Верошпирон 300-400 мг/сутки	40	30-40	5-29	0-4

Топширик № 14.

Бемор К, 52 ёш. Балғамли йўтал, нафас чиқаришнинг қийинлашуви, хансираш, қориннинг катталашуви, оёқларда шишга шикоят қилмоқда. Бир неча йилдан бери сурункали бронхит билан оғрийди. Бир неча марта стационар даволанган. Шишлар бир йил аввал пайдо бўлиб кўпайиб бормоқда. Об'ективно: ахволи оғир, Тинч холатда ҳам хансираш. НОС 28 та/мин. Юз ва оёқ-қўлларда диффуз цианоз. Акроцианоз. Оёқларда шишлар. Пульс 100 та. АҚБ 110/70 мм. Юрак ўнгга кенгайган, эпигастрал пульсация аниқ. Ўпкада пастки соҳаларда сусайган везикуляр нафас, таркок курук хириллашлар эшитилади. Жигар +3 см катталашган.

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

№	ЖАВОБЛАР	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қон-сиз жавоб
1.	Сурункали ўпка-юрак декомпенсия даври.	30	20-30	5-19	
2.	Ўнг булмача ва қоринча гипертрофияси. Юрак электик ёки ўнгга силжиган.	30	20-30	5-19	0-4
3.	Антибиотик, бронхолитик, диуретик, юрак гликозиди, антагонист кальций, ингибитор АПФ, антикоагулянтлар, антиагрегант, кисородоткрапия.	40	30-40	5-29	0-4

Топширик № 15

Бемор Ф., 46 ёш. Бир ой олдин йирик учокли миокард инфаркти билан шифохонага ётган эди. 2 кун олдин яхши холатда шифохонадан чиқарилди. Кеча туш ортида интенсив оғрик бўлди, оғрик кўкрак қафаси тез тарқалди. Сўнгра титраш, тана ҳароратининг ошиши кузатилди. 38.6 С гача. Перикард ишқалиниш шовқини эшитилмоқда.

1. Диагностика учун қайси текширув усули ёрдам беради?
2. Беморда қандай асорат юзага келган?
3. Даволаш.

№	ЖАВОБЛАР	Макс. Балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қон-сиз жавоб
1.	Рентгенография кўкрак қафаси. Эхокардиография	30	20-30	5-19	0-4
2.	Дресслер синдроми.	30	20-30	5-19	0-4
3.	Глюкокортикостероидлар урта дозада	40	30-40	5-29	0-4

Топширик № 16.

Оғир иш кунининг охирида 35 ёшли аёл тез ахволи ёмонлашуви, кучли бош оғриқ, бош айланиш, кўнгил айнаш, юрак уриб кетиши, тез-тез кўп сийиш кузатилди. Аёл саломатлик пунктидаги фелдшерга мурожаат килди.

Объектив: Бемор хаяжонли, тери қолами нам, гиперемик, Юрак тонлари баланд ритмик. Аортада II – тон акценти. Пульс 100 та/мин, ритмик. Хуруж пайтида қон анализиди глюкоза миқдори аниқланган.

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

№	ЖАВОБЛАР	Макс. Балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қон-сиз жавоб
1.	Феохромоцитома. Симптоматик артериал гипертония. Гипертоник криз	30	20-30	5-19	0-4
2.	Қонда ва пешобда адреналин ва норадреналин. Рентгенологик текширувлар, буйрак усти беши УЗИ ва КТ.	30	20-30	5-19	0-4
3.	Кризни бартараф этиш учун: тропафен +нитропруссид натрия+ бета-адреноблокаторлар. Усмани хирургик Даволаш.	40	30-40	5-29	0-4

Топширик № 17.

30 ёшли аёл шикоятлари холсизлик, чап кўзни кўришини пасайиши, катта бўғимларда учувчан оғриқлар, чап кўлда дискомфорт ва кучсизликка.

Объектив: Пульс асимметрик, АКБ (ўнгда 180/100, чапда 160/94 мм.с.у.). Қорин аортаси устида систолик шовқин эшитилади. Ҳароратнинг даврий кўтарилиши 37.5-38.0, УКТ: анемия, ЭЧТ тезлашиши. Ўткир фаза курсаткичлари ошган.

1. Ташхисни тасдиклаш учун қандай қушимча текширув усуллари қилиш лозим?
2. Тахминий ташхис
3. Даво тактикаси.

№	ЖАВОБЛАР	Макс. Балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қон-сиз жавоб
1.	Шикастланган томирлар селектив ангиографияси. Томирлар УЗИ.	30	20-30	5-19	0-4
2.	Носпецифик аортоартериит.	30	20-30	5-19	0-4
3.	Преднизолон схема бўйича, метотрексат, гипотензив препаратлар, хирургик даво, яллигланишни бартараф килингандан сўнг.	40	30-40	5-29	0-4

Топшириқ №18.

Бемор В 20 ёшда. Касалхонага келди. 10 йилдан бери АКБ кўтарилиб келган. Шу билан бирга оёқларда, қўлларда, юзда шиш ва бош оғриқлар кузатилади. Бир неча марта нефрологик бўлимларда ривожланган. Охириги қўзиш бир hafta олдин шамоллашдан сўнг ўтказган.

Объектив: ахволи оғир, оғзидан мочевина хиди келади, Нафас олиш шовқинли. НОС 30 та/мин, Карахт. Саволларга зўрға жавоб беради. Териси қуруқ, тирналган тирноқ излари бор. АКБ 220/120 мм.с.у. 180/110булмоқда. УПТ: оксил – 0.33-1.165 %, гематурия, цилиндрлар – 1-2, Қонда мочевина – 28 ммол/л, креатинин – 0.7 мол/л.

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

№	ЖАВОБЛАР	Макс. Балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қон-сиз жавоб
1.	Реберг синамаси: коптокча фильтрацияси ва каналчалар реабсорбцияси. Буйрак УТТда: буйрак улчамлари кичрайган, паренхимаси кискарган.	30	20-30	5-19	0-4
2.	Сурункали гломерулонефрит гипертоник шакли декомпенсация	30	20-30	5-19	0-4

	боскичи Асор: СБЕ терминал боскич.				
3.	Диета: стол № 7А, гипотензив терапия, натрий бикарбонат, гемодиализ.	40	30-40	5-29	0-4

Топшириқ № 19.

58 ёшли бемор кўп йиллардан буён спиртли ичимликлар қабул қилади. Умумий холсизлик ва иштаҳа пасайиши фонида охириги 3 йилда пешобни камайиши ва қорин катталашига шикоят қилди. Ўнг қовурға остида оғирлик хисси. Бир неча бора бўрнидан қон кетган.

Объектив: умумий ахволи оғир, қорнида асцит, веноз коллатераллари кенгайган, томир юлдузчалари кўринади. Талок киндик соҳасида. УКТ: анемия, лейкопения, тромбоцитопения. Биохимик таҳлилларда% гипербилирубинэмия, АСТ, АЛТ – ошган.

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

№	ЖАВОБЛАР	Макс Балл	Тўл иқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қон-сиз жавоб
1.	Портал жигар циррози Асцит. Спленомегалия.	30	20-30	5-19	0-4
2.	Ум. оксил ва фракцияси, тимол синамаси, ишкорий фосфатаза, Коагулограмма, холестерин, мочевино. креатинин. УЗИ қорин бушлиги. Жигарни сканирлаш. Жигар биопсияси. ЭФГДС.	30	20-30	5-19	0-4
3.	Диета: стол № 5. Верошпирон, фуросемид, гепатопротектор, витаминлар, лактулоза, Н-2 гистамин рецепторлари блокаторлари, урсосан	40	30-40	5-29	0-4

Топширик № 20.

Бемор 32 ёшда. 2 йил олдин ВГ билан оғриган. Юкумли касалликлар шифохонасида 63 кун даволанган. Сўнг 1 йил парhez қилган ва амбулатор даволанган. Бир неча бор билирубин ва ферментлар кўтарилиши кузатилган. Обьектив: умумий аҳволи ўрта оғирликда, тери ва склера сарғайган, қичишишлар бор. Тана ҳарорати 38 гача кутарилади. Жигар +5-6 см. Каттиклашган, оғрикли, тугунчалар мавжуд. Талоқ 1-2 см катталашган, қаттиқ. УКТ: Нв, эритроцит, лейкоцитлар камайган, билирубин ва ферментлардан АЛТ, АСТ, ЛДГ ошган.

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

№	ЖАВОБЛАР	Макс. Балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қонсиз жавоб
1.	Ум. оксил ва фракцияси, тимол синамаси, ишкорий фосфатаза, Коагулограмма, холестерин, мочевино. креатинин. УЗИ корин бушлиги. Жигарни сканирлаш. Жигар биопсияси. ЭФГДС.	30	20-30	5-19	0-4
2.	Жигар циррози, вирусдан кейинги фаол даври, субкомпенсацияланган.	30	20-30	5-19	0-4
3.	Диета: стол № 5. Верошпирон, фуросемид, гепатопротектор, интерферон, витамин, лактулоза, блокатор Н-2 рецепторов гистамина, урсосан	40	30-40	5-29	0-4

VI. МУСТАҚИЛ ТАЪЛИМ МАВЗУЛАРИ

Мустақил ишни ташкил этишнинг шакли ва мазмуни

Тингловчи мустақил ишни муайян модулни хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда қуйидаги шакллардан фойдаланиб тайёрлаши тавсия этилади:

- меъёрий ҳужжатлардан, ўқув ва илмий адабиётлардан фойдаланиш асосида модул мавзуларини ўрганиш;
- тарқатма материаллар бўйича маърузалар қисмини ўзлаштириш;
- автоматлаштирилган ўргатувчи ва назорат қилувчи дастурлар билан ишлаш;
- махсус адабиётлар бўйича модул бўлимлари ёки мавзулари устида ишлаш;
- тингловчининг касбий фаолияти билан боғлиқ бўлган модул бўлимлари ва мавзуларни чуқур ўрганиш.

Мустақил таълим мавзулари:

1. Тарқатма материаллар бўйича маърузалар қисмини ўзлаштириш.
2. Махсус адабиётлар бўйича фанлар бўлимлари ёки мавзулари устида ишлаш.
3. Янги техникаларни, аппаратураларни, жараёнлар ва технологияларни ўрганиш.
4. Фаол ва муаммоли ўқитиш услубидан фойдаланиладиган ўқув машгулотлари, case-study тузиш.
5. Масофавий (дистанцион) таълимни урганиш .
6. Қиёсий ташхис алгоритмининг тузиш.
7. Мавзуларнинг бирдан графикли органайзерларни тайёрлаш.
8. Ташхис қўйишда ва даволашда янгиликлар (интернет, монографиялар, кўлланмалар, журнал мақолалари)
9. Ташхиснинг замонавий тамойиллари
10. Стандарт даволашлар (жадвал, схема, кроссворд)
11. Тестлар ва вазиятли масалалар тузиш (20 тадан кам эмас)

VII. ГЛОССАРИЙ

Термин	Ўзбек тилидаги шарҳи	Инглиз тилидаги шарҳи
Кардиоген шок	миокард инфарктининг кўп учрайдиган ва оғир асоратларидан ҳисобланади, бу асорат хасталикнинг ўта ўткир даврида ривожланади ва 10-15 фоиз беморларда кузатилади.	This is one of the common complication of miocard infarction. This compliacion follows on 10 -15% of pactions with IM
Юрак ишемик касаллиги (ЮИК)	бу тож артериялар тизимидаги патологик жараёнлар натижасида миокардга қон келишининг камайиши ёки тўхташи сабабли юрак мушагининг ўткир ва сурункали зарарланиши.	The desiasе occurred with defeating of coronal arteries by pathologic process and following ischemia of myocard.
Артериаль гипертензия	бу ҳар хил патологик жараёнлар натижасида касаллик симптоми сифатида вужудга келадиган артерия гипертониясини симптоматик ёки иккиламчи гипертония деб аталади.	Its caused by different diseases, which follows by high arterial preasure. Most of cases etiology is unknown, its called primary BPD, is it caused by disease – secondary AP
Миокард инфаркти	тож артерияларда қон айланишининг мутлақ ёки нисбий етишмовчилиги натижасида юрак мушагида ўткир ишемик некроз ривожланиши билан ифодаланади	Is acute process, when blood don't supply heart muscles, it can be total or relatively insufficiency of blood supply, which follows heart musce necrosis
Ошқозон ва 12 бармоқ ичакнинг яра касаллиги	Қайталаниб турувчи ва жадаллашишга мойил касаллик бўлиб, меъда ва ўн икки бармоқ ичакда яра илллати содир бўлиши билан ифодаланади.	Its recurrent ulceric desiasе of stomach and duodenum.
Юрак астмаси ва	чап қоринчанинг ўткир	Caused by heart's left

Ўпка шиши	етишмовчилиги натижасида ривожланади. Чап қоринча фаолияти сусайиб кетишидан чап бўлмачада ва ўпкада қон димланади, кичик қон айланиш доирасидаги капиллярлар ўтказувчанлиги ошади.	ventricular insuffency. It's following by blood staining in left auricle and lungs, which incerease capilars transpereny in small blood circle.
Тромбоэмболик асоратлар	- миокард инфарктида тромбоэмболия вужудга келишида антикоагулянт (қон ивишига қарши) система депрессияси (фаолиятининг сусайиши), қонда коагулянтлар (қон ивиш жараёнини кучайтирувчилар) микдорининг кўпайиши, қон айланиш етишмовчилигида аъзо ва тўқималарда қон айланишининг бузилиши муҳим роль ўйнайди.	Its caused basicly by failing of blood anti coagulation system, blood circle failuring, And increasing of coagulation system.
Сурункали буйрак касалиги (СБК)	– бу ҳамма прогрессияланувчи буйрак касаликлариди ривожланувчи симптомокомплекс булиб, асосида нефронларнинг босқичма-босқич халок булиши етади, бу эса буйракнинг экскретор функциясининг ва инкретор функциясининг, модда алмашинувининг, орган ва системаларнинг функциясининг, нордон- ишкорий мувозанатнинг бузилишига олиб келади.	This is all progressive kidney diseases' complex of symptomes which based on which defeating nefrons in different levels of tissue, which following by kindey failure Excretory failure, metabolism failure and etc.
Дресслер синдроми	бир вақтда перикард (юрак олди халтаси), плевра (ўпка пардаси) ва ўпканинг яллигланиши билан ифодланади.	One of the IM complication, which followed by acusing perecardium (heart's extra cover) pleura (lungs

		cover) and defeating lung(s)
«Далилларга асосланган тиббиёт»	мижоз муаммосини ҳал этиш учун энг ишончли клиник тадқиқот натижаларидан, ўз тажрибасига суянган, беморнинг истак-хоҳишларини эътиборга олган ҳолда виждонан, мантиқан, оқилона фойдаланиш. Жамоат соғлиқини яхшилашнинг самарали тадбирларини ишлаб чиқиш учун ишончли маълумотлар берувчи энг замонавий статистик усуллар ёрдамида илмий тадқиқотлар ўтказиш.	evidence-based medicine (EBM) is the conscientious, explicit, and judicious use of current best evidence in making decisions. about the care of individual patients. The words “evidence-based” are used to describe lots of things in medicine, healthcare and beyond. EBM, evidence-based practice, evidence-based policy, and – in a different part of society – evidence-based social work and evidence-based education.
Мета - анализ (meta analysis)	бир хил мавзуга бағишланган турли муаллифлар томонидан ҳар хил бажарилган тадқиқотларнинг бир турли натижаларини баҳолашда уларнинг сифат жиҳатидан ишончлилигини оширишга имкон берадиган жамлаш методологиси.	The methodology of combining diverse and made by various authors of studies related to the same topic, to improve the reliability of estimates of the same name results.
PubMed	бу электрон қидирув системаси NLM да ишлаб чиқилган. PubMed ўз ичига олади: - MEDLINE (медлайн) - PreMEDLINE - Нашриётлар баёни.	this electronic search system was developed in the National Library of Medicine (NLM). PubMed includes: - MEDLINE - PreMEDLINE - Description of publications
MEDLINE	тиббиёт маълумотларининг базаси, у 1960-йилдан бошлаб 22 миллиондан ортиқ бутун дунё бўйича	MEDLINE is the National Library of Medicine (NLM) journal citation database. Started

	<p>тиббий маълумотлар нашрларининг библиографик баёнларини ўз ичига олади. Ҳозирда MEDLINE бепул интернетдан маълумот қидиришга ёрдам беради.</p>	<p>in the 1960s, it now provides more than 22 million references to biomedical and life sciences journal articles back to 1946. MEDLINE includes citations from more than 5,600 scholarly journals published around the world.</p>
<p>Entrez PubMed</p>	<p>бу сарлавҳа остида PubMed тўғрисида турли маълумотномалар манбалари ҳақида муҳим кўрсаткичлар (ссылки) жойлаштирилган.</p>	<p>the NCBI is a part of the National Library of Medicine (NLM), which is itself a department of the National Institutes of Health (NIH), which in turn is a part of the United States Department of Health and Human Services</p>

VIII. АДАБИЁТЛАР РУЙХАТИ

Махсус адабиётлар:

1. Judith Tintinalli, J. Stapczynski, O. John Ma, David Cline, Rita Cydulka, Garth Meckler. – Tintinalli’s Emergency Medicine; A Comprehensive Study Guide, (Emergency Medicine Tintinalli) - USA, 2015 McGraw – Hill Education, English.,305p
2. Dennis Kasper, Anthony Fauci, Stephen Hauser, Dan Longo, J Jameson, Joseph Loscalzo. – Harrison’s Principles of Internal Medicine 19/E (Vol. 1 Vol2) - USA 2015 English., 2716p
3. Robert E. David P – Textbook of family medicine – USA, 2016
4. John Murtagh - General Practice 6th Revised edition - Australia 2015 English.,402p
5. GadayevA., KarimovM. Sh., AxmedovX.S. Ichki kasalliklar propedevtikasi.- T., 2012, 708 b.
6. Каримов М.Ш. и др. Пропедевтика внутренних болезней методические рекомендации. Т., 2011. Часть 1-3.

Интернет ресурслар:

7. [www. Ziyonet. uz](http://www.Ziyonet.uz)
8. www. edu. Uz
9. Infocom.uz электрон журналы: www.infocom.uz
10. Ўзбекистон Республикаси Президентининг Матбуот маркази сайти:
11. www.press-service.uz
12. Ўзбекистон Республикаси Давлат Ҳокимияти портали: www.gov.uz
13. Axborot-kommunikatsiya texnologiyalari izohli lug'ati, 2004, UNDP DDI: Programme www.lugat.uz, www.glossaiy.uz
14. Ўзбек интернет ресурсларининг каталоги: www.uz