

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 ТИБИЁТ АКАДЕМИЯ ҲУЗУРИДАГИ ПЕДАГОГ КАДРЛАРНИ
ҚАЙТА ТАЙЁРЛАШ ВА УЛАРНИНГ МАЛАКАСИНИ ОШИРИШ ТАРМОҚ
МАРКАЗИ

ДАВОЛАШ ИШИ “ТЕРАПИЯ”

йўналиши

**“ТЕРАПИЯДА ЗАМОНОВИЙ ДАВОЛАШ ВА ПРОФИЛАКТИКА
УСУЛЛАРИ”**

МОДУЛИ БЎЙИЧА

ЎҚУВ-УСЛУБИЙ МАЖМУА

Тошкент 2018

*Мазкур ўқув-услубий мажмуа Олий ва ўрта махсус таълим вазирлигининг
201__ йил “__” _____-сонли буйруғи билан тасдиқланган ўқув режа ва
дастур асосида тайёрланди.*

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

Такризчи: Республика ихтисослаштирилган терапия ва тиббий
реабилитация илмий-амалий тиббиёт маркази лойиха
раҳбари Ўзбекистон Республикаси Фанлар Академияси
академик Аляви А.Л,
ТТА 2-сонли ички касалликлар кафедраси профессор
Насриддинова Н.Н.

*Ўқув-услубий мажмуа Тошкент Тиббиёт Академияси Кенгашининг
201__ йил _____даги _____-сонли қарори билан нашрга тавсия қилинган*

МУНДАРИЖА

I. Ишчи дастур	2
II. Модулни ўқитишда фойдаланиладиган интерфаол таълим методлари.	9
III. Назарий материаллар	27
IV. Амалий машғулот материаллар	63
V. Кейслар банки	71
VI. Мустақил таълим мавзулари.....	138
VII. Глоссарий	139
VIII. Адабиётлар рўйхати.....	141

I. ИШЧИ ДАСТУР

КИРИШ

“Кадрлар тайёрлаш миллий дастури”ни амалга оширишузлуксиз 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 бугўнги таълим тизими олдида турган долзарб муаммолардан бири ҳисобланади. “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. Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 5 майдаги ПҚ-2956 сонли “Ўзбекистон Республикасида тиббий таълимни ислоҳ қилиш чоратадбирлари” тўғрисидаги қарорини ижроси бўйича Соғлиқни сақлаш вазирлиги, Олий ва Ўрта махсус таълим вазирлигининг буйруқларини олий таълим муассасалари илмий кенгашида талабаларнинг назарий ва амалий тайёргарлигини, касбий ва ихтисослик фанлари бўйича ўқув машғулотларни клиник амалиётни кенгайтириш ҳисобига қаратилган вазифалар белгилангани, такомиллаштирилган ўқув режа ва дастурларга муовфиқ тегишли шарт шароитлар яратилиши зарурлиги айтилган. Ўқув жараёнига замонавий инновацион таълим технологияларини жорий қилиниши, ўқув режа ва дастурларда мутахассислик фанларни улушини кўпайтириш, ўқув жараёни давомида амалий кўникмаларни ўзлаштириш бўйича амалга оширилган ишлар 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 фармакотерапиясиптерапевтик касалликларни даволаш стандартлари ва клиник протоколлари. Терапевтик касалликларни интегрирлашган усулда даволаш. Терапияда учрайдиган шошилиш ҳолатларда тез ёрдам кўрсатиш шарт-шароитлари ва бошқа юқори технологияларни қўлланади. 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 ўнга 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.

Ўқув фанининг мақсади ва вазифалари

“ТЕРАПИЯДА ЗАМОНОВИЙ ДАВОЛАШ ВА ПРОФИЛАКТИКА УСУЛЛАРИ” модулининг мақсади: педагог кадрларни қайта тайёрлаш ва малака ошириш курс тингловчиларини терапевтик касалликларни даволашда бугунги кунда қўлланилаётган замонавий юқори технологиялар билан таништириш.

“ТЕРАПИЯДА ЗАМОНОВИЙ ДАВОЛАШ ВА ПРОФИЛАКТИКА УСУЛЛАРИ”

- 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 даволашида юқори технологияларни қўллашхақида маълумотлар бериш;
- терапия фанлари муаммоларини ҳал этиш стратегияларини ишлаб чиқиш ва амалиётга татбиқ этишга ўргатиш.

Модулни ўзлаштиришга қўйиладиган талаблар “ТЕРАПИЯДА ЗАМОНОВИЙ ДАВОЛАШ ВА ПРОФИЛАКТИКА 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 йўллари 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 ишийўналиши соҳасидаги инновацияларни ва таълим технологияларини ўқув жараёнига татбиқ этишнинг назарий ва амалий асослари;
- даволаш иши йўналиши соҳасидаги мўтахассисларга қўйиладиган замонавий талабларни;
- даволаш ишийўналиши соҳасидаги касалликларни ва уларнинг ривожланиш босқичларини;
- даволаш ишийўналиши касалликлар диагностикаси ва даволаш стандартларини;
- даволаш ишийўналиши касалликларнинг кечиш хусусиятларини **билиши** керак.

Тингловчи:

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

Тингловчи:

- даволаш ишийўналиши соҳасида замонавий диагностик усулларидан фойдаланиш;
- даволаш ишийўналиши касалликларнинг кечиш динамикасини аниқлаш;
- терапия йўналишидаволашда юқори технологияларни қўллаш:

- терапия йўналиши касалликларида профилактикани ўрни:
- терапия йўналиши фанларини ўқитишда муаммоли педагогик вазиятларга инновацион ёндашиш **малакаларига** эга бўлиши зарур.

Тингловчи:

- даволаш ишийўналиши касалликлар диагностикасида ва даволашда илғор хорижий тажрибаларни амалиётда қўллаш;
- даволаш ишийўналишида учрайдиган шошилиш ҳолатларда тез ёрдам кўрсатиш;
- даволаш ишийўналишида каминвазив усулларни қўллаш;
- даволаш ишийўналиши касалликларни даволашда лазер технологияларидан фойдаланиш;
- беморларнинг жисмоний, руҳий ва клиник хусусиятларини инобатга олган ҳолда даволаш;
- даволаш ишийўналишида операцияларни ўтказишда замонавий диагностика усулларни қўллаш **компетенцияларига** эга бўлиши лозим.
- **Модулнинг ўқув режадаги бошқа модуллар билан боғлиқлиги ва узвийлиги**

Модул мазмуни ўқув режадаги “**ТЕРАПИЯДА ЗАМОНАВИЙ ДАВОЛАШ ВА ПРОФИЛАКТИКА УСУЛЛАРИ**” ва “**ТЕРАПИЯДА ЗАМОНАВИЙ ДИАГНОСТИКА УСУЛЛАРИ**” 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. Замонавий даволаш инновациялари. Даволаш стандартлари	6	6	2	2	2		
2	Юрак ишемик касалликни ва унинг асоратларини даволашда ва профилактикада Замонавий усуллари	6	6	2	2	2		
3.	Сурункали буйрак касаллигини даволашда ва профилактикада юқори технологияларни қўллаш	6	6	2	2	2		
4	Ошқозон ва 12 бармоқ ичакнинг яра касаллигини даволашда ва профилактикада замонавий усуллари	6	4	2	2		2	
5	Бириктирувчи тўқиманинг системали касалликларни даволашда ва профилактикада замонавий усуллари	6	4	2	2		2	
5	Жами	30	26	10	10	6	4	

НАЗАРИЙ МАШҒУЛОТЛАР МАЗМУНИ

1-мавзу: Артериал гипертониялар (АГ). Артериал гипертонияларни даволашда аяқ профилактикада замонавий усуллари

АГнинг долзарб муаммолари, тарқалиши. Стандарт даволашга қирадиган препаратлар гуруҳлари. АГнинг даволашда юқори технологияларни қўллаш.

2-мавзу: Юрак ишемик касаллиқни ва унинг асоратларини даволашда юқори технологияларни қўллаш. ЮИК нинг долзарб муаммолари, тарқалиши.

ЮИК нинг замонавий таснифи ва диагностикаси

ЮИК нинг даволашда ва профилактикада юқори технологияларни қўллаш

3-мавзу: Сурункали буйрак касаллиғи (СБК). СБК ни даволашда юқори технологияларни қўллаш.

СБК ҳақида ва унинг тарқалиши ҳақида тушунча бериш

СБК нинг замонавий таснифи ва ташхислаши. СБК ни даволашда юқори технологияларни қўллаш

4-мавзу: Ошқозон ва 12 бармоқ ичакнинг яра касаллигини даволашда ва профилактика ўрни. Ошқозон ва 12 бармоқ ичакнинг яра касаллиғи ҳақида ва унинг тарқалиши ҳақида тушунча бериш

Ошқозон ва 12 бармоқ ичакнинг яра касаллигини замонавий таснифи ва ташхислаши

Ошқозон ва 12 бармоқ ичакнинг яра касаллигини даволашда юқори технологияларни қўллаш

5-мавзу: Бириктирувчи тўқиманинг системали касаллиқларнинг даволашда ва профилактикани усуллари

Бириктирувчи тўқиманинг системали касаллиқлар ва уларнинг тарқалиши ҳақида тушунча бериш

Бириктирувчи тўқиманинг системали касаллиқларнинг замонавий таснифи ва ташхислаши. Бириктирувчи тўқиманинг системали касаллиқларни даволашда юқори технологияларни қўллаш

АМАЛИЙ МАШҒУЛОТ МАЗМУНИ

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

“Артериал гипертония” мазмуннинг моҳияти, таърифи, тарқалиши, ички касаллиқлар патологиясида ўрни ва аҳамияти.

Артериал гипертониянинг замонавий стандарт даволаши тўғрисида маълумотлар берилди; гипотензив дориларнинг таснифи, уларнинг ноўғай таъсирлари ва қарши курсатмалари, артериал гипертониянинг ҳар ҳил турларидаги ўзига хос даволаш принциплари билан таништирилади ва даволашда юқори технологияларни қўллаши. Вазиятли масалалар, тестлар ечадилар, ЭКГ-ларни таҳлил қиладилар.

Кейс: “Артериал гипертония. Замонавий даволаши”

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

Миокард инфарктнинг долзарб муамоллари, мазмуннинг моҳияти, тарқалиши, ички касалликлар патологиясида ўрни ва аҳамияти.

Миокард инфаркти таснифи билан, клиникаси ва унда Кузатиладиган синдромлар билан ва миокард инфарктнинг атипик шакллари билан таништирилади миокард инфарктнинг ва унинг асоратларини даволашда юқори технологияларни қўллаш ва даволаш принциплари.

ЭКГ-ларни таҳлили.

3-мавзу-амалий машғулот:Сурункали буйрак касаллигини даволашда юқори технологияларни қўллаш.

СБК-нинг долзарб масалалари, мазмуннинг моҳияти, тарқалиши, ички касалликлар патологиясида ўрни ва аҳамияти.

СБК-нинг этиологияси ва патогенези тўғрисида маълумотлар берилди; СБК-нинг таснифи билан, клиникаси ва унда кузатиладиган синдромлар билан , шакллари билан таништирилади ва даволашда юқори технологияларни қўллаш принциплари.

4-амалий машғулот: Ошқозон ва 12 бармоқ ичакнинг яра касаллигини даволашда юқори технологияларни қўллаш

Ошқозон ва 12 бармоқ ичакнинг яра касаллигини долзарб муамоллари, мазмуннинг моҳияти, тарқалиши, ички касалликлар патологиясида ўрни ва аҳамияти.

тингловчиларга ошқозон ва 12 бармоқ ичакнинг яра касаллигини таснифи билан, клиникаси ва унда Кузатиладиган синдромлар билан таништирилади ва даволашда юқори технологияларни қўллаш принциплари .

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

5-амалий машғулот:Бириктирувчи тўқиманинг системали касалликларни даволашда юқори технологияларни қўллаш.

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

Бириктирувчи тўқиманинг системали касалликларни клиникаси ва унда Кузатиладиган синдромлар билан , шакллари билан таништирилади ва даволашда юқори технологияларни қўллаш принциплари

ЎҚИТИШ ШАКЛЛАРИ

Мазкур модул бўйича қуйидаги ўқитиш шаклларидан фойдаланилади:

- маърузалар, амалий машғулотлар (маълумотлар ва технологияларни англаб олиш, ақлий қизиқишни ривожлантириш, назарий билимларни мустаҳкамлаш);

- давра суҳбатлари (кўрилаётган лойиҳа ечимлари бўйича таклиф бериш қобилиятини ошириш, эшитиш, идрок қилиш ва мантиқий хулосалар чиқариш);
- баҳс ва мунозаралар (лойиҳалар ечими бўйича далиллар ва асосли аргументларни тақдим қилиш, эшитиш ва муаммолар ечимини топиш қобилиятини ривожлантириш).

БАҲОЛАШ МЕЗОНИ

№	Ўқув-топшириқ турлари	Максимал балл	Баҳолаш мезони			
		2,5	“аъло”	“яхши”	“ўрта”	“қони карсиз”
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 марказива республика шифохоналарда, тиббиёт марказларда ўтказилади.

II. МОДУЛНИ ЎҚИТИШДА ФЙДАЛАНИЛАДИГАН ИНТЕРФАОЛ ТАЪЛИМ МЕТОДЛАРИ

”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 тўпландан 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 КЕЧИШИНING АТИПИК ШАКЛЛАРИ ВА ДАВОЛАШИ» бўйича

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

Иш ўйинини ўтказиш учун саволлар:

1. Миокард инфарктини даволашнинг асосий принципларини сананг.
2. Миокард инфарктини даволашда қўлланиладиган асосий препаратлар гуруҳларини сананг.
3. Кардиоген шокда қўлланиладиган асосий тадбирларни айтинг
4. Ўпка шишини даволашни сўзланг.
5. Ритм бузилишларини даволашни сўзланг.
6. Дресслер синдромини даволашни сўзланг.
7. Нитратлар гуруҳига кирувчи препаратларни айтиб беринг.
8. Антикоагулянтларга мисоллар келтиринг.
9. Миокард инфаркти асоратларининг олдини олиш ҳақида сўзланг.

«СИМПТОМАТИК АРТЕРИАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯ» бўйича

«Ким кўпроқ, ким тезроқ?» иш ўйини.

Иш ўйинини ўтказиш учун саволлар:

1. Артериал гипертензияни даволаш принциплари.
2. Гипотензив дорилар таснифи.
3. Диуретикларга мисоллар келтиринг.
4. Диуретикларга қарши кўрсатма.

5. Бета-адреноблокаторларга мисоллар келтиринг.
6. Бета-адреноблокаторларга қарши кўрсатма.
7. Кальций антагонистларига мисоллар келтиринг.
8. Кальций антагонистларига қарши кўрсатма
9. Альфа-адреноблокаторларга мисоллар келтиринг.
10. Альфа-адреноблокаторларга қарши кўрсатма
11. АЎФ ингибиторларига мисоллар келтиринг.
12. АЎФ ингибиторларига қарши кўрсатма
13. Периферик вазодилататорларга мисоллар келтиринг
14. Ганглиоблокаторларга мисоллар келтиринг
15. Гипертоник кризни даволаш.
16. Феохромоцитомадаги гипертоник кризни даволаш.
17. Вазоренал гипертензиянинг хусусиятлари

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

1. СЮЕ ни қиёсий таққослаш.
2. СЮЕ нинг номедикаментоз даволаш усулларини айтинг
3. СЮЕ нинг медикаментоз даволаш усуллари.
4. СЮЕни даволашда қўлланиладиган препаатлар гуруҳини айтинг.
5. АЎФ ингибиторларига кўрсатма ва қарши кўрсатмалар, дозаси, ножўя таъсирини айтинг.
6. Бета-адренергик рецептор блокаторларига кўрсатма ва қарши кўрсатмалар, дозаси, ножўя таъсирини айтинг
7. Альдостерон антагонистларига кўрсатма ва қарши кўрсатмалар, дозаси, ножўя таъсирини айтинг
8. Диуретиклар: кўрсатма ва қарши кўрсатмалар, дозаси, ножўя таъсирини айтинг
9. Юрак гликозидларига кўрсатма ва қарши кўрсатмалар, дозаси, ножўя таъсирини айтинг.
10. СЮЕ да қўшимча даволаш усулларини айтинг
11. СЮЕ да аритмияларни даволаш
12. СЮЕ да қайси дорилар тавсия қилинмайди?

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

Иш ўйинини ўтказиш учун саволлар:

1. Сурункали буйрак етишмовчилигида парҳез.
2. Сурункали буйрак етишмовчилигида фосфор-кальций алмашинуви бузилишларини коррекциялаш.
3. Сурункали буйрак етишмовчилигида КИМни коррекциялаш.
4. Сурункали буйрак етишмовчилигида анемияни даволаш.
5. Гемодиализга кўрсатма.
6. Гемодиализга қарши кўрсатма.

7. Гемодиализнинг асоратлари.
8. Сурункали буйрак етишмовчилигида қайси антибиотиклар қўлланилади?
9. Сурункали буйрак етишмовчилигида артериал гипертонияни даволаш.
10. Сурункали буйрак етишмовчилигида морфологик ўзгаришлар.
11. Сурункали буйрак етишмовчилиги латент босқичининг хусусиятлари.
12. Сурункали буйрак етишмовчилиги компенсация босқичининг хусусиятлари.
13. Сурункали буйрак етишмовчилиги интермиттирловчи босқичининг хусусиятлари.
14. Сурункали буйрак етишмовчилиги терминал босқичининг хусусиятлари.
15. Сурункали буйрак етишмовчилигининг профилактикаси

“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 даволашнинг асосий принципларини сананг

- 3-қатнашчи:** 1. Миокард инфарктининг таснифи
2. Миокард инфарктининг қиёсий ташхисини сўзланг

- 4-қатнашчи:** 1. Миокард инфарктининг клиникаси
2. Кардиооген шокда қўлланиладиган асосий тадбирларни айтинг

- 5-қатнашчи:** 1. Миокард инфарктининг атипик шаклларини сананг
2. Ўпка шишини даволашни сўзланг.

- 6-қатнашчи:** 1. Миокард инфарктининг абдоминал шаклини айтинг
2. Дресслер синдромини даволашни сўзланг.

- 7-қатнашчи:** 1. Миокард инфарктининг астматик шаклини айтинг
2. Ритм бузилишларини даволашни 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 органиайзерлар техникаси.

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

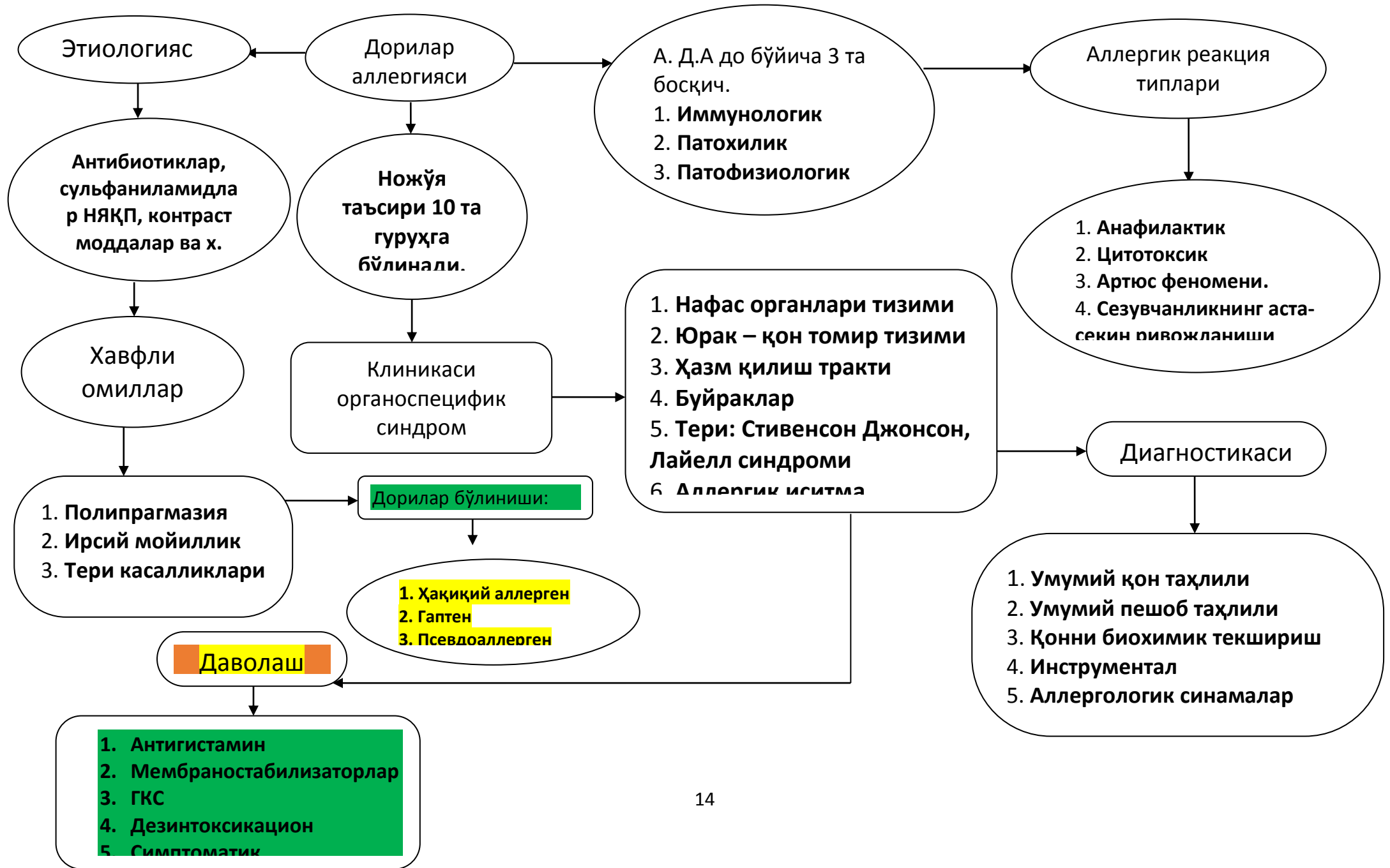
1. Кластер – (Кластер-тутам, боғлам) – ахборот харитасини тузиш йўли – барча тузилманинг моҳиятини марказлаштириш ва аниқлаш учун қандайдир бирор асосий омил атрофида ғояларни йиғиш. Билимларни фаоллаштиришни тезлаштиради, фикрлаш жараёнига мавзу бўйича янги ўзаро боғланишли тасаввурларни эркин ва очик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

Тингловчилар Кластерни тузиш қондаси билан танишадилар. Ёзув тахтаси ёки катта 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 чизиклар ёрдамида бирлаштирилади. Ёзуважратилган вақт давомида ёки ғоялар тугагуни чадавом этишимумкин.

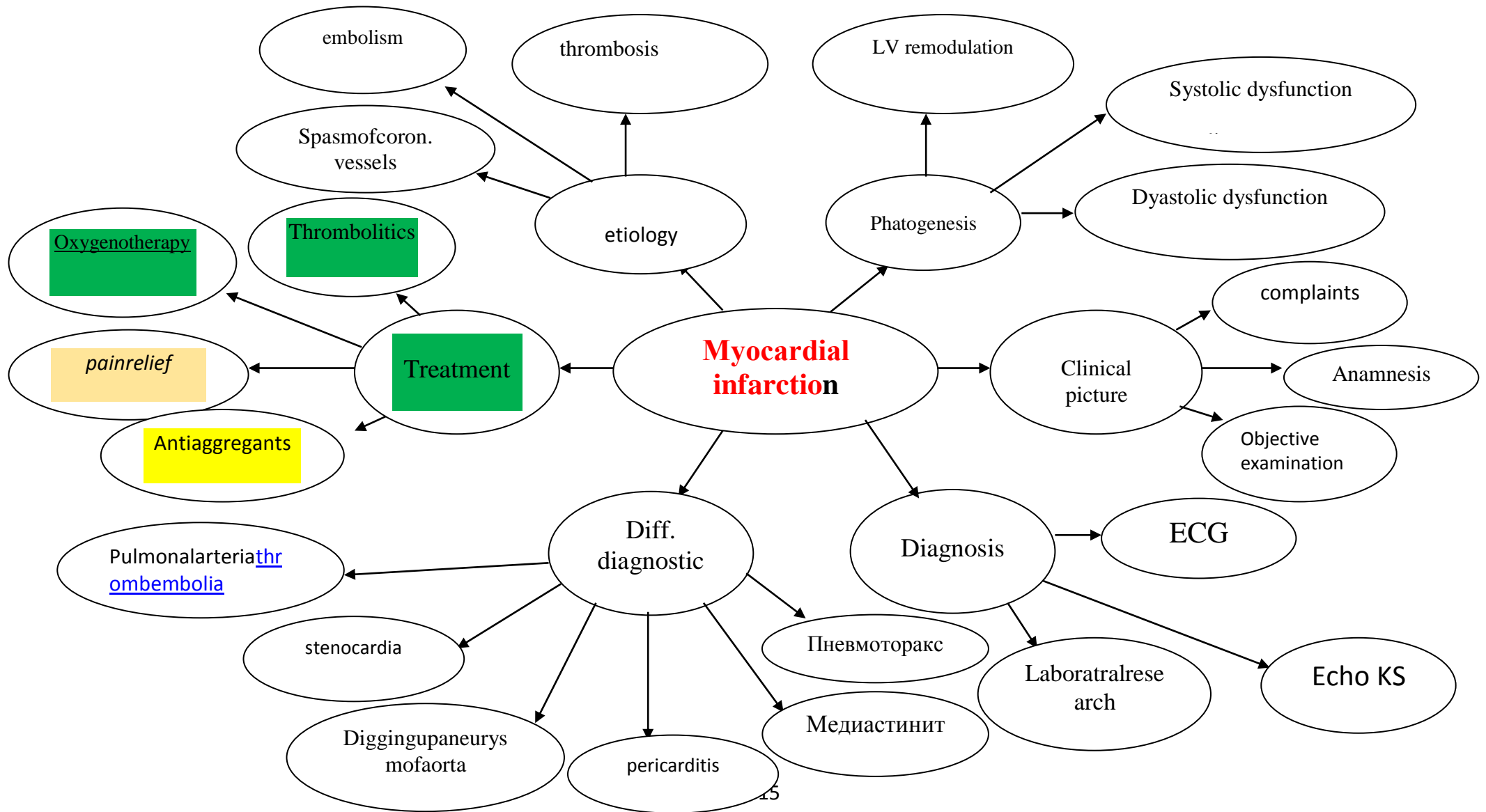
Кластерни тузиш қондаси:

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 туринг.

«Дорилар аллергияси» мавзуси бўйича «Кластер» жадвали.



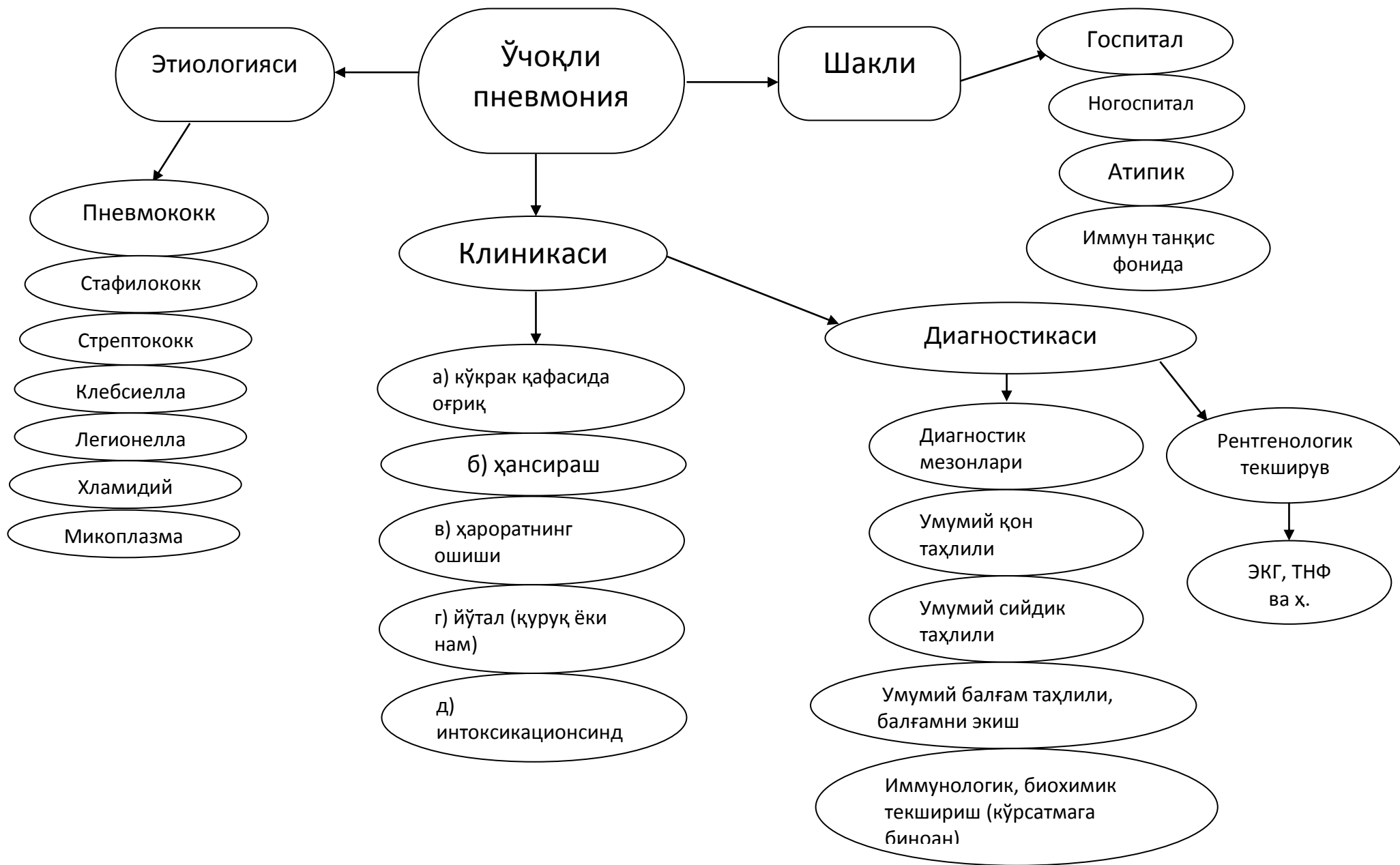
CLUSTER ON THE TOPIC "Myocardial infarction"



“Кардиомиопатиялар” мавзуси бўйича “Кластер” диаграммаси



“Ўчоқли пневмониялар” амалий маъ



ЖИГАР ЦИРРОЗИ МАВЗУСИ БЎЙИЧА “КЛАСТЕР” ЧИЗМАСИ.



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.

Ўткир пневмонияларни этиотроп даволаш, ТОИФАЛАШ ЖАДВАЛИ:

Қўзғатувчи	Биринчи навбатда	Иккинчи навбатда	Учинчи навбатда
Пневмококк	Пенициллин, Ампиокс	Цефалоспорин, линко Мицин, эритромицин	Левомецетин, тетрациклин
Стафилококк	Мети-, окса- диклоциллин, аминогликозидлар	Цефалоспорин, линко- Мицин, аминогликозидлар	Рифампицин, Ристомидин
Стрептококк	Пенициллин, Ампиокс	Ристомидин, линко Мицин, эритромицин	Ристомидин, Аминогликозид
Яшил йирингли таёкча	Кабенициллин, Аминогликозидлар	Полимиксин	Левомецетин
Эшерихий	Ампициллин	Цефалоспоринлар	Левомецетин, Тетрациклин
Фридлендер таёкчаси	Аминогликозидлар Цефалоспоринлар	Цефалоспоринлар	Левомецетин, Тетрациклин
Протей	Ампициллин Кабенициллин	Цефалоспоринлар Аминогликозидлар	Рифампицин Левомецетин
Анаэроблар	Пенициллин Клиндамицин	Цефалоспоринлар Левомецетин	Метронидазол
Бактероидлар	Метронидазол	Левомецетин	
Микоплазма	Эритромицин Тетрациклин	Линкомицин	
Легионелла	Эритромицин	Рифампицин	

Хламидий	Тетрациклин	Левомецетин	
Риккетсиялар	Тетрациклин	Левомецетин	Рифампицин

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 қиёсийтаққослаш:**

Белгилари	Подагра	РА	ДОА
1. Беморни жинси	Эр-90%	Аёл -75%	Аёл-50%
2. Ёши	30-40	30-40	50
3. Эрталабки буғим қотиши			
4. Артритнинг бошланиши	йўқ	деярли ҳар куни	баъзан
Ўткир артрит			
5. Плюсне-фаланг буғим	йўқ	аста-секин	аста-секин
6. Шикастланган буғимлар сони	тўсатдан	баъзан	жуда кам
7. Яллиғланиш жараёни белгилари	60-70%	полиартрит	моно ёки полиартроз
8. Оғриқ	моно-	ўртача	баъзан
9. Трофиканинг ўзгариши	полиартрит	ўртача узоқвақт	енгил ҳаракат
10. Иситма	камроқ	деярли ҳамма вақт	қилганда
11. Тофуслар	яққол	субфебрил	
12. Колхициноз	Ўткир 3-10 кун	узоқвақт	кам ривожланган
13. Лаборатор кўрсаткичлари	йўқ	кечкурун	баъзан
14. Лейкоцитлар	ўртача ошган	тизза буғими тугунчалари	Геберден тугунчалари
15. ЭЧТ	30-40%	5-20%	йўқ
16. Гиперурикемия	беморларда хар доим мусбат ошган	йўқ баъзан	йўқ нормада
17. Буғим суюқлигини текшириш	хар доим ошган	яққол ошган	камдан-кам сариқ - тиник
18. Рентген белгиси	сариктиниқ урат кристаллари кисталар ёки «уйик белгиси»	сарик-кукимтир 4 даражали, характерли узгариш-анкилоз	остеосклероз, субхондрал

“Носпецифик ярали колит” мавзуси бўйича “Венна” 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 ва ингичка ичакнинг носпецифик гранулематоз яллиғланиш, яра, ташқи ва ички оқмалар перианал абсцесслар
3. Микроскопик: лимфоцитлар, эозинофиллар, Пирогов-Ланганс гигант хужайралари.
- Ирригоскопияда: “афтодли” ўчоқли яралар, тўғноғичсимон кўприкчалар хос.
- Даволашда базис терапия хос эмас.**
- Асоратлари: ташқи ва ички абсцесслар, перианал абсцесс.

СИСТЕМ ВАСКУЛИТЛАР мавзуси бўйича ВЕННА ДИАГРАММАСИ

Носпецификаортоартериит

(Argend ва бошқалар 1990 й)

1. Касалликнинг 40 ёшгача бошланиши;
 2. “Ўрин алмашинуви чўлоқлик” синдроми (оёқ мушакларида харакатланиш вақтида бўшашиш ва оғрик.);
 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 холда).
- 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 (МЕНКОВА 1988 й).

«Катта мезонлар»:

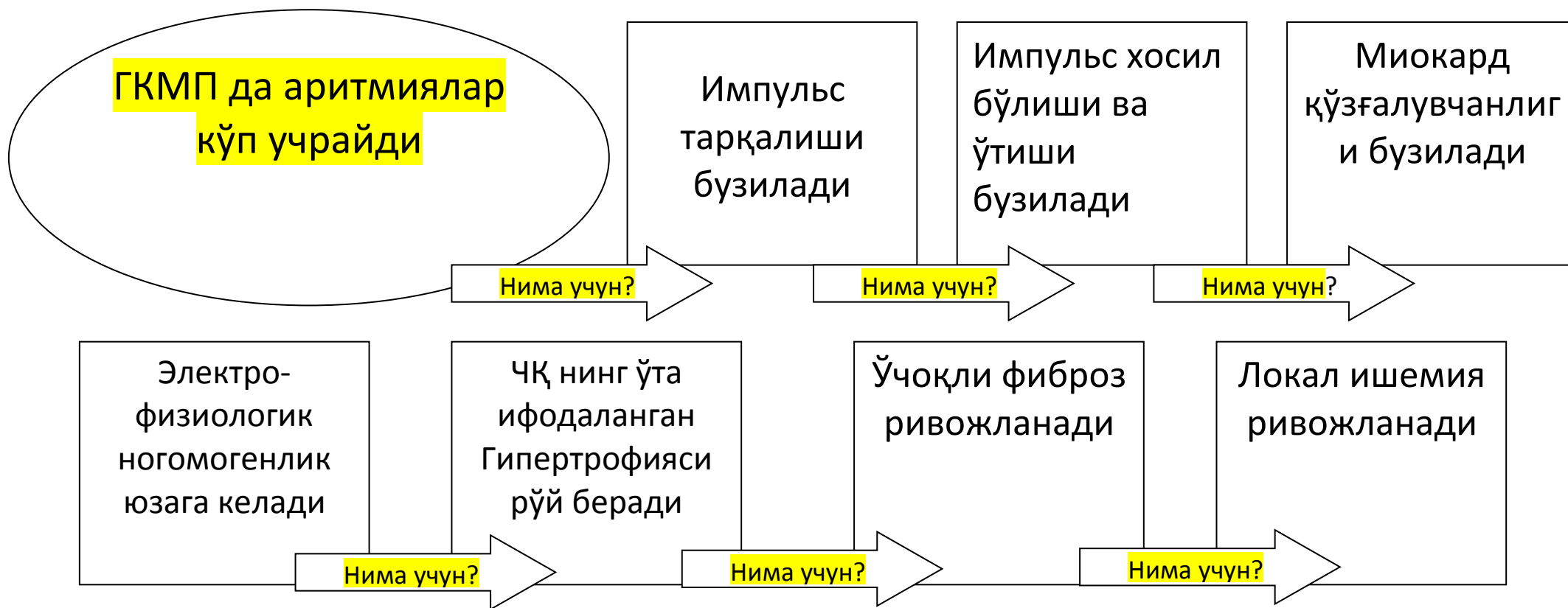
1. Буйрак зарарланиши;
2. Коронариит;
3. Абдоминал синдром;
4. Полиневрит;
5. Бронхиал астма эозинофилия билан.

«Кичик мезонлар»:

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

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

“Кардиомиопатиялар” мавзуси бўйича “Нима учун?” диаграммаси

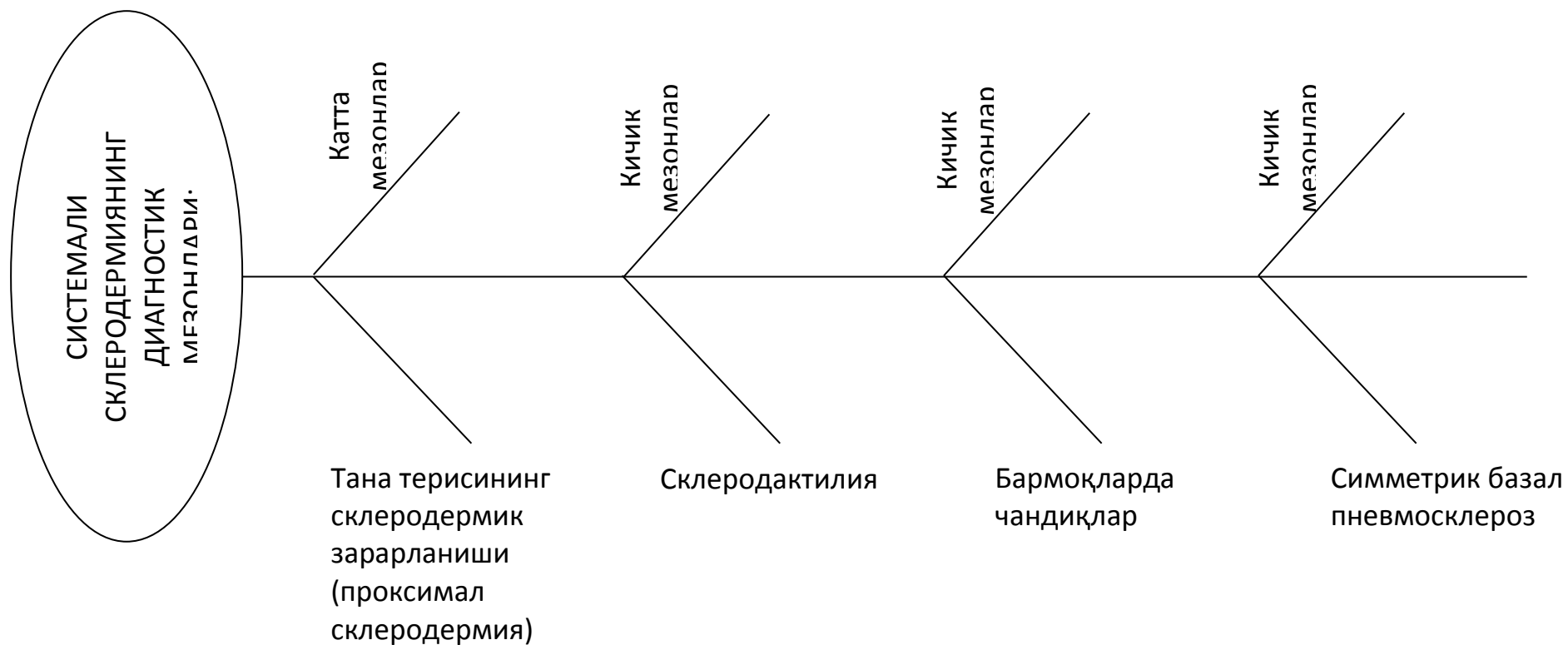


“Нима учун?” чизмасини тузиш қоидалари

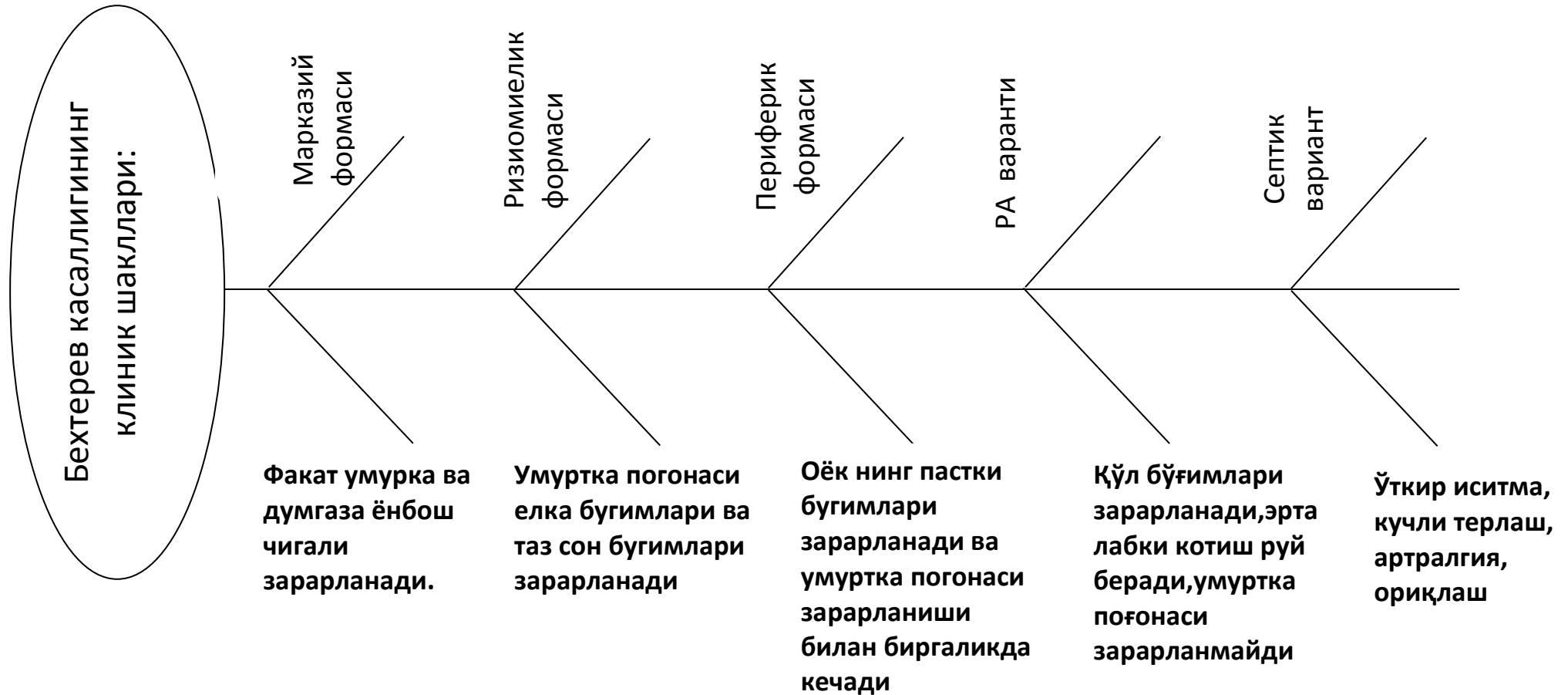
1. Айлана ёки тўғри тўртбурчак шакллардан фойдаланишни ўзингиз танлайсиз.
2. Чизманинг кўринишини – мулоҳазалар занжирини тўғри чизиқлими, тўғри чизиқли эмаслигини ўзингиз танлайсиз.
3. Йўналиш кўрсаткичлари сизнинг қидирувларингизни: дастлабки ҳолатдан изланишгача бўлган йўналишингизни белгилайди.

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.)
“БАЛИҚ СКЕЛЕТИ”**



Бехтерев касаллигининг клиник шакллари: - “БАЛИҚ СКЕЛЕТИ”



3. Қуйидан юқорига босқичма – босқич бўйсунувчи “Қандай?” диаграммаси.

Муаммо тўғрисида умумий тасаввурларни олиш имконини берувчи, мантиқий саволлар занжири. Тизимли фикрлаш, тузилмага келтириш, таҳлил қилиш кўникмаларини ривожлантиради.

“Қандай?” диаграммасини куриш 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 имқониятларни, балки уларни амалга ошириш йўлларни 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: ўнга 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 (АГ) Артериал гипертонияларни даволашда юқори технологияларни қўллаш.

Режа:

1. АГнинг долзарб муаммолари, тарқалиши.
2. Стандарт даволашга қирадиган препаратлар гуруҳлари.
3. АГнинг даволашда юқори технологияларни қўллаш.

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*

1.1 АГнинг долзарб муаммолари, тарқалиши.

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 ҳолатларини камайишига олиб келади. АГга чалинган 35% гина беморлар ташхисини аниқ билишади, улардан медикаментоз даво олишади, 21%да 140/90 мм. см. ус.да сақланиб туради. Антиагрегантлар 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 ҳисобланади.

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

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

Замонавий тушунчаларга кўра ҳар ҳил ташқи омиллар таъсирида бош миянинг АҚБни мувозанатда ушлаб турувчи марказида турғун қўзғалиш 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 ҳажмининг ортишига.

Периферик томирлар спазми ўз навбатида буйрак етишмовчилигини келтириб чиқаради, натижада юктагломеруляр 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.

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.-1484.

1.2 ГИПОТЕНЗИВ ПРЕПАРАТЛАРНИНГ ТАСНИФИ.

Препаратлар гурухлари:

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

II. Бетта-адреноблокаторлар: пропраналол, атенолол, метопролол.

III. Кальций антогонистлари.

Дигидропридинлар: нифедипин, амлодипин (норваск).

Бензодиазепинлар: дилтиазем.

Фенилалкиламинлар: верапамил.

IV. Ангиотензин ўзгартирувчи фермент ингибиторлари.

V. Ангиотензин I типдаги рецепторларнинг блокаторлари: лозартан (козаар, ирбесартан, апровель), вольсартан (диован).

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

Ангиотензин узгартирувчи фермент ингибиторлари (АУФ) таснифи:

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

2-синф., липофил продорилар:

2а-синф препаратлари, актив метаболитлари буйрак орқали ажралади: беназеприл (лотензин), квинаприл (акупро), периндоприл (престариум), цилазаприл (инхибейс), эналаприл (ренитек). 21

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

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

1.3 АГнинг даволашда юқори технологияларни қўллаш.

АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНИЯНИ ДАВОЛАШДА ҚИЁСИЙ ЁНДАШИШ

ЮИК	Бета-блокаторлар, кальций антагонистлари, АУФИ ¹
Систолик/диастолик дисфункция	Диуретиклар, бета-блокаторлар, АУФИ, АРА II ингибиторлари
Қандли диабет	АУФИ/АРА II, кальций антагонистлари, тиазидсимон диуретиклар
Буйрак етишмовчилиги	Ковузлокли диуретиклар, кальция антагонистлари, АУФИ/АРА II
Бронхиал астма, УСОК	АРА II, ингибиторлари, кальций антагонистлари, диуретиклар

НАЗОРAT САВОЛЛАРИ:

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

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., P.-1483-1485
3. Gadayev A., Karimov M. Sh., Axmedov X.S. Ichki kasalliklar propedevtikasi.- T., 2012, 708 b.

¹Harrison's Principles of Internal Medicine 19/E (Vol. 1 Vol2) - USA 2015 English., P.-1483-1485

2-мавзу: Юрак ишемик касаллиқни ва унинг асоратларини даволашда юқори технологияларни қўллаш

Режа:

1. ЮИК нинг долзарб муаммолари, тарқалиши.
2. ЮИК нинг замонавий таснифи ва диагностикаси.
3. ЮИК нинг даволашда юқори технологияларни қўллаш.

Таянч иборалар: *Резорбцион-некротик синдром-МИ ўткир даврининг асосий клиник- лаборатор белгиси булиб хисобланади. У некротик массанинг резорбцияси ва некроз соҳасида асептик Яллигланиши билан намоён бўлади, АБ - артериал босим, Гиподинамия - кам ҳаракатлик, ЮИК- юрак ишемик касаллиг ўКС, АсАТ- аспаратат трансаминидаза, ЛДГ- лактатдегидрогеназа КФК- креатинфосфокиназа, ЭЧТ- эритроцитлар чўкиши тезлиги ўАТЭ -ўпка артерияси тромбоземболияси, КШ – кардиоген шок*

2.1 ЮИК нинг долзарб муаммолари, тарқалиши.

Юрак ишемик касаллиги.

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

ЭТИОЛОГИЯСИ.

- Атеросклероз пиллакчалари мавжуд жойларда тож артериясининг тромб билан бекилиши.
- Тож артерияларининг узокдавом этадиган ҳар ҳил 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 тромбоземболиялари.
- Ис гази билан заҳарланиш, оғир гипоксия.
- Тож артериялар атеросклерози муҳитида 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 юкори 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.
- Гиподинамия - кам ҳаракатлик.
- Кекса ёш.
- Подагра.

2.2 ЮИК нинг замонавий таснифи ва диагностикаси.

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 ортиқҳолатларда атеросклероз билан зарарланган тож артерияларнинг қон пахтаси (тромб) билан беқилибқолиши 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 кишлоклардагига нисбатана анча кенг тарқалган.

Муаммони долзарблиги. Миокард инфаркти муаммоси ички касалликлар патологиясида асосий уринлардан бирини эгаллайди. Касалликнинг кенг тарқалганлиги, кечинининг ўзига хослиги ва диагностикадаги қийинчиликлар муаммонинг ахамиятлилигини яна бир қарра тасдиқлаб туради¹.

Патогенези. Миокард инфаркти ривожланишида артерия интемаси сатҳининг ўзгариши, атеросклероз пилакчаларининг ёрилиши ва тромбоцитларнинг адгезия ва агрегация хусусиятларининг кучайиши муҳим роль ўйнайди.

¹Harrison's Principles of Internal Medicine 19/E (Vol. 1 Vol2) - USA 2015 English.,P.-1570-1572

Миокарднинг оксиген билан таъминланишига бўлган эҳтиёжининг ошишини вужудга келтирувчи ҳар хил сабаблар, хусусан жисмоний ва руҳий таранглашиш, артерия босимининг тўсатдан кўтарилиши, алкоголь билан захарланиш, жуда кўп чекишлик кўзгатувчи омил бўлиши мумкин. Охирги вақтларда миокард инфарктининг вужудга келишида юрак мушаклари метаболизми ҳолатига катта аҳамият бериляпти. 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 грануляциян тўқима (яра ўрнида ҳосил бўладиган ёш тўқима) ривожланиши билан Кузатиладиган реактив Яллиғланиш зонаси вужудга келади. Кейинчалик шикастланган ўчок сўрилади, унинг ўрнини бириктирувчи тўқимали чандиқ коплайди ва ўчоқли кардиосклероз ривожланади¹.

Миокард инфарктининг таснифи:

1. Некроз ўчоғининг чуқурлиги ва кенглигига кўра (ЭКГ маълумотиغا асосан)

1.1. Йирик ўчоқли QS ёки Q - инфаркт (патологик QS ёки Q тишли миокард инфаркти):

- Йирик ўчоқли трансмурал (патологик QS тишли)
- Йирик ўчоқли нотрансмурал (патологик Q тишли)

1.2. Майда ўчоқли «Q сиз» миокард инфаркт (патологик Q тишсиз):

- субэндокардиал
- интрамурал

2. Миокард инфаркти жойлашишига кўра:

2.1. Чап қоринча миокард инфаркти:

- Олдинги девор
- олд-тўсиқ девор
- тўсиқ девори
- ён девор
- олд-ён девор
- орқа (орқа-диафрагмалёкиорқа-базал)
- орқа-ён девор
- олд- орқа

¹Harrison's Principles of Internal Medicine 19/E (Vol. 1 Vol2) - USA 2015 English.,P.-1572

2.2. Ўнг қоринча миокард инфаркти

2.3. Бўлмача миокард инфаркти

3. Миокард инфаркт даврлари:

- инфаркт олди
- ўта ўткир
- ўткир
- ўткир ости
- постинфаркт

4. Клиник кечишига кўра

4.1. Чўзилган, рецидивланган, қайталанган

4.2. Асоратланган, асоратланмаган

4.3. Типик, атипик

Патогенези.

Миокард инфарктининг ривожланишида куйидаги триада, яъни, атеросклеротик пиллакчаларнинг ёрилиши, тромбоз ва вазоконстрикция ҳолати муҳим аҳамиятга эга.

Миокард инфаркти кечишининг атипик шакллари

Миокард инфарктининг атипик шакллари дейилганда, асосан, бу касалликнинг атипик бошланиши назарда тўтилади. Миокард инфаркти атипик бошланишида клиникада асосий бўлган Оғриқ белгиси кам ифодаланган, хатто йўқ ҳам бўлиши мумкин. Шунингдек, МИ нинг бошланиши бошқа ҳил белгилар билан кечиши мумкин.

МИ атипик кечишининг кўплаб учраши охириги йилларда беморларнинг ёшидаги фарк ва қушимча ёндош касалликларнинг мавжудлиги билан изоҳланади.

МИ нинг атипик бошланишини 2 та гуруҳга ажратиш мумкин:

а) Оғриқли

б) Оғриқсиз

Оғриқ билан бошланувчи гуруҳга абдоминал ва периферик шакллар киради. Оғриқсиз бошланадиган гуруҳга астматик шакли, коллаптоидсимон, церебрал, диспептик, аритмик, «белгиларсиз», Ўткирўнгқоринча етишмовчили белгилари, тотал юрак етишмовчилиги белгилари билан бошланадиган шакллари киради.

Ушбу гуруҳга кирувчи шакллар оғир кечиши, улимнинг юқорилиги билан характерланади, бунинг сабаби қилиб, эса ушбу касалликнинг кеч ташхисланиши ва беморларни кеч касалхонага ёткизиш тушунтирилади.

Миокард инфарктининг атипик кечиш шакллари, миокард инфарктининг бошлангич даврида кўпроқ қўзатилиб, ташхисни нотўғриқўйишга сабаб ҳам бўлади.

МИ нинг атипик кечиши кўп омилларга боғлиқ бўлади.

Булар куйидагилар бўлиши мумкин.

1. Беморнинг ёши катта бўлиши.

2. Оғир кечувчи артериал гипертензиянинг мавжудлиги.

3. Димланган юрак етишмовчилигининг мавжудлиги.

4. Олдин миокард инфарктини ўтказган беморлар.

1. Абдоминал (гастралгик).

Абдоминал (гастралгик) миокард инфарктининг шакли асосан юрак чап қоринчаорқа деворнинг (диафрагмал) миокард инфарктида Кузатилади, 3% холда эпигастрал, ўнг қовурға, баъзида Қориннингўнг ярмида кучли Оғриқ билан намоён бўлади. Оғриққўракка, кўраклараро сохага берилиб, кўнгил айнаши, кусиш (беморга енгиллик туғдирмайди), хаволи кекириш, Қориннинг дам бўлиши билан кечади, кам холларда ич суюк келиши мумкин.

Қориннингдамбўлишиошқозонваичакларпарезитуфайлирўйберади.

Шуниэсданчикармасликкеракки,

миокардинфарктинингушбушаклидаошқозон

ичакданқонкетишихамКўзатилиб, у «кофекуйкасмон» кусиш, Совуктербиланқопланиши, артериалбосимнингтушишибиланкечади.

ҚонкетишиошқозонёкиичакларнингЎткиржарасиёкишилликкаватларнинг гэрөзияситуфайлирўйберади.

ҚориннипайпаслагандаҚориннингюқорикисмида,

ўнгқовурғасоҳасидаОғриқаниқланади,

шунингдек,

Қориннинголингидеворимушакларинингтаранглашиши,

ошқозоннингЎткиратониясиривожланса,

эпигастралқисмдаҚориннингбуртибчикканлигинихамқуришмумкин.

Миокардинфарктинингушбушаклиниошқозонва 12

бармоқичақярасининг, сурункаликалкулэзватошсизхолециститхуружи,

Ўткирпанкреатит, сурункалипанкреатитхуружи, диафрагмалчурра,

мезентериалтомирлартромбозикабикасалликларбиланқийёсийташхислашке

рак.

Бундаайниксаанамнестикмаълумотлар,

клиникбелгиларнингўзигахосхусусиятлари,

ЭКГнатижалари,

қонзардобидагитропонин,

КФКнингМВмаркерларимикдорихамэйтиборгаолинади.

2. Астматик шакли.

Миокард инфарктининг ушбу шакли 20% беморларда учрайди, асосан трансмурал ёки миокард инфаркти қайталаганда, папилляр мушаклар инфарктида Кузатилади. Бунда митрал клапаннинг Ўткир етишмовчилиги ривожланиб, тезда чап қоринча етишмовчилиги ва упкада димланишга олиб келади. Ушбу шаклнинг бошланишида физик ёки эмоционал зуриқишлар А/Б нинг кескин кўтарилиши (гипертоник кризлар) мухим роль уйнайди².

Бу шаклда миокарднинг чуқур ишемияси ва чап қоринча кискарувчанлигининг Ўта сусайиши, кардиосклероз соҳасига қушимча янги инфарктли учокларнинг қушилиши натижасида кичик қон айланиш доирасида Ўткир димланиш белгилари пайдо бўлади.

¹Harrison's Principles of Internal Medicine 19/E (Vol. 1 Vol2) - USA 2015 English..P.- 1570-1572

Аускультацияда крепитация ва упка артериясида II тон зарбли бўлади. Миокард инфарктининг астматик шаклида куйидаги белгилар билан характерланади, яъни, беморларни ифодаланган бугилиш хуружи, пушти рангли купиксимон балгам безовта қилади, объектив: ортопноэ холати, акроцианоз кўзга ташланади, беморни Совуқ тер босади, упканинг аускультациясида упканинг пастки қисмида майда пуфакчали нам хириллашлар, крепитация эшитилади. Шунингдек, таъкидлаш керакки, астматик шаклда юрак соҳасида Оғриқлар бўлмайди ёки кам ифодаланган бўлади.

3. Коллаптоид шакли.

Миокард инфарктининг коллаптоид шакли миокард инфаркти асорати-кардиоген шокнинг клиник куруниши белгилари хисобланади. Бу шакл асосан трансмурал, қайталанган миокард инфарктида учрайди, шунингдек, қари ёшдаги беморларда қон босимининг тўсатдан тушиб кетиши, хушидан кетиш холати Кузатилганда миокард инфарктининг ушбу шаклини эсдан чиқармаслик керак. Миокард инфарктининг ушбу шакли бош айланиши, Кўз олдининг қоронгилашиши, артериал қон босимининг тушиб кетиши, хушдан кетиш холатлари юзага келиши билан характерланади, аммо, эс-хуш йўқолмайди, юрак соҳасида Оғриқ безовта қилмайди (баъзида эса кам ифодаланган Оғриқсимон сезгилар бўлиши мумкин). Бемор Совуқ тер билан қопланиб, пульс тезлашади, тулалиги сусаяди, аритмиялар ҳам Кўзатилиши мумкин. Ташхисни тўғри асослашда, ЭКГ амма ва лаборатор текширувлари натижалари хисобга олинади.

4. Шишли шакли.

Миокард инфарктининг ушбу шакли трансмурал, қайталанган миокард инфарктида Кўзатилиб, бунда тотал юрак етишмовчилиги ривожланади.

Миокард инфарктининг ушбу шаклига хансираш, бушашиш, юрак уйноги, болдир соҳаларида шиш, (оғир холларда асцит) бўлиши хос.

5. Аритмик шакли.

Миокард инфарктининг ушбу шакли 1-2% беморларда учраб, асосан трансмурал, қайталанган миокард инфарктида ва қарияларда Кузатилади. Миокард инфарктининг аритмик шаклида асосий клиник белгилар юрак ритмининг турли бузилишларига хос булиб, улар асосий шикоятларини ташкил қилади, Оғриқ синдроми бўлмайди. Миокард инфарктининг аритмик шаклига суправентрикуляр ёки қоринчали пароксизмал тахикардия, поллитоп экстрасистолиялар, мерцал аритмия пароксизми ёки тўсатдан ривожланувчи атриовентрикуляр камалларнинг бўлиши хос. Миокард инфаркти аритмик шаклининг ўзига хос хусусияти бош мия ишемиясининг клиник белгиларининг: бош айланиши, кулоқларда шовкин, Кўз олдининг қоронгулашуви хос булиб, бу белгилар асосан қоринчали пароксизмал тахикардия, поллитоп қоринчали экстрасистолияда Кўзатилиб, оқибатқоринчалар фибрилляциясининг ривожланиши билан хавфли хисобланади. Шунингдек, тўлик

атриовентрикуляр камалнинг оқибати асистолия ривожланиши билан кечиши мумкин. Миокард инфарктининг аритмик шаклида ЭКГнинг аҳамияти катта ҳисобланади. Шунингдек, қонда резорбцион некротик синдромни аниқлаш ҳам роль уйнайди.

Шуни ҳам эсда тутиш лозимки, қоринчали пароксизмал тахикардия баъзан, тўлиқлигича миокард инфарктининг ЭКГ белгиларини бериш мумкин, шунинг учун ушбу хуруж бартараф этилгандан сўнг ЭКГ амmani қайта тушириш керак бўлади.

6. Церебрал шакли. (Цереброваскуляр).

Миокард инфарктининг ушбу шакли 4-18% беморларда, асосан эркакларда, церебрал артериялар атеросклерози бор беморларда Кузатилади.

Бундай беморларда миокард инфаркти ривожлангунча, бош мия қон айланишининг турли даражали бузилишлар утказилганлиги артериал гипертензия мавжудлиги аниқланади.

Беморлардаги клиник белгилар бош мияда қон айланишининг камайиши ва бош миянинг ишемияси туфайли юзага чикади. Беморларда ифодаланган бош айланиши, Кўз олдининг коронгилашуви, кулоқларда шовкин, кўнгил айниши, умумий бушашиш ва хатто утиб кетувчи куриш қобилятининг бузилиши, транзитор ўчоқли неврологик белгилар Кузатилади. Юрак соҳасида Оғриклар бўлмайди, аммо, ритм бузилишлари (корринчали экстрасистолия) аниқланиши мумкин. Бош мия қон айланишининг органик бузилишлари камроқ учрайди. Бунда асосан бошмия артериялари тромбози ва бунинг натижасида ишемик инсульт юзага келади ва парез, сузлаш қобилятининг бузилиши, ўчоқли неврологик белгилар пайдо бўлади.

Миокард инфарктининг ушбу шаклини классик миокард инфарктида Кўзитиладиган церебрал белгилардан фарқлаш керак. Классик миокард инфарктида церебрал белгилар утиб кетувчи булиб, камроқ ифодаланган ва парезлар Кўзатилмайди. Миокард инфарктининг атипик кечувчи цереброваскуляр шаклида эса церебрал белгилар устун бўлади.

Миокард инфарктининг ушбу шакли ЭКГ текшируви, қонда резорбцион – некротик синдром кўрсаткичлари натижарини таҳлил килиш орқали ташхисланади^{1,2}.

7. Ўткирўнгқоринча етишмовчилиги белгилари билан бошланувчи шакли.

Ўткирўнгқоринча етишмовчилиги белгилари билан МИ бошланиши шакли жуда кам учрайди. Бу шакли асосан тотал чап қоринчаорқа диафрагмал миокард инфарктида ўнгқоринчага некрознинг тарқалишида ёки якка ҳолатда ўнгқоринча миокард инфарктида учрайди.

¹Harrison's Principles of Internal Medicine 19/E (Vol. 1 Vol2) - USA 2015 English..P.- 1572

²GadayevA., KarimovM. Sh., AxmedovX.S. Ichki kasalliklar propedevtikasi.- T., 2012, 700-706 b.

Маълумки, ўнқоринчанинг массаси чап қоринчаникидан камроқ, шунинг учун ҳам унинг зарарланишида Ўткирўнқоринча етишмовчилиги белгилари ва катта қон айланиш доирасида димланиш юзага келади, натижада ўнқ қовурға тагида Оғриқ пайдо бўлиб, пайпаслаганда жигар Оғриқли эканлиги аниқланди. Шунингдек беморларни кўнгил айланиши, қайт килиш ҳам безовта қилади., 18-20 соат ўтқач периферик шишлар пайдо бўлади.

Корин бўшлиғидаги Оғриқ бу миокард инфарктининг асоратланишидан далолат беради, баъзида бу шаклда ритм ва утказувчанликнинг бузилишлари ҳам кушилиши мумкин.

8. Миокард инфарктининг тотал юрак етишмовчилиги белгилари билан бошланувчи шакли.

Бу шакл асосан некроз учоги катта бўлган холда юзага келиб, бунда чап қоринча ва ўнқ қоринчага некроз учоклари тарқалиши натижасида катта ва кичик қон айланиш доираларида димланиш белгилари биргаликда келади.

Чап қоринча етишмовчилигининг белгилари бўлиб юрак астмаси ёки упка шиши, ўнқ қоринча етишмовчилигининг белгилари бўлиб эса коринда Оғриқ, жигарнинг катталаниши, кўнгил айланиши, қайт килиш ва б. белгилари ҳисобланади. Бу шакл жуда оғир кечиби, уни аниқлаш жуда қийин ҳисобланади, чунки бунда юракда декомпенсация юзага келган бўлади.

Шифокорнинг диққат эътиборини шунинг учун ташхисни тўғри қўйишда димланган юрак етишмовчилиги бор беморда «сабабсиз», «изохсиз» ахволининг ёмонлашуви, юрак етишмовчилиги белгиларининг кучая бориши сергаклантириши лозим.

Бундай холларда албатта электрокардиография ва бошқа текшириш усуллари тавсия этилади.

9. Миокард инфарктининг диспептик белгилари билан бошланувчи шакли.

Миокард инфарктининг бошланиши диспептик белгилар билан ҳам бошланиши мумкин бу гастрит, яра касаллиги, колит, холециститнинг атипик кечишини ёки озик-овқатдан захарланиши белгиларини эслатиш мумкин. Бу шаклда МИ нинг абдоминал кечишидан фаркли уларок корин соҳасида Оғриқ хос бўлмайди.

Диспептик шакл билан кечиши асосан қари ёшли кишиларда ва қушимча ошқозон–ичак тракти касалликлари ёки мезентериал томирлар атеросклерози мавжуд бўлган холатлар учрайди.

Ташхисни асослаш учун электрокардиография ва лаборатория текширувлари динамикада таҳлил қилинади.

МИОКАРД ИНФАРКТИ АСОРАТЛАРИ.

Кардиоген шок - миокард инфарктининг кўп учрайдиган ва оғир асоратларидан ҳисобланади, бу асорат хаста ликнинг 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 кискариш фаолиятининг пасайиши зарарланган ўчоқлардан реффлектор таъсирланиши ва чап қоринча фаолият кўрсатаётган миокард массасининг камайиши натижасида вужудга келади. Шокда ҳаётга 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 артериолларнинг мушак тонуси пасаяди, микроциркуляция ва тўқима метаболизми бузилади¹. Бир вақтда тож артерияларда ҳам қон оқиши камайдиган; бу ҳолат юрак мушаклари озикланишини ёмонлаштиради ва унинг кискариш 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 аци-дозга олиб келади. Хасталикнинг клиник манзараси бемор ташқи кўринишининг ўзгариши билан характерланади: юзи бўзарди, 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 камайдиган (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) миқдорининг кўпайиши, қон айланиш етишмовчилигида аъзо ва тўқималарда қон айланишининг бузилиши муҳим роль ўйнайди. Шунингдек, артерияларда ривожланган маҳаллий атеросклеротик ўзгаришлар ҳам катта аҳамиятга эга. Кўпинча ўпка артерияси ва унинг шахобчалари тромбоэмболияси Кузатилади. Бу асоратнинг клиник манзараси кўп ҳолларда шикастланган 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^{1,2}. Баъзи ҳолларда ўпка шиши, юрак ритми бузилиши (пароксизмал тахикардия), ҳилпилловчи (мерцательная) аритмия ривожланади. Тромбоэмболия одатда кўкрак қафасида тўсатдан пайдо бўладиган ва чуқур нафас олганда кучаядиган оррик, ҳансираш, йўтал, қон тупуриш билан Кузатилдиган ўпка инфарктига олиб келади. Рентгенограммада ўпкада асоси плевра томонига қараган учбурчак шаклдаги қора доғ аниқланади.

¹Harrison's Principles of Internal Medicine 19/E (Vol. 1 Vol2) - USA 2015 English..P.- 1570-1572

²GadayevA., KarimovM. Sh., AxmedovX.S. Ichki kasalliklar propedevtikasi.- Toshkent, 2012, 708 b.

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 оғзибилан 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 кўқариш 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 мароми (ритми)нинг бузилиши йирик ўчоқли миокард инфарктининг кўп учрайдиган ва хавфли асоратларидан ҳисобланади, аксарият, қоринча экстрасистолияси, кам ҳолларда бўлмача ҳилпиллаши 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 (дакика, 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 Оғриқ 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 де-воридида 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 чизигида 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 Оғриқ, перикард ишқаланиш шовқини, ҳарорат кўтарилиши, лейкоцитоз, ЭЧТ ортиши билан намоён бўлади. Перикард бўшлигига 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 шўнга хос плевранинг ишқаланиш шовқини эшитилади².

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

Ташхиси характерли клиник манзара, анамнез, қонферментлари фаоллиги ва ЭКГ маълумотлари асосида қўйилади. Миокард инфарктининг ишончли ташхисида 3 та 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 узоқйиллар давомида хасталанган беморларда Кузатилади.

2.3 ЮИК нинг даволашда юқори технологияларни қўллаш.

Миокард инфарктини даволашда юқори технологияларни қўллаш.

Даволашнинг самарадорлиги ва хасталик оқибати ўз вақтида ташхисни аниқлашга, зудлик билан жадал даво кўрсатиладиган хонага ётқизишга, юрак-қон томир системаси ҳолатига ва хасталикнинг клиник кўринишига нисбатан даволаш воситаларини эрта қўллашга бевосита боғлиқ. Бемор камида 24 соат ўринда ётиши шарт, чунки пассив ҳолат миокарднинг кислородга бўлган эҳтиёжини камайтиради, шикастланиш соҳаси кенгайишига қаршилик кўрсатади, ҳар ҳил асоратлар ривожланишининг олдини олади, шикастланган миокардда реператив (чандикланиш) жараёни тезлаштиради. 2-куни ўринда пассив ҳаракатга рухсат берилади. Агар асоратлар Кўзатилмаса, 3-куни ўринда ўтириш мумкин^{1,2}.

¹Harrison's Principles of Internal Medicine 19/E (Vol. 1 Vol2) - USA 2015 English..P.- 1570-1572

²GadayevA., KarimovM. Sh., AxmedovX.S. Ichki kasalliklar propedevtikasi. - Toshkent, 2012, 708 b.

Беморнинг эрта фаоллашуви димланиш пневмониясида ривожланадиган тромбоземблик асоратларни олдини олишда аҳамиятли, ҳамда беморнинг руҳий ҳолатига ижобий таъсир кўрсатади. Бемор ҳолати барқарорлашгунча томир орқали овқатлантирилади, кейинчалик - мол ёғи ва ош тузи чегараланган таом берилади.

Беморни даволашдаги терапевтик тадбирлар **қуйидаги мақсадларни** кўзлайди: 1.ўткир оғриқ хуружини йўқотиш;2.юрак мароми бузилишининг олдини олиш;

3.қон ивиши системасини бошқариш; 4.юрак мушаклари метаболизминини яхшилаш; 5.парҳез ва дори-дармон орқали қонда холестерин, триглицерид липопротеидлари миқдорини пасайтириш.

Бундай кенг кўламдаги тадбирлар ўлимни минимумга (энг кам миқдорга) туширишга ва касаллик оқибатинини яхшилашга имқон беради.²

Оғриқсизлантирувчилар:

Аналгинни 50 фоизли эритмасидан 3-4 мл ва папаверинни 2 фоизли эритмасидан 2 мл олиб вена томирига юборилади. Агар 5-10дақиқадан сўнг Оғриқ тўхтамаса тезлик билан промедолнинг 2 фоизли эритмасини (1 мл) пиполфенни 2,5 фоизли эритмаси (2 мл) билан венага қўйилади; бир вақтнинг ўзида азот закиси билан оксиген аралашмаси наркози берилади. Агар 10-15 дақиқадан кейин оғриқ йўқотилмаса морфин (1 фоизли эритмасидан 1-2 мл), атропин (0,1 фоизли эритмадан 0,5 мл) ва глюкоза (5>фоизли эритмадан 10 мл) биргаликда аста-секин вена томирига юборилади. Наркотик аналгетиклар нафас олиш маркази фаолиятини заифлаштириб, салбий таъсир кўрсатиши, брадикардия ва артериал гипотензияни, юзага келтириши мумкин. Бундай ножўя ҳолат-ларни олдини олиш учун налоксан (0,5 фоизли эритмасидан 2 мл) вена ичига қўйилади.

Нейролептаналгезия - фентанил (0,005 фоизли эритмасидан 2 мл - 0,1 мг) билан дроперидол (0,025 фоизли эритмасидан 2 мл-5 мг) ёки уларнинг тайёр аралашмаси таламонални (2 мл-2мг) глюкозада (40 фоизли эритмадан 10 мл) вена томирига қўйилади. Агар Оғриқ тўхтамаса кўрсатилган дорилар 20-30 дақиқадан сўнг мушак орасига қайта юборилади.

Тож артерияларда қон оқимини тиклаш.

Тромболитиклар - қон томир деворидаги тромбни эритиб, қон оқимини тиклаш ва шу орқали шикастланган ўчоқ ҳажминини чегаралаш хусусиятига эга.

Фибринолизин - 60 000 - 80 000 ТБ 500 мл изотоник эритмада вена томирига томчи ҳолида 5-6 соат давомида юборилади. Фибринолизинни фаоллаштириш учун стрептокиназадан фойдаланади.

Стрептокиназа (1 млн ТБ) 100 мл физиологик эритмада томчилаб 1 соат мобайнида венага қўйилади. Стрептокиназа беморга юборилганда қонда

²Harrison's Principles of Internal Medicine 19/E (Vol. 1 Vol2) - USA 2015 English.,P.-1570-1572

фибриноген миқдорини, протромбин вақтини, тромбозластография кўрсаткичларини текшириб туриш керак. Стрептокиназа 1 марта юборилади. Стрептокиназанинг қон оқиши, пироген ва токсик реакциялар каби хавфли асорталарининг олдини олиш учун антигистамин дорилар қўлланилади. Тромболитиклар фақат миокард инфарктининг биринчи кунда қўлланилади, чунки 1 суткадан ортиқвақтда ҳосил бўлган тромб, янгига нисбатан, ёмон эрийди. Тромболитиклар билан бир вақтда қон ивиш вақтини узайтириш мақсадида антикоагулянтлар ҳам қўлланилади¹.

Антикоагулянтлар - таъсир қилиш механизми бўйича 2 гуруҳга бўлинади. Гепарин - қон ивиши омилларига бевосита таъсир қилади, фибринолизинни фаоллаштиради, тромбоцитлар миқдорини ва уларнинг агрегацияга ва адгезияга мойиллигини пасайтиради, тож артерияларда қон айланишни яхшилади. Гепарин 10 000 - 15 000 ТБ да, кейинчалик 5 000 - 10 000 ТБ да вена томирига кунига 4-6 марта (Кундалик дозаси 30 000 - 60 000 ТБ) 5-7 давомида қўлланилади. Неодикумарин, синкумар, фенилин, пелентан - қон ивишига билвосита таъсир кўрсатади. Мазкур антикоагулянтларнинг яширин таъсир қилиш даврини ҳисобга олиб, гепарин қабулини тўхтатишдан 2 кун олдин тadbик қилинади.

Аспирин 325 мг дан кунига бир маҳал ичилади.

Аорта-тож артериясини шунтлаш - шунт (сунъий қонайланиш йўли) шйкaстланган тож артериялари соҳаларидан ажратилган ҳолда ясалади.

Миокардда некроз ҳажмини чегаралаш.

Нитроглицериннинг 1 фоизли эритмасидан 2 мл олиб, 200 мл физиологик эритмада бемор венасига томчилаб юборилади, ҳолати яхшилангач рег ос қабул қилинади.

Бетта - блокаторлар. Метопролол - 5 мг физиологик эритмада вена томирига кўйилади, 15 дақиқаўтгач, 50 мг дан ҳар 6 соатда ичилади. Атенолол - 5 мг венага 5 дақиқа давомида юборилади; 10 дақиқа ўтгач доза қайтарилади. Агар дори сингдирилиши яхши бўлса, 10 дақиқадан ва 12 соатдан сўнг препарат 50 мг миқдорида рег оз қабул қилинади. Қолган кунлари 50 мгдан кунига 2 марта ичилади.

Юрак мароми (ритми) бузилишининг олдини олиш беморни ўлимдан саклаб қолишга ёрдам беради. Шу мақсадда лидокаин, новокаинамид, Р - адренегик рецепторлари блока-торлари, атропин иўлланилади. Бемор орасида айниқса лидокаин фаол антиаритмик восита ҳисобланади ва бошланғич миқдори 10 мг ҳисобида вена томирига юборилади, ке-йинчалик ҳар 30-40 дақиқа оралиғида 50-10 мг да такроран кўйилади. Бундай даволаш хасталик бошланишининг 1-2 -кунларида ўтказилади².

¹Harrison's Principles of Internal Medicine 19/E (Vol. 1 Vol2) - USA 2015 English..P.- 1570-1572

²GadayeV.A., KarimovM. Sh., AxmedovX.S. Ichki kasalliklar propedevtikasi.- Toshkent, 2012, 708 b.

Кардиоген шокни даволаш.

Прессор аминлар: мезатон (1 фоизли эритмадан 0,5-1 мл) ёки норадреналин (0,2 фоизли эритмадан 1 мл) глюкозанинг 5 фоизли 200 мл эритмасида томчи ҳолида вена томирига қўйилади. Булар Оғриқни босиш, артерия босимини кўтариш хусусиятига эга. Плазма ўринбосарлари: реополиглюкин, реомакродекс, кичик молекуляр декстрант айланиб юривчи қон ҳажмини кўпайтириш, пасайган артерия қон босимини кўтариш мақсадида қўлланилади. Улар қоннинг ёпишқоқлигини камайтиради, тромбоцитлар агрегацияси олдини олади. Глюкокортикоидлар - преднизолон катта дозада, хасталикнинг оғир ҳолатида бир кеча - кундузда 1000 мг г; 1ч.-1 венага юборилади. Даволаш оксиген терапияси муҳитида, кислота асослари мувозанатини сошлаш асосида ўтказилади. Дефибрилятор - аритмик шокда мазкур аппарат билан юрак уриши нормал изга солинади

Дресслер синдромини даволашда ГКСлар ва НЯҚП ларга мансуб препаратлардан қўлланилади.

Юрак мушаклари модда алмашинувини яхшилаш, хужайра мембраналарини ҳимоя қилиш, энергияга бой моддаларни юракка кўпроқ етказиш мақсадида глюкоза-инсулин-калийли мураккаб эритма, маннитол, рибоксин, преднизолон, контрикални қонга томчилаб юбориш мақсадга мувофиқдир.

Бемор касалхонада кун даволанади, сўнгра реабилитация-саломатликни тиклаш мақсадида ихтисослашган кардиология санаторийсига ўтказилади. У ерда бемор ҳам жисмоний (даволи жисмоний тарбия, дозали юриш - кунига 5-8 км гача), ҳам руҳий жиҳатдан тикланади. 3-6 ойдан сўнг бемор ўз ишига қайтиши мумкин. Агар беморнинг иши жисмоний зўр беришликни талаб қиладиган бўлса ёки тўнги сменада ишлашга тўғри келса, уни енгилроқ ишга ўтказилади ёки ноғиронлик нафақаси тайинланади.

1.2. Кардиологик касалликларда бирламчи профилактика.

Бирламчи профилактика: Бирламчи – касални олдин олиш учун соғ одамларни вақти вақти билан диспансеризациядан ўтказиш, соғлом турмуш қоидаларига риоя қилиш, чекишни тухтатиш, дозаланган физик зуриқиш бериш.

- Атеросклероз, гипертония касалликларида семиришни олдини олиш;
- Табак чекишни ва спиртли ичимликлар ичишни чеклаш;
- Ош тузи ва холестеринга бой бўлган маҳсулотлар (ёғ, тухум, ёғли гўшт) истеъмолини чегаралаш;
- Махсус бадантарбия машқларини мунтазам равишда бажариш.

1.3. Кардиологик касалликларда иккаламчи профилактика.

Иккаламчи профилактика:

- Атеросклерозга қарши гиполипидемик дориларни қўллаш;
- Оғриқ синдромини, юрак уриши маромининг бузилишини ва юрак етишмовчилигини изчиллик билан даволаш.

Иккаламчи - Артериал гипертония Гипертония касаллиги – бу шундай касаллик унинг асосан ва бирдан – бир белгиси булиб қон босимнинг юқорига кўтарилиши билан характерланади. Бу бирламчи булиб, иккиламчи яъни айрим касалликларда қон босими кўтарилиши билан кечадиган буйрак, эндокрин, қон айланиш доирасида, марказий асаб системаси касалликлардан фарқ қилади.

Хозирги вақтда гипертония касаллигини урганиш жуда катта аҳамиятга эга, чунки у аҳолининг 8-10% шикастлайди ва ўлимга олиб келадиган касалликлар ичида биринчи ўринларда туради.

Касалликни биринчилардан Ланг Г.Ф., Мясников А.А. жуда мукамал урганишда, унинг клиник белгилари таснифини ёритишди.

Гипертония касаллигини урганишда аввало уни мўътадил бўлиб туришида қайси аъзо иштирок этишини билиш керак.

Артериал қон босимини ҳосил қилишда биринчидан юракни иши, унинг зарби, иккинчидан қон томирларининг (артериола) таранглиши (тонуси) ва учинчидан нейро-гумораль органларнинг иши аҳамиятга эга. Бу звеноларнинг ишини барохимия рецепторлари (аорта ёки синокартид соҳаси мувофиқлаштириб туради.

Булардан ташқари қон босимининг буйрак ва буйрак усти безларида ишлаб чиқариладиган ренин (депрессор) ва простогландилар Е, А (буйрак усти) ва кинин-калекреин тизимининг аҳамияти катта.

Гипертония касаллигини келтириб чиқаришда насл, ёш, климакс, ош тузини қуп истеъмол қилиш, касб, яшаш жойи ва жуда кўп бошқа омиллар роль ўйнайди.

Профилактика: ГА билан касалланган беморларни уз вақтида, режали куриқдан утказиш. Қон босимни мониторинг қилиш ва даволашни динамикада кузатиш.

Назорат саволлари:

- 1.Юрак ишемик касалликнинг (ЮИК) долзарб муамоллари, тарқалиши?
- 2.ЮИКни таърифлаб беринг?
3. Миокард инфарктнинг этиология ва патогенези?
4. Миокард инфарктни даволашда юқори технологияларни куллаш?
5. Миокард инфарктни даволашда замонавий хирургик усулларни ишлатиш?
- 6.Миокард инфарктнинг эрта асоратларини гапириб беринг?
- 7.Миокард инфарктнинг кечки асоратларини гапириб беринг?
- 8.Кардиоген шокнинг замонавий профилактика усуллари?
- 9.Уткир юрак етишмовчилигини замонавий профилактика усуллари?

Фойдаланилган адабиётлар:

2. 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.

3. 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.-1583-1595
4. GadayevA., KarimovM. Sh., AxmedovX.S. Ichki kasalliklar propedevtikasi.- Toshkent, 2012, 708 b.
5. Каримов М.Ш. и др. Пропедевтика внутренних болезней методические рекомендации. Ташкент 2011. Часть 1-3.

Назорат саволлари:

1. АГ тарқалиши вадолзарб муаммолари
2. АГ таърифи
3. АГнинг патогенезини айтиб беринг
4. Агни номедикаментоз даволаши
5. Гипотензив препаратларнинг таснифи
5. Ангиотензин ўзгартирувчи фермент ингибиторлари. Таснифи, ножўя таъсирлари ва уларга қарши курсатма

Фойдаланилган адабиётлар:

1. 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.-1570-1572
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.

3-мавзу : Сурункали буйрак касаллиги (СБК).СБК ни даволашда юқори технологияларни қўллаш

Режа:

- 1.СБК хақида ва унинг тарқалиши хақида тушунча бериш
2. СБК нинг замонавий таснифи ва ташхислаши
3. СБК ни даволашда юқори технологияларни қўллаш

Таянч иборалар: СБК- сурункали буйрак касаллиги, СБЕ – сурункали буйрак этишмовчилиги, АБ - артериал босим, АГ – артериал гипертензия, ҚАЕ - қон айланиш этишмовчилиги, КФ - коптокчалар филтацияси, ЮТС- юрак-томир синдроми, ЭКГ – электрокардиограмма, ЭхоКГ - эхокардиография

Гемодиализ- ярим ўтказувчан мембрана орқали азот алмашинуви ҳосилалари қондан диффузия йўли орқали тозаланади
Перитонеал диализ- бунда қорин бўшлиғига юборилган эритма орқали қон ва организмдаги суюқликлардан турли ҳил моддалар диализга учрайди.

3.1.СБК хақида ва унинг тарқалиши хақида тушунча бериш.

СБЕ. ТАРИФ. Сурункали буйрак касаллиги (СБК) – бу ҳамма прогрессияланувчи буйрак касалликларида ривожланувчи симптомокомплекс булиб, асосида нефронларнинг босқичма-босқич халок бўлиши этади, бу эса буйракнинг экскретор функциясининг ва инкретор функциясининг, модда алмашинувининг, орган ва системаларнинг функциясининг, нордон-ишқорий мувозанатнинг бузилишига олиб келади.

ЭТИОЛОГИЯ

- Буйрак паренхимаси шикастланиши: Сурункали гломерулонефрит, сурункали пиелонефрит, буйрак поликистози, буйрак туберкулези, буйрак амилоидози.
- Сурункали юрак-қон томир касалликлари: Артериал гипертензия, буйрак томирлари касалликлари (фибромускуляр, атеросклеротик, интрамурал буйрак артериялари стенози).
- Системали касалликлар: Системали қизил тошма, ревматоид артрит, склеродермия, тугунчали периартериит, дерматомиозит, геморрагик васкулит, миелом касаллик.
- Эндокрин касалликлар: Қандли диабет, гиперпаратиреоз
- Сийдик йўллариининг механик еки динамик обтурацияси: Буйрак тош касаллиги, туберкелез уретрити, сийдик чиқариш 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 бошқа орган ва системаларга токсик таъсир этади.
- Электролит моддалар алмашинувининг бузилиши (гипокальциемия, гиперкальциемия).
- Суюқлик балансининг бузилиши
- Буйракнинг қон ишлаб чиқариш функциясининг бузилиши (эритропоэтин ишланишининг бузилиши).
- Кислота-ишқор алмашинувининг метаболик ацидоз тарафига бузилиши.
- Буйракнинг прессор функциясининг активацияси ва артериал гипертензияга олиб келиши.
- Орган ва системалар оғир дистрофик узгаришлар ривожланиши.

3.2 СБК нинг замонавий таснифи ва ташхислаши.

СБЕ ТАСНИФИ:

Латент боскич:

Шикоятлари йўқ. Диурез нормада. Гемоглобин >100. Мочевина - 8.8 моль/л. Креатинин-0.18 ммоль/л. Коптокчалар филътацияси - 45-60 мл/мин. Қон электорлитлари – нормада. Метаболик ацидоз-йўқ.

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 филътацияси - 30-40 мл/мин. Қон электорлитлари – гипонатриемия Кўзатилиши мумкин. Метаболик ацидоз-йўқ.

Интермиттация боскичи:

Шикоятлари: диспепсия, чанкаш, тез чарчаш, бош огриги, уйку бузилиши, кўнгил айнаши. Диурез - кучли полиурия. Гемоглобин – 67-83. Мочевина – 10.1-19.0 моль/л. Креатинин - 0.3-0.6 ммоль/л. КФ Коптокчалар филътацияси - 20-30 мл/мин. Қон электролитлари – гипонатриемия, гипокальциемия. Метаболик ацидоз - ўрта даражада ривожланган.

Терминал боскичи:

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

Азотемия. Ацидоз ўрта даражада.

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

Ацидоз. Юрак-қон системасида узгаришлар бошланади. Артериал гипертензия. КАЕ- II А-БОғир уремия, гипертазотемия (>28,5 ммоль/л), дисэлектролитэмия, ацидоз декомпенсацияланган. Оғир юрак ва қон айаниш етишмовчилиги, юрак астмаси хуружлари, анасарка, ички органлар оғир дистрофияси.

3.СБЕ КЛИНИКАСИ

1. Астеник синдром (холсизланиш, уйкусираш)
2. Дистрофик синдром (тери қуруклашиши, кахексия)
3. Ошқозон-ичак синдроми (иштаха камайиши, диарея, ошқозон-ичак геморрагияси, стоматит)
4. ЮТС-юрак-томир синдроми (артериал гипертензия, юрак етишмовчилиги, қуруқ еки экссудатив перикардит)
5. Геморрагик синдром (анемия, геморрагиялар)
6. Анемик синдром
7. Суяк-буғим синдроми (остеопороз, иккиламчи подагра)
8. Нерв системасининг шикастланиши (уремик энцефалопатия, полинейропатия)
9. Сийдик синдроми (гипостенурия, протеинурия, микрогематурия, цилиндрурия, никтурия)

СБЕ да текшириш усуллари:

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

3.3 СБЕ нидаволашда юқори технологияларни қўллаш.

1. Пархез оксилни чегаралаш билан олиб борилади (0.8-0.6-0.4 г/кг/сут). Суюклик истеъмоли: диурез+500 мл.
2. Диуретиклар: фуросемид, урегит
3. Гиперкалиемияни камайтириш: кальций тузлари, диуретиклар, ичак диализи сорбит билан
4. Метаболик ацидоз коррекцияси: 20-30 ммоль натрий бикорбанати томир ичига (4.2%-100-150 мл натрий бикорбанати)

5. Кальций-фосфор алмашинувини коррекцияси: витамин D3 препаратлари.
6. Гипотензив терапия: АПФ ингибиторлари ва ангиотензин II – антагонистлари (креатинин қонда 0.3 ммоль/л гача бўлганда бериш мумкин), кальций блокаторлари (верапамил, дилтиазем), альфа-адреноблокаторла (доксасазин, проазин), бета-блокаторлар (атенолол ва б.), лекин коптокчалар фильтрациясини бузгани учун фильтрация назорати остида берилиши шарт.
7. Липосталлаштирувчи терапия: симвостатин, липримар ва б.
8. Анемияни даволаш: рекомбинант эритропоедин (рекормон).
9. Перитонеал, ичак гемодиализи. Программ гемодиализ.
10. Буйрак трансплантацияси.³

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 нечта босқичларин биласиз?
5. СБКнинг қайси босқичида беморларга гемодиализ буюрилади?
6. Сурункали буйрак касаллиги ни консерватив даволаш тамойиллари нимадан иборат?
6. СБК олдин олиш чоралар нимадан иборат?

Фойдаланилган адабиётлар:

2. Gadayev A., Karimov M. Sh., Axmedov X.S. Ichki kasalliklar propedevtikasi.- Toshkent, 2012, 708 b.
3. Каримов М.Ш. и др. Пропедевтика внутренних болезней методические рекомендации. Ташкент 2011. Часть 1-3.
4. Harrison's Principles of Internal Medicine 19/E (Vol. 1 Vol2) - USA 2015 English.,P.-1809-1812

4-мавзу: Ошқозон ва 12 бармоқ ичакнинг яра касаллигини даволашда юқори технологияларни қўллаш.

1. Ошқозон ва 12 бармоқ ичакнинг яра касаллиги хақида ва унинг тарқалиши хақида тушунча бериш.
2. Ошқозон ва 12 бармоқ ичакнинг яра касаллигини замонавий таснифи ва ташхислаши.

³Harrison's Principles of Internal Medicine 19/E (Vol. 1 Vol2) - USA 2015 English.,P.-1809-1812

3. Ошқозон ва 12 бармоқ ичакнинг яра касаллигини даволашда юқори технологияларни қўллаш.

Таянч иборалар: *Helicobakter pylori*-касалликни чақириб келувчи микроб, H_2 рецепторлар антагонистлари- меъда шираси кислоталигини пасайтиради, Антацидлар - H_2 рецепторлар антагонистларига ўхшаши яра битишини тезлаштиради. Холинблокаторлар - М холинреактив системани қамал қилади ва уларни ацетилхолинга сезувчанлигини оширади, Репарантлар-тўқима модда алмашилишини созлайди, E_2 ва E_2 простогландинлар - меъда шиллик эпителиясига ҳимоя хусусиятини бажарадилар

4.1. Ошқозон ва 12 бармоқ ичакнинг яра касаллиги хақида ва унинг тарқалиши хақида тушунча бериш.

Ошқозон ва 12 бармоқ ичакнинг яра касаллиги

Тарифи. Қайталаниб турувчи ва жадаллашишга мойил касаллик бўлиб, меъда ва ўн икки бармоқ ичакда яра иллоти содир бўлиши билан ифодаланади.

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
- Табак чекишлик яра ривожланишига шароит туғдиради. Алкогол - шиллик пардани бевосита таъсирлайди ва меъда шираси ажралишини кучайтиради.
- Дори-дармонлар.
- Давомли ёки тез-тез қайталанувчи асаб-руҳий тарангланиш, бош миянинг механик шикастланиши (чайқалиши), нерв системасининг дистрофик ўзгаришлари, бошқа аъзолардан рефлектор таъсир натижасида Ирсий омиллар:
 1. яқинқариндршларда 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 шиллик пардасида *Helicobacter pylori* (HP) мавжудлиги меъда яра касаллигида 68-90%, ўн икки бармоқ яра касаллигида 63-100% беморларда аниқланган.

Патогенези. Яра касаллиги ривожланиши механизми асосида «тажовузкор» ва «химоячи» 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;
- *Helicobacter pylori*
- Гистамин ва серотонин кислотали пептик омил фаоллигини оширади ва мембрана ўтказувчанлигини кучайтиради.

«Химоячи» омиллар:

- таркибида нейтрал мукополисахаридлар бўлган меъда ва ўн икки бармоқ; шиллиги;
 - сиало- ва сулфомуцинлар;
 - тўқима регенерацияси;
 - нормал маҳаллий қон айланиши;
 - баъзи бир хазм гормонлари - секретин, гастрон, энтерогастрин
- меъда яраси ривожланишида «химоячи» омилнинг заифланиши, ўн икки бармоқ ярасида эса «тажовузкор» омилнинг кучаймиши аҳамиятга эга.

4.2.Ошқозон ва 12 бармоқ ичакнинг яра касаллигини замонавий таснифи ва ташхислаши

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 оғирлигига қараб: хатарсиз чўзилувчан (барқарорли), жадаллашувли.
- 1.Хатарсиз кечишида яра иллоти кичик, юза, қайталаниши кам, асоратсиз; қонсерватив даво бир ой чамасида ифодаланган ижобий самара беради;
 - 2.Чўзилувчан кечишида даволаш самарадорлиги етарли эмас, узоқвақт 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 қуриниши

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 қора-рангда бўлади (таркибида қон мавжудлиги ҳисобига), кўпинча.

Шикоятлари:

Оғриқ- хасталикнинг зўрайиши даврида етакчи белги ҳисобланади. Оғриқ сезгисини вужудга келтирувчи сабаблар қуйидагилар:

1. меъда ва пилорус мускулларининг кискариши;
2. томир девори кискариши натижасида вужудга келувчи ишемия;
3. Яллиғланиш 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 Оғрикнинг атипик жойланишлари ҳам Кузатилади (чап қовурга остида, эссимон ичак соҳасида, белнинг ўнг томонида, ўт пуфаги ўрнида)¹.

Тарқалиши ҳам турлича: яра кичик эгриликда жойлашганда Оғрик аксарият ўрта чизикдан ўнг томонда эпигастрия соҳасида, кардия бўлими ярасида - ханжарсимон ўсимта ортида; ўн икки бармоқ ичакда эса - киндикдан 5-7 см юқорида сезилади. Оғрикнинг 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;
- тўнги
- «оч қорин» оғриқлари.

Эрта (барвакт) Оғрик кўпинча меъданинг юқори 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 кучаяди¹.

Фарқланиш хусусиятлари:

- **даврийлик** - зўрайиш ва ремиссия даврларининг алмашилиши;
- **ритмлилиқ** (уйғунлиқ) - Оғрикнинг овқатланишга боғлиқлиги;
- **мавсумлик** - хасталиқ аксарият, баҳорда ва Кўзда, баъзи-ларда эса қишда ва ёзда зўраяди; овқат, антацидлар, антихолинергик дорилар қабул қилгач, қоринга иситқич қўйгач ёки қусишдан сўнг оғрик камаёди ёки йўқолади.

¹Harrison's Principles of Internal Medicine 19/E (Vol. 1 Vol2) - USA 2015 English.,P.- 2054-2060

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

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

Диспепсия ҳолатлари.

Жигилдон қайнаши аксарият овқатлангандан сўнг, кам ҳолларда - наҳорда Кузатилади. Бу ҳолат ҳар вақт ҳам меъда 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 қайтиб тушиши (регургитацияси) билан боғлиқ.

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

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

Қабзият хасталикнинг зўрайган даврида Кузатилади, овқат табиати, кўрпа-тўшак тартиби ва йўгон ичак нерв-мушак тонусининг бузилиши билан боғлиқ.

Кўздан кечириниш - 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.

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

4.3.Ошқозон ва 12 бармоқ ичакнинг яра касаллигини даволашда юқори технологияларни қўллаш.

Даволашда юқори технологияларни қўллаш.Ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллигини даволаш қонсерватив ва жарроҳлик усуллари билан бажарилади. Асоратланмаган яра касаллигида даволаш қонсерватив воситалар ёрдамида мунтазам комплекс равишда, ўзига хос ҳолда (индивидуал) ўтказилади. Жарроҳлик усули фақат асоратли хасталикда қўлланилади. Қонсерватив даво мақсади хасталик зўрайишини олдини олиш, ҳамда яра нуқсони битишини тезлаштиришдан иборат. Қонсерватив даволаш патогенетик тамойил (принцип) асосида бажарилади: меъда шираси ажралишини пасайтириш, унинг таркибидаги хлорид кислотасини ва пепсинни бириктириб олиш, шиллик парда химоя фаолиятини, хужайралар регенерациясини ва маҳаллий қон айланишни созлаш, хеликобактер пилорига қаршиантибактериал моддаларни қўллаш тавсияқилинади.

Давони индивидуализациялаш.(ҳар бир шахснинг ҳислат ва хусусиятларига қараб даволаш) хасталикни даволашда муҳим шарт-шароитлардан ҳисобланади. Хасталикни тури ва босқичини аниқлаш, меъда ва ўн икки бармоқ ичакнинг функционал ва анатомик ҳолатини ҳисобга олиш лозим. Хасталикни босқичма-босқич даволашга амал қилиш керак: стационар (хасталик қўзиган даврда), тиклаш (реабилитация) бўлими (қўзишнинг сўниш даврида), поликлиниканинг гастроэнтеролигик кабинети (диспансеризациялаш, қайталанишга қарши даво ўтказиш, профилактик чоралари). Касалликнинг зўрайиш даврида беморлар касалхонада даволанадилар. Асосий даволаш воситаларига беморнинг ўринда ётиб тузалиш тартиби, даволи овқат, дори-дармон воситалари ва иссиқлик муолажалари киради.⁴

Жиддий ўрин-кўрпа режаси.1-2 хафта қўлланилади, 3-4- хафтадан 1 сутка давомида 1-3 соат ўриндан туриб юришга рухсат берилади. Беморнинг ўринда ётиб тузалиш тартиби даволашнинг бошланғич даврида овқат калорияси чегараланганлиги туфайли беморнинг энергетик имқониятларини тежаш заруриятдан келиб чиқади. Тамаки чекиш ва спиртли ичимликларни ичиш ман қилинади.

Даволи овқат - комплекс даволашда иккинчи асосий омил. Парҳез таом ҳам механик, ҳам кимёвий авайлайдиган, яъни меъданинг секретор фаолиятини қўзғатмайди-ган, кислоталикни пасайтирадиган, меъда шиллик пардасини таъсирламайдиган бўлиши керак. Овқатланиш тез-тез (кунига 5-6 марта) буюрилиб, таом яхши қайнатилган, буғда пиширилган, эзилган бўлиши лозим. Овқатланишда ёғлик гўшт, балиқ, қанатилмаган сабзавот ва мевалар, туз-ланган ва дудланган гўшт маҳсулотлари, қонсервалар, кол-басалар, аччиқ ва шўр таомлар истеъмол қилиш таъқиқланади. Кейинчалик овқат таркибида оқсил, ёғ, карбон сувлар, витаминлар, микроэлементлар физиологик меъёрда бўлиши шарт. Лекин парҳез таомларнинг яра битиши

⁴Harrison's Principles of Internal Medicine 19/E (Vol. 1 Vol2) - USA 2015 English.,p.- 2054-2060

тезлигига бевосита таъсирини тасдиқловчи далиллар йўқ. Сут махсулотлари аслида зарар, чунки сут таркибидаги калций ва оқсил гастрин ажралишини стимуллаши (кўзғатиши) ҳисобига кислота секрециясини кўпайтиради.

Дори-дармонлар билан даволаш. патогенетик тамойил (принцип) асосида бажарилади: меъда шираси ажралишини пасайтириш, унинг таркибидаги хлорид кислотасини ва пепсинни бириктириб олиш, шиллик парда химоя фаолиятини, хужайралар регенерациясини ва маҳаллий қон айланишни сошлаш, хеликобактер пилорига қарши антибактериал моддаларни қўллаш тавсия қилинади.

• **H₂ рецепторлар антагонистлари** - узоқ вақт давомида меъда шираси кислоталигини пасайтиради, яра битишини тезлаштиради, хасталик қайталанишини камайтиради.

Циметидин (тагамет) - нонуштадан сўнг ва уйқуолдидан 400мг.

Ранитидин - уйқудан олдин 300 мг дан.

Фамотидин - 20 мг дан 2 марта ёки 40 мг уйқудан олдин.

Омепрозол - кунига 20 мг дан 1 марта 4-6 хафта мобайнида.

Ранисан - 1 таблеткадан кунига 2 марта.

• **Антацидлар.** H₂ рецепторлар антагонистларига ўхшаш яра битишини тезлаштиради. Силикат асосидаги алюминий ва магний антацидлари меъда шираси тажавузкорлигини пасайтириш мақсадида қўлланилади. Таркибида Ca²⁺ иони бўлган антацидларни қабул қилишлик тавсия қилинмайди, чунки улар гастрин секрециясини кучайтиради, меъда шираси кислоталигини оширади. Магний сақловчи антацидлар буйрак етишмовчилигида қўлланилмайди, чунки токсик Mg²⁺ ионининг тўпланиши вужудга келади.

Эрийдиган антацидлар:

- магний оксиди.
- магний карбонати.
- магний триксиликати.
- викалин, викаир ёки ротор.

Эримайдиган антацидлар:

- алмагел ёки флатугел - 1-2 дозаланган қошиодан 4-5 маҳал;
- фосфалугел - 1-2 пакетдан кунига 4-5 марта.
- пее-хоо ёки алугастрин 30 мл дан кунига 4-5 марта.

Холинблокаторлари - М холинреактив системани қамал қилади ва.уларни ацетилхолинга сезувчанлигини оширади, натижада адашган нервнинг кўзгатувчи таъсири йўтқолади, меъда секрецияси камаяди, меъда силлик мушак кўзғалиши пасаяди.

- Метацин - 0,1% эритмадан 1 мл кунига 2-3 марта тери остига.
- Платифиллин - 0,2 % эритмадан 1-2 мл дан 2 маҳал тери остига.
- Сулпирин (эгнолин) - 2 мл дан 2 маҳал мушак орасига ёки 50 мг дан 3 маҳал овқатдан олдин.
- Пробантин - 15-30 мг дан кунига 3 марта овқатланишдан олдин.
- Гастроцепин - 2 таблеткадан эрталаб ва кечқурун овқатдан олдин.
- Гастробамат, гастрипон - 1-2 таблеткадан 2-3 марта кунига овқатдан олдин.

Спазмолитиклар.

- Но-шпа.
- Папаверин.

Репарантлар - тўқима модда алмашилини созлайди.

- оксиферрискарбон натрий 30-50 мг дан мушак орасига ҳар куни.
- Солкосерил - 2-4 мл дан мушак орасига.
- Винилин - 3-5 капсула уйқудан олдин ичилади.
- облепиха ёғи - 10 мл дан овқатдан олдин кунига 2-3 марта ичилади.
- П-витамины 0,1 г дан 3 маҳал овқатдан олдин ичилади.
- В₁, В₂, В₆, В₁₂, В₁₅, С, А витаминлар.

Шиллиқ пардани ҳимояловчилар яра сатҳини ўраб олиб битишини тезлаштирадilar:

Сукралфат - алюминийнинг органик тузи - 1 г дан таблетка ёки кукуни овқатдан 30-40 олдин 3 марта ва тўртинчиси уйқудан олдин 4-6 hafta мобайнида ичилади.

Висмутнинг коллоидли субцитрати - 1-2 таблеткадан овқатдан 30-40 дақиқа олдин ёки эритмадан 5-10 мл олиб, 15 мл сувга аралаштириб овқатдан олдин 4 hafta ичилади. Булар антацидлар билан биргаликда қабул қилинмайди. Мазкур органик моддалар яра иллатидан ажралаётган оқсил ва аминокислоталар билан қўшилиб, яра сатҳида ва атрофида хлорид кислотаси ва пепсиннинг салбий таъсирига чидамли ҳимоя қаватини вужудга келтиради, лекин кислота ажралишини камайтирмайди. Антацидлар висмут таъсирини пасайтиради, шунинг учун уларни висмут қабулидан бир соат олдин ёки кейин бериш керак.

Е₂ ва Ғ₂ простогландинлар - меъда шиллиқ эпителиясига ҳимоя хусусиятини бажарадилар; улар қон айланишни кўпайтирадilar ва гастрин таъсирида стимуллаштирилган кислота секрециясини пасайтирадilar. Яра касаллигини даволашда простогландинларнинг синтетик ўхшашлари (простациклин, риопростил, энаростил) қўлланилади.

Антибактериал терапия.

- Денол.
- Метронидазол.
- Амоксициллин.
- Трихопол.

Физиотерапия. Хасталикнинг ўткир ва ярим ўткир даврларида Оғрик хуружини тўхтатиш ёки камайтириш мақсадида қоринга иситқич, эпигастрия соҳасига папаверин, платифлин, новакаин, пирилен, фубромеган электрофарези, электр уйқуси, доимий магнит майдони. Чала ремиссия даврида - сантиметрли, дециметрли тўлқин, индуктотермия қўлланилади. Тўла ремиссия даврида носпецифик резистентликни ошириш, гастродуоденал системаси трофикасини яхшилаш мақсадида эндонал усулида тиамин электрофорези, ёқали усулда новакаин электрофорези, қоринга апликация усулида парафин, тиббий балчик, маъдан сувлари ичиш тавсия қилинади.

Халқ табобати.

Даволашда меъда шираси ажралишини, меъда ва ичак девори қисқаришини камайтирадиган, шиллиқ пардани қопловчи, асабни тинчлантирувчи, яра битишини тезлаштирувчи гиёҳдан тайёрланган дори-дармонлар қўлланилади:

1. Қоринга иситқич қўйилади:

- қорақиз(иттиканак), катта қончўп, далачай, барги-зубдон 10 граммдан олиб, майдаланади, аралашманинг 15 граммига 200 мл қайноқ сув қуйиб, 2 соат дамлаб қўйилади, сузиб, 1 ош қошиқдан овқатдан 1 соат олдин 3-4 маҳал ичилади.

- 100 г сувга 10 г қизилмия илдизи, 6 г апельсин пўстини солиб, секин оловда бошлангич ҳажмигача буғлантирилади, сўнгра 60 г асал қўшиб, ҳаммасини кун бўйи 3 бўлиб ичилади. Даволаш давомати 1 ой.

- Тозаланган картошкани эмалли кастрюлкада тузсиз қайнатилади, сузиб 1/2 стакандан 3 маҳал ичилади.

- Янги тайёрланган карам шарбатидан 1/2 стакандан овқатдан 1 соат олдин, илиқ ҳолда кунига 3-4 марта ичилади (40 кун мобайнида).

- Чирғаноқ егадан 3-4 хафта мобайнида 1 чой қошиқдан овқатдан 1 соат олдин 3 маҳал истеъмол қилинади.

- Янги тайёрланган картошка шарбатидан 1/2 стакандан овқатдан олдин кунига 2 марта ичилади.

- 1 стакан бодрезак мевасига 1 стакан қайноқ сув қуйиб, 2 соат дамланади, сузиб, 2 ош қошиқдан овқатдан олдин 3-4 маҳал қабул қилинади.

- Баргизуб қуруқ баргини қайноқ сувда дамлаб, чой сифатида ичилади (миедори деярлик чегараланмаган).

- Янчилган наъматак мевасининг 1 стаканига 2 стакан қайноқ сув қуйиб, 10 дақиқа мобайнида қопқоғи ёпилган эмалли идишда қайнатилади, сўнгра 1 сутка тиндирилади, сузиб, 1/2 стакандан овқатдан олдин кўнга 3 марта ичилади.

- Мўмиё асилни тана вазнига қараб 0,2-0,5 г сутда эритиб, наҳорга ва кечқурун уйқудан олдин 25-30 кун мобайнида ичилади.

2. Зарда қайнашига қарши:

- Картошка. ёки сабзини шарбатини тавсия қилинади.

- 3-4 дона фаоллашган кўмир илиқ чой билан ичилади.

- тиллабош ўсимлигининг 1 ош қошиғига 1,5 стакан қайноқ сув қуйиб, 30 дақиқаўраб қўйилади, сузиб, 1 ош қошиқдан овқатдан ярим соат олдин 3 маҳал ичилади.

Хулоса

Маъруза охирида ўтилган мавзу бўйича қисқа хулоса қилиниб, жигар циррози турларини, клиникаси, қушимча текшириш усуллари, фаркли диагноз ўтказиш ва даволаш усуллари туғрисида маълумот берилди.

Назорат саволлари:

1. Ошқозон ва 12 бармоқ ичакнинг яра касаллиги хақида ва унинг тарқалиши хақида тушунча беринг
2. Ошқозон ва 12 бармоқ ичакнинг яра касаллигини замонавий таснифини келтиринг
3. Ошқозон ва 12 бармоқ ичакнинг яра касаллигини ташхислашини айтиб кетинг
4. Ошқозон ва 12 бармоқ ичакнинг яра касаллигини консерватив даволашда юқори технологияларни қўллаш хақида нималарни биласиз?
5. Ошқозон ва 12 бармоқ ичакнинг яра касаллигини даволи овқат билан емлаш хақида нималарни биласиз?
6. Ошқозон ва 12 бармоқ ичакнинг яра касаллигини индивидуал равишда даволашни гапириб беринг
7. Касалликни олдин олиш учун қандай чораларни қулласа бўлади?
8. Даволашда қулланиладиган препаратларнинг ножўя таъсирларини биласизми?

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.-2054-2060
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.

5- мавзу. Бириктирувчи тўқиманинг системали касалликларнинг даволашда юқори технологияларни қўллаш.

Режа:

1. Бириктирувчи тўқиманинг системали касалликларва уларнинг тарқалиши хақида тушунча бериш
2. Бириктирувчи тўқиманинг системали касалликларнинг замонавий таснифи ва ташхислаши
3. Бириктирувчи тўқиманинг системали касалликларни даволашда юқори технологияларни қўллаш

Таянч иборалар: Шегрен синдроми - «қуруқ» синдром, Рейно синдроми - периферик қон айналишини бузилиши, LE хужайралар – нейтрофиллар, ўзичига ядер колдикларни туплаган, ЯҚНВ – яллиғланишга қарши ностероид воситолар, Пульс терапия – дориларни юқори дозада вена ичига ювориши, Антинуклеар антитаналар, ЦИК – циркуляр иммун комплекслар РФ - ревматоид фактор, ЭКГ – электрокардиография ЭхоКС-эхокардиоскопия

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.

ТҚБ кечиши вариантлари ишчи таснифи

Касаллик кечиши характери	Жараён фаоллиги ва фазаси ва даражаси	Зарарланишларнинг клиник – морфологик характеристикаси						
		Тери	Бўғимлар	Сероз қаватлар	Юрак	Ўпкалар	Буйрақлар	Асаб тизими
Ўткир	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 ирадигулоневрит, полиневрит

Қайталанувчи полиартрит	Ўртача (II)	Эксудатив эритема, қирмизи Дискоид волчанк а ва бошқ.						
Дискоидной волчанка синдроми	минимал (I)							
Рейно синдроми и Верльгоф синдроми и Шегрен синдроми	Нофаол даври (ремиссия)			Қурук адгезивн перигепатит, периспленит	Митрал клапанл аришмовчи-иғи	пневмосклероз	пешоб синдроми	

Даволашда юқори технологияларни қўллаш:

Глюкокортикостероидлар

- интенсив терапия
 - пульс терапия
 - комбинацияланган пульс терапия
2. 4- Аминохинолин препаратлари
 - делагил
 - плаквенил
 3. ЯҚНВ
 4. Экстрокорпорал даволаш усуллари
 - плазмаферез
 - иммуносорбция
 5. ТҚБли беморларни даволашнинг дастурли усули⁵

АМАЛИЁТДАН МИСОЛЛАР

31 ёшли бемор ревматология бўлимига куйидаги шикоят билан мурожат қилган: қулнинг майда буғимларида, биллак-панжа, тизза буғимларида Оғрик,

⁵Harrison's Principles of Internal Medicine 19/E (Vol. 1 Vol2) - USA 2015 English.,P.- 218-230

тана хароратининг ошиши, юздаги тошма, соч тўкилиши, озиш, умумий холсизлик.

Анамнездан – бир йил давомида бетоп. Касалликни бола туғиш билан боғлайди – шунда қулнинг майда буғимларида, билак-панжа буғимларида Оғрик, кейинчалик тана хароратининг ошиши, юздаги тошма, озиш Кузатилган. Амбулатор шароитда даволанган самарасиз.

Объектив – умумий ахволи ўртачаоғирликда. Озғин. Териси рангпар, бурун уст ива ёнокларда эритематоз тошмалар. Қул майда буғимларида шиши, ўнг тиззада пальпацияда ва ҳаракатда Оғрик. Упкада суст везикуляр нафас, икки томнда пастки булакларда майда пуфакли хириллашлар. Юрак егалари бироз ап силжиган. Юрак тонлари буғиклашган. Пульс 108 та бир мин Ўтада. Қорниюмшоқ Оғриксиз.

ХУЛОСА

Демак, тизимли қизилбўрича тиббиёт амалиётида кенг учрайди. Бу касалликни ўз вақтида аниқлаш, бошқа тизимли касалликлардан фарқлай билиш, касалликни даволашнинг самарасини оширувчи омиллардан бири бўлиб ҳисобланади. Касалликнинг ташхисини лаборатор ва функционал текширувлар аҳамиятининг катта эканлигини ҳисобга олиб. Тизимли қизилбўрича хос лаборатор ва функционал текширувлардаги ўзгаришларни фарқлай билиш талаб қилинади.

Назорат саволлари:

1. Тизимли қизил бўрича ҳақида тушунча беринг ва таърифлаб беринг
2. Тизимли қизил бўричанинг этиологиясир ва патогенези ҳақида нимабиласиз?
3. Тизимли қизил бўричанинг клиникасини гапириб беринг
4. Тизимли қизил бўричанинг таснифини келтиринг
5. Тизимли қизил бўричанинг кечиш вариантлари қандай?
6. Тизимли қизил бўричанинг диагностик мезонларини айтиб беринг
7. Тизимли қизил бўричанинг асоратлари қандай?
8. Тизимли қизил бўричани даволаши

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. Harrison's Principles of Internal Medicine 19/E (Vol. 1 Vol2) - USA 2015 English.,P.-218-230
3. GadayevA., KarimovM. Sh., AxmedovX.S. Ichki kasalliklar propedevtikasi.- T., 2012, 708 b.

IV. АМАЛИЙ МАШҒУЛОТ МАТЕРИАЛЛАР

1-амалий машғулот: Артериал гипертониялар (АГ) Артериал гипертонияларни даволашда 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.

Масаланининг 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 даволашда замонавий стандарт препаратларини танлаш.
2. Артериал гипертония билан оғриган беморларни даволашда замонавий даволаш протоколларни қўллаш.
3. Вазоренал гипертония билан оғриган беморларни хирургик даволашга тавсия қилиш.

Ишни бажариш учун намуна:

- 1 Кириш қисмида назорат АГ долзарб муамоллари, мазмуннинг моҳияти, тарқалиши, ички касалликлар патологиясида ўрни ва аҳамияти айтиб утилади.
2. Назарий қисмида тингловчиларнинг АГ таснифи билан, клиникаси ва унда Кузатиладиган синдромлар билан ва АГнинг шакллари билан таништирилади АГ ва унинг асоратларини даволашда юқори технологияларни қўллаш тўғрисида маълумотлар берилади; ва даволаш принципларни ургатилади.
3. Аналитик қисмида тингловчилар вазиятли масалалар, тестлар ечадилар, ЭКГ-ларни таҳлил қилади

Замонавий тушунчаларга кўра ҳар хил ташқи омиллар таъсирида бош миyanинг АҚБни 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 гипотонияда 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 гипертонияга қандай касалликлар олиб келади?
2. Симптоматик артериал гипертонияларнинг таснифи
3. Артериал гипертониянинг тарқалиши қандай?
4. Қайси буйракнинг паренхиматоз касалликларда артериал гипертония учрайди? Замонавий даволаш?
5. Реноваскуляр гипертонияларни сабабларини айтинг
6. Вазоренал гипертонияни замонавий даволаш?
7. Қайси эндокрин касалликларда симптоматик артериал гипертония учрайди?
8. Феохромоцитомадаги артериал гипертонияни клиник хусусиятлари қанақа?
9. Феохромоцитоманинг замонавий даволаш 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.
3. Harrison's Principles of Internal Medicine 19/E (Vol. 1 Vol2) - USA 2015 English., P.-218

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

Миокард инфаркти таснифи билан, клиникаси ва унда Кузатиладиган синдромлар билан ва миокард инфарктнинг атипик шакллари ЭКГ-ларни таҳлили.

Ишдан мақсад.

Миокард инфарктнинг долзарб муамоллари, мазмуннинг моҳияти, тарқалиши, ички касалликлар патологиясида ўрни ва аҳамияти.

Масаланинг қўйилиши:

Миокард инфарктнинг ва унинг асоратларини даволашда юқори технологияларни қўллаш; ва даволаш принциплари.

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

1. Юрак ишемик касаллигини даволашда замонавий стандарт гуруҳига кирувчи препаратларни қўллаш.
2. Юрак ишемик касаллигини даволашда замонавий даволаш протоколларини танлаш.
3. Юрак ишемик касалликни асоратларини даволашда замонавий стандарт гуруҳига кирувчи препаратларни қўллаш.

Ишни бажариш учун намуна:

1. Кириш қисмида назоратмиокард инфарктнинг долзарб муамоллари, мазмуннинг моҳияти, тарқалиши, ички касалликлар патологиясида ўрни ва аҳамияти айтиб ўтилади.
2. Назарий қисмида тингловчиларни миокард инфаркти таснифи билан, клиникаси ва унда Кузатиладиган синдромлар билан ва миокард инфарктнинг атипик шакллари билан таништирилади миокард инфарктнинг ва унинг асоратларини даволашда юқори технологияларни қўллаш тўғрисида маълумотлар берилади; ва даволаш принциплари ўргатилади.
3. Аналитик қисмида тингловчилар вазиятли масалалар, тестлар ечадилар, ЭКГ-ларни таҳлил қиладилар.

Назорат саволлари:

1. Юрак ишемик касалликнинг (ЮИК) долзарб муамоллари, тарқалиши
2. ЮИКни таърифлаб беринг
3. Миокард инфарктнинг этиология ва патогенези
4. Миокард инфарктни даволашда юқори технологияларни қўллаш
5. Миокард инфарктни даволашда замонавий хирургик усулларни ишлатиш
6. Миокард инфарктнинг эрта асоратларини гапириб беринг
7. Миокард инфарктнинг кечки асоратларини гапириб беринг
8. Кардиоген шокнинг замонавий даволаш усуллари

9. Ўтқир юрак етишмовчилигини замонавий даволаш усуллари
10. Дресслер синдромини замонавий даволаш усуллари гапириб 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. dayev A., Karimov M. Sh., Axmedov X.S. Ichki kasalliklar propedevtikasi.- T., 2012, 708 b.

3-мавзу: амалий машғулот: Сурункали буйрак касаллигини даволашда юқори технологияларни қўллаш.

Ишдан мақсад:

СБК-нинг долзарб масалалари, мазмуннинг моҳияти, тарқалиши, ички касалликлар патологиясини даволаш ўрни ва аҳамияти.

Масаланинг қўйилиши:

СБК-нинг этиологияси ва патогенези тўғрисида маълумотлар берилди; СБК-нинг таснифи билан, клиникаси ва унда Кузатиладиган синдромлар билан, шакллари билан таништирилади ва даволашда юқори технологияларни қўллаш принциплари.

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

1. Сурункали буйрак касаллигини даволашда замонавий стандарт гуруҳига кирувчи препаратларни қўллаш.
2. Сурункали буйрак касаллигини терминал босқичида даволашда гемодиализ муъолажасини ўтказишга тавсиялар бериш.
3. Сурункали буйрак касаллигини терминал босқичида даволашда буйрак трансплантациясига ўтказишга тавсиялар бериш.

Ишни бажариш учун намуна:

- 1 Кириш қисмида СБК-нинг долзарб масалалари, мазмуннинг моҳияти, тарқалиши, ички касалликлар патологиясини даволаш ўрни ва аҳамияти айтиб ўтилади.
2. Назарий қисмида тингловчиларга СБК-нинг этиологияси ва патогенези тўғрисида маълумотлар берилади; СБК-нинг таснифи билан, клиникаси ва унда кузатиладиган синдромлар билан, шакллари билан таништирилади ва даволашда юқори технологияларни қўллаш принциплари ўргатилади.

Назорат саволлари:

1. Сурункали буйрак касаллиги хақида тушунча беринг
2. Сурункали буйрак касаллигининг патогенези нимадан иборат?
3. СБКнинг клиник белгиларинг айтиб беринг.
4. СБК нечта босқичларини биласиз?
5. СБКни даволашда юқори технологияларни қўллаш хақида нима биласиз?
6. СБКнинг қайси босқичида беморларга гемодиализ буюрилади?
7. Сурункали буйрак касаллигини замонавий консерватив даволаш тамойиллари нимадан иборат?
8. СБК олдин олиш чоралар нимадан иборат?
9. Буйрак трансплантацияга қарши кўрсатмаларни айтиб беринг
10. Перитонеал диализ Қайси ҳолатларда тавсия этилади?

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.

4-амалий машғулот: Ошқозон ва 12 бармоқ ичакнинг яра касаллигини даволашда юқори технологияларни қўллаш.

Ишдан мақсад:

Ошқозон ва 12 бармоқ ичакнинг яра касаллигини долзарб муамоллари, мазмуннинг моҳияти, тарқалиши, ички касалликлар патологиясини даволаш ўрни ва аҳамияти.

Масаланинг қўйилиши:

Ошқозон ва 12 бармоқ ичакнинг яра касаллигини таснифи билан, клиникаси ва унда Кузатиладиган синдромлар билан таништирилади ва даволашда юқори технологияларни қўллашпринципларни.

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

1. Ошқозон ва 12 бармоқ ичакнинг яра касаллигини даволашда замонавий стандарт гуруҳига кирувчи препаратларни қўллаш.
2. Ошқозон ва 12 бармоқ ичакнинг яра касаллигини даволашда эррадикацион препаратларни танлаш.
3. Ошқозон ва 12 бармоқ ичакнинг яра касаллигини даволашда 3 ва 4 компонентлик стандарт гуруҳига кирувчи препаратларни қўллаш.

Ишни бажариш учун намуна:

1. Кириш қисмида ошқозон ва 12 бармоқ ичакнинг яра касаллигини долзарб муамоллари, мазмуннинг моҳияти, тарқалиши, ички касалликлар патологиясида ўрни ва аҳамияти айтиб ўтилади.
2. Назарий қисмида тингловчиларни ошқозон ва 12 бармоқ ичакнинг яра касаллигини таснифи билан, клиникаси ва унда Кузатиладиган синдромлар билан ва миокард инфарктнинг атипик шакллари билан таништирилади миокард инфарктнинг ва унинг асоратларини даволашда юқори технологияларни қўллаш ўғрисида маълумотлар берилади; ва даволаш принципларни ўргатилади.
3. Аналитик қисмида тингловчилар вазиятли масалалар, тестлар ечадилар, ЭКГ-ларни таҳлил қиладилар.
4. Якуний қисм. Хулоса
Кейс: “Ошқозон ва 12 бармоқ ичакнинг яра касаллиги. Янги даволаш усуллари”.

Назорат саволлари:

1. Ошқозон ва 12 бармоқ ичакнинг яра касаллиги хақида ва унинг тарқалиши хақида тушунча беринг
2. Ошқозон ва 12 бармоқ ичакнинг яра касаллигини замонавий таснифини келтиринг
3. Ошқозон ва 12 бармоқ ичакнинг яра касаллигини ташхислашини айтиб кетинг
4. Ошқозон ва 12 бармоқ ичакнинг яра касаллигини консерватив даволашда юқори технологияларни қўллаш хақида нималарни биласиз?
5. Ошқозон ва 12 бармоқ ичакнинг яра касаллигини даволи овқат билан емлаш хақида нималарни биласиз?
6. Ошқозон ва 12 бармоқ ичакнинг яра касаллигини индивидуал равишда даволашни гапириб беринг?
7. Касалликни олдин олиш учун қандай чораларни қулласа бўлади?
8. Даволашда қулланиладиган препаратларнинг ножўя таъсирларини биласизми?

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

5-амалий машғулот: Бириктирувчи тўқиманинг системали касалликларни даволашда юқори технологияларни қўллаш.

Ишдан мақсад: Бириктирувчи тўқиманинг системали касалликларни долзарб масалалари, мазмуннинг моҳияти, тарқалиши, ички касалликлар патологиясида ўрни ва аҳамияти

Масаланинг қўйилиши:

Бириктирувчи тўқиманинг системали касалликларни клиникаси ва унда Кузатиладиган синдромлар билан, шакллари билан таништирилади ва даволашда юқори технологияларни қўллаш принциплари.

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

1. Бириктирувчи тўқиманинг системали касалликларни даволашда замонавий стандарт гуруҳига кирувчи препаратларни қўллаш.
2. Бириктирувчи тўқиманинг системали касалликларни даволашда экстракорпорал (плазмаферез, гемосорбция) усулларни тавсия этиш.
3. Бириктирувчи тўқиманинг системали касалликларни даволашда ГКС ва циклофосфан билан пулс терапияга ўтказишга тавсия бериш.

Ишни бажариш учун намуна:

Амалиётдан мисоллар

31 ёшли бемор ревматология бўлимига куйидаги шикоят билан мурожат қилган: қулнинг майда буғимларида, билак-панжа, тизза буғимларида Оғриқ, тана хароратининг ошиши, юздаги тошма, соч тўкилиши, озиш, умумий холсизлик.

Анамнездан – бир йил давомида бетоп. Касалликни бола туғиш билан боғлайди – шунда қулнинг майда буғимларида, билак-панжа буғимларида Оғриқ, кейинчалик тана хароратининг ошиши, юздаги тошма, озиш Кузатилган. Амбулатор шароитда даволанган самарасиз.

Объектив – умумий ахволи ўртача оғирликда. Озғин. Териси рангпар, бурун уст ива ёнокларда эритематоз тошмалар. Қул майда буғимларида шиши, ўнг тиззада пальпацияда ва харакатда Оғриқ. Упкада суст везикуляр нафас, икки

томнда пастки булакларда майда пуфакли хириллашлар. Юрак егалари бироз ап силжиган. Юрак тонлари буғиклашган. Пульс 108 та бир минЎтада. ҚорниюмшоқОғриқсиз.

Назорат саволлари:

1. Тизимли қизил бўрича (ТҚБ) ни даволашда юқори технологияларни қўллаши хақида нима биласиз?
2. ТҚБ н даволашда медикаментоз усулларни айтиб кетинг
3. ТҚБ ни даволашда экстракорпорал усуллардан фойдаланиш хақида гапирин
4. Кортикостероидларнинг ножўя таъсирларни биласизми?
5. Цитостатикларнинг ножўя таъсирларини гапириб кетинг
6. Пульс-терапия хақида нима биласиз?
7. ТҚБни олдин олиш чоралари қандай?

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.

V. КЕЙСЛАР БАНКИ

Педагогик аннотация

1. **Ўқув предмети:** “Госпитал терапия”.
2. **Мавзуси:** ”ЮИК:миокард инфарктининг атипик кечиш шакллари ва асоратлари”
3. **Кейснинг мақсади:** тингловчиларга миокард инфаркти, унинг юрак касалликлари орасида тутган ўрни, атипик кечиш шакллари ва асоратлари ҳақида аниқ тасаввур ҳосил қилиш, бу касаликка тўғри ташхис қўйиш ва даволаш учун дори моддаларини танлаш ҳамда даволаш режасини тузиш малакасини шакллантириш.
4. **Режалаштирилаётган ўқув натижалари:** кейс стади билан ишлаш натижасида тингловчилар қуйидаги кўникмаларни эгаллашлари лозим:
 - Вазиятли ҳолда “миокард инфаркти” ташхисини тўғри қўйиш учун ҳаракатларнинг алгоритми (кетма-кетлиги)ни аниқ танлай билиши.
 - Миокард инфаркти касаллигини клиник турларини тўғри аниқлаш қобилиятини шакллантириш
 - Мантиқий фикрлашни ривожлантириш.
 - Мустақил равишда беморни олиб бориш тактикаси, шошилиш ҳолатларда ташхисни қўйиш ва даволаш учун қўйилган муаммоларнинг ечимини асосланган ҳолда ҳал этиш.
 - Малакали даволаш ва касалликнинг олдини олиш чораларини танлай олиш.

Тингловчилар кейсни муваффақиятли ҳал этиш учун эгаллаши лозим

бўлган дастлабки билим ва малакалар:

1. Қон айланиш тизимини анатомияси ва физиологиясини билиш.
2. Мокард инфаркти этиологияси, патогенези.
3. Миокард инфарктининг таснифи. Миокард инфаркти клиникаси..
- 3.Миокард инфаркти кечишининг атипик шакллари кликаси.
4. Миокард инфаркти эрта ва кечки асоратлари.
5. Миокард инфаркти клиник лаборатор диагностикаси.
6. Миокард инфарктининг ЭКГ диагностикаси.
7. Миокард инфарктини қиёсий таққослаш.
8. Миокард инфарктини даволаш принциплари.

Ушбу кейс реал клиник шароитда учрайдиган реал воқеликни акс этдиради. **Кейсинг тавсифномаси:**

Ушбу кейс асосий манбалари бўйича ҳаётӣ (кабинетдаги), сюжетсиз, объекти мавжуд бўлган (шахсий), қисқа, тузилмаланган, малака ва кўникмалар орттиришга мўлжалланган матнли-кейс-топшириқдир. Дидактик мақсадларига кўра малака ва кўникмалар орттиришга мўлжалланган.

Кейсдан терапия фанини ўқитишда фойдаланиш мумкин

1. [www. Therapy@ .ru](http://www.Therapy@.ru)
2. [www. ИБС@.ги](http://www.ИБС@.ги)
3. www. Mediasphera@.ru
4. www. Consilium medicum@.ru
5. www. Cardiology@.ru
6. www.tma.uz
7. <http://www.ziyonet.uz>

1-мавзу: ЮИК: миокард инфаркти кечишининг атипик шакллари ва асоратлари.

“Ҳозирги вақтда миокард инфаркти бошланишининг атипик бўлиши типик ҳол”

Кардиологлар хулосаси

Мавзуни асослаш

Миокард инфаркти - юрак ишемик касаллигининг клиник шаклларида бири бўлиб миокарднинг қон билан таъминланишининг ўткир бузилиши натижасида миокарднинг чегараланган некрози юзага келиши билан характерланади.

Миокард инфаркти юрак ишемик касаллигининг (ЮИК) энг кўп учрайдиган клиник шаклларида бири бўлиб, ривожланган мамлакатларда ўлимнинг сабабларидан бири бўлиб ҳисобланади масалан, АҚШда йилига 1 млн. кишида миокард инфаркти ривожланиб, шундан учдан бир қисмида ўлим юзага келади. Олимларнинг ўрганишларича, миокард инфарктининг кўп учраши ёшлар ҳисобига ошиб бормоқда маълумотларига кўра 100 000 та эркакдан 500 тасида, 100 000 та аёлдан 100 тасида миокард инфаркти учраши аниқланди. 40 ёшдан кичик ёшда миокард инфаркти 1000 та эркакка 0,1 – 0,6 та, аёлларда 0,03 – 0,4 тани ташкил қилиб, 65 ёшгача бўлганларда 2 - 7 % ни ташкил қилади.

Шунинг учун миокард инфаркти кечишининг атипик шкллари ва асоратларини эрта аниқлаб, тўғри даволаш, диспансер Кўзатуви олиб

бориш-умумий амалиёт шифокорининг амалий фаолиятида муҳим аҳамият касб этади

Миокард инфаркти-юрак мушакларининг чегараланган некрози бўлиб, унинг қон билан таъминланиши ва талаби ўртасидаги мувозанатнинг бузилиши туфайли юзага келади. Унинг асосида тож артерияларининг атеросклерози, спазми ва атеросклеротик пиликчаларга қон қуйилиши ётади.

Этиологияси .

Миокард инфарктига олиб келувчи барча этиологик омиллар иккита катта гуруҳга булинади.

- 1) коронар артерияларнинг атеросклеротик зарарланиши ва уларда тромбоз ҳолатининг ривожланиши.
- 2) Коронар артерияларнинг атеросклероз билан боғлиқ бўлмаган зарарланиши.

Хавфли омиллар.

Миокард инфаркти (МИ) ривожланишида қуйидаги хавфли омиллар катта роль ўйнайди, булар қуйидагилар:

1. Яқин қариндошларда ЮИК нинг 55-60 ёшгача учраши.
2. Яқинқариндошларда қандли диабет I типининг мавжудлиги.
3. Холестериннинг қондаги миқдори 7 ммоль/л дан ортиқлиги.
4. Чекиш 1 суткада 10 донадан кам бўлмаган, ҳол.
5. Гиподинамия.
6. Текширилаётган беморда қандли диабет мавжудлиги.
7. Артериал босимнинг 160/100 мм.сим.уст. дан ортиқлиги.
8. Яқин қариндошларда артериал гипертензиянинг мавжудлиги.

Миокард инфарктининг таснифи:

1. Некроз ўчоғининг чуқурлиги ва кенглигига кўра (ЭКГ маълумотига асосан)

1.1. Ўйрик ўчоқли QS ёки Q - инфаркт (патологик QS ёки Q тишли миокард инфаркти):

- Ўйрик ўчоқли трансмурал (патологик QS тишли)
- Ўйрик ўчоқли нотрансмурал (патологик Q тишли)

1.2. Майда ўчоқли «Q сиз» миокард инфаркт (патологик Q тишсиз):

- субэндокардиал
- интрамурал

2. Миокард инфаркти жойлашишига кўра:

2.1. Чап қоринча миокард инфаркти:

- Олдинги девор
- олд-тўсиқ девор
- тўсиқ девори
- ён девор
- олд-ён девор

- орқа (орқа-диафрагмал ёки орқа-базал)
- орқа-ён девор
- олд- орқа

2.2. Ўнг қоринча миокард инфаркти

2.3. Бўлмача миокард инфаркти

3. Миокард инфаркт даврлари:

- инфаркт олди
- ўта ўткир
- ўткир
- ўткир ости
- постинфаркт

4. Клиник кечишига кўра

4.1. Чўзилган, рецидивланган, қайталанган

4.2. Асоратланган, асоратланмаган

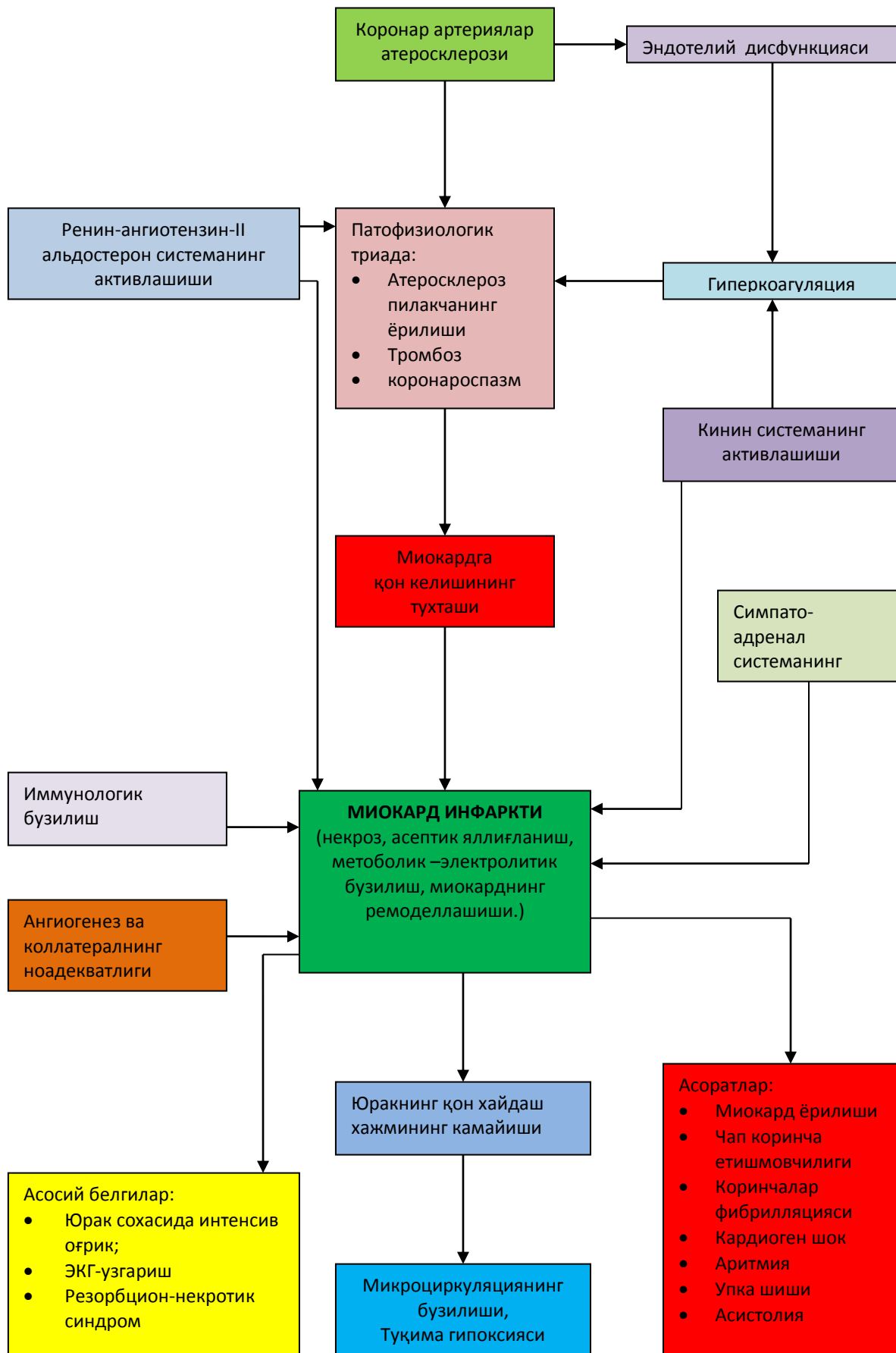
4.3. Типик, атипик

Патогенези.

Миокард инфарктининг ривожланишида қуйидаги триада, яъни, атеросклеротик пиллакчаларнинг ёрилиши, тромбоз ва вазоконстрикция ҳолати муҳим аҳамиятга эга.



Қуйида атеросклероз фонида юзага келган миокард инфарктининг патогенези келтирилган:



Клиника:

Асоратланмаган миокард инфаркти (МИ)нинг клиникаси:

Асоратланмаган ва асоратланган МИ нинг клиник кечиши 5 даврга ажратилади:

1. Продромал (инфаркт олди)
2. ўта ўткир
3. ўткир
4. ўткир ости
5. постинфаркт

Продромал (инфаркт олд) даври

Продромал давр - бу давр МИ ривожланишидан дарак берувчи коронар етишмовчиликнинг ўсиб бориши билан характерланади. Бу давр бир-неча соатдан бир ойгача давом этиши мумкин. МИ билан касалланганлар беморларнинг 70-80 % да бу давр қайд этилади.

Инфаркт олди даври қуйидаги вариантларга ажратилади:

- Авжланувчи стенокардия
- Биринчи марта хуруж қилган стенокардия
- Узоқ вақт оғриқсиз даврдан сўнг рецидивланган стенокардия
- Оғриқсиз шакли

Инфаркт олди даврида беморни объектив кўрилганда, лабларда, тирноқ остида бироз цианоз, аритмик пульс, юрак соҳасидаги терининг гиперальгезияси, юрак чап чегарасининг қисман катталаниши, юрак тонларининг бўғиқлашиши, юрак ритмининг бузилиши, (кўпинча экстрасистолия) аниқланади.

ЭКГ текшируви

Инфаркт олди даврида ЭКГ ўзгариши катта роль уйнади. Айниқса, сутка давомида Холтер бўйича ЭКГ - мониторинг жуда кўп маълумот беради.

Инфаркт олди даврида асосий ЭКГ ўзгаришлар.

- ST интервалнинг депрессияси (ишемик типда)
- бир ёки бир нечта тармоқларда манфий, симметрик «коронар» Т тишга аниқланиши, Т тишнинг баланд ва ўткир учли бўлиши
- бир канча тармоқларда R бўлиниши ва кенгайиши (носпецифик белги)
- патологик Q тиш аниқланмайди
- юрак ритмининг бузилиши (экстрасистолик аритмия)

Инфаркт олди даврида жисмоний зўриқтириш билан ЭКГ синамаси ўтказиш жуда катта хавф туғдиради. Инфаркт олди давридаги ЭКГ картинаси субэндокардиал МИ ЭКГ картинасига жуда ўхшаш бўлади.

Инфаркт олди даврини субэндокардиал инфарктдан фарки шундаки, инфаркт олди даврида резорбцион- некротик синдром бўлмайди.

Инфаркт олди даврида коронар қон айланиш ҳолатини ва коронар артерия шикастланиш даражасини аниқлаш учун коронарография амалиёти бажарилади.

Коронарография натижасига кўра даво методи танланади. Агар коронарографияда коронар томирлар субтотал стенози аниқланса, коронар қон айланишни хирургик йўл билан тиклашга кўрсатма ҳисобланади.

Ўта ўткир давр

Ўта ўткир давр уз ичига миокардда ишемия майдони пайдо бўлгандан то шу майдонда некроз учоги шаклланишигача бўлганвақтни олади. Ўтаўткир давр 30 минутдан 2 соатгача давом этади.

Ўтаўткир даврни юзага чиқарувчи омиллар:

- Интенсив физик зуриқиш
- Психоэмоционал стресс ҳолатлар
- Оператив аралашувлар
- Жароҳат
- Совуққотиш
- Жинсий алоқа
- Инсулинли гипогликемия

Бу даврда беморнинг асосий шикояти Оғриқ синдромидир. Кўпчилик беморларда Оғриқ жуда ҳам кучли бўлади. Оғриқ характериға кўра гижимловчи, босувчи ёки ўткир санчувчи бўлади.

Аксарият беморлар Оғриқнинг жуда ҳам кучлилигини эътироф этишади, аммо баъзи беморлар Оғриқнинг кучсиз интенсивлигини характерлайди, лекин бари-бир стенокардия хуружидаги Оғриқдан кучли бўлади. Клиник Кўзатишларға кўра МИ даги Оғриқ интенсивлиги инфарктнинг кенглигига ва бемор ёшиға боғлиқ. узоқдавом этувчи ва кучли интенсивликдаги Оғриқ йирик ўчоқли МИ да Кузатилади. (М.Я.Руда, А.П.Зыско, 1981).

Оғриқнинг жойлашиши ва берилиши

МИ нинг типик кечишида Оғриқ туш орқа соҳасида юзага келади, баъзида Оғриқ кукрак соҳасининг олдинги юзасини қамраб олади. Оғриқнинг уз навбатида чап қўлга, чап кафт соҳасига, иккала кафтга, баъзида кафт усти соҳасига («билаКўзук» симптоми) иррадияцияси, шунингдек Оғриқнинг ўнг қўлга, ўнг елкаға, ўнг кўрак соҳасига, хаттоки чап оёкка ва мойкка берилиши Кузатилган. Шунини ҳам айтиб утиш лозимки, баъзи клиник вазиятларда Оғриқ нотипик соҳада намоён бўлади, бу эса МИ диагностикасида катта кийинчилик туғдиради.

Оғриқни бартараф қилиш

МИ да Оғриқ стабил стенокардия хуружидаги Оғриқдан фарқ қилиб, тил остига нитроглицерин қабулқилинганда бартараф бўлмайди. Оддий анальгетиклар (аналгин, баралгин ва б.) таъсири хам суст ва узокка чузилмайди. Оғриқ наркотик анальгетиклар ёки нейрелептоаналгезия (дроперидол+фентанил) кулланилганда бартараф бўлади.

МИ нинг ЎтаЎткир даврида бемор Оғриқдан ташқари юракнинг уриб кетишига, умумий холсизликка, Совуқ тер чиқишига, хансирашга, оёқларнинг жонсизлигига («ватые ноги») шикоят қилади. Айрим беморларда қиска вақтли бош айланиш, кўнгил айнаш, баъзида кусиш (асосан чап қоринчаорқа девори МИда) Кузатилади, бу белгилар вагус рефлексларининг активлашиши ёки чап қоринча рецепторларининг стимуляцияси (Бецольд-Яриш рефлекс) билан тушунтирилади.

Объектив курилганда куйидаги узгаришлар аниқланади:

- терининг намлиги
- бурун, лаб, кулоқларнинг куқариши
- нафас тезлашиши
- тахикардия
- АБ ошиши (гиперкатехолинемия)
- пульс тезлашиши, баъзида аритмик
- юрак тонларининг бугиклашиши
- юрак чуққисида систолик шовкин (сурғич мушаклар дисфункцияси)
- баъзида систолик «мушак хуруллаши» эшитилади (митрал регургитация)

Ўткир давр

МИ нинг Ўткир даври некроз учоги шаклланишидан, унинг резорбцияси, миомаляцияси хамда инфаркт учогининг бошланғич фиброзланишигача утган вақтга тўғри келади. Ўткир давр 2 кундан 10-14 кўнгача давом этади. Бу даврнинг давомийлиги некроз учогининг хажмига, резорбцион-некротик массага ва организм реактивлигига боғлиқдир.

МИ нинг Ўткир даврида одатда Оғриқйўқолади. Оғриқнинг йўқолмаслиги некроз учогининг кенгайиб МИ авж олиб бораётганидан, периинфаркт ишемик соханинг кенгайишидан ёки фиброз перикардит ривожланганидан далолат беради.

Миокард инфарктининг лаборатор диагносткаси:

Уз ичига куйидагиларни олади:

Резорбцион-некротик синдром

Резорбцион-некротик синдромМИ Ўткир даврининг асосий клиник-лаборатор белгиси булиб хисобланади. У некротик массанинг резорбцияси ва некроз сохасида асептик Яллиғланиш билан намоён бўлди.

Резорбцион некротик синдромнинг асосий белгилари:

- Лейкоцитоз
- ЭЧТ нинг ошиши
- Тана хароратининг кўтарилиши
- «Яллиғланишнинг биохимик белгилари» пайдо бўлиши
- Қонда некрозланган кардиомиоцитларнинг биохимик маркёрлари пайдо бўлиши

Лейкоцитоз

Лейкоцитоз МИ да 3-4 соатдан кейин ривожланади, 2-4 кунлар максимал даражада ошади ва 3-7 кун сақланади. МИ да қонда лейкоцитоз Кўзатилиши некроз соҳасида асептик Яллиғланиш ривожланиши ва буйрак усти безининг глюкокортикоид функцияси кучайиши натижасидадир. Лейкоцитознинг узоқвақтсақланиб туриши МИ нинг чўзилиб кечиши, янги некроз учоклари пайдо бўлганидан далолат беради, шу билан бирга пневмония, тромбэндокардит, перикардит каби асоратлар ривожланганда ҳам лейкоцитоз сақланади. МИ да лейкоцитоз $15 \cdot 10^9/\text{л}$ гача ва унданда юқорибўлиши мумкин. Лейкоцитознинг $20 \cdot 10^9/\text{л}$ дан ошиши МИ оқибатининг ёмонлигидан далолат беради. Лейкоцитар формула чапга сурилади. Касалликнинг биринчи кунларида қонда эозинофиллар бутунлай йўқолади, бемор ахволи яхшиланиб бориши билан эозинофиллар миқдори нормаллашади.

ЭЧТ нинг ошиши

ЭЧТ нинг ошиши касалликнинг 2-3 кунларига, максимал даражага этиши 8-12 кунларга тўғри келади, сўнгра 3-4 хафтадан кейин нормаллашади. ЭЧТнинг узоқвақтсақланиб туриши МИ ни асоратлари ёки бошқа инфекцион –Яллиғланиш жараёни кушилганлигидан далолат беради.

Маълумки, ЭЧТ миқдорининг ошиши қоннинг оқсил таркибига боғлиқ. Қонда оқсил молекулалари миқдорининг ошиши манфий заряднинг камайишига сабаб бўлади, бу уз навбатида эритроцитлар бир-биридан итарилиш ва муаллак холда туриш хусусиятини камайтиради. ЭЧТ нинг ошишига кўпроқ фибриноген, иммуноглобулин, гаптоглобулин таъсир курсатади. МИ да қонда асосан α_2 -глобулин, фибриноген миқдори ошади.

МИ га характерли белгилардан бири лейкоцитоз ва ЭЧТ орасидаги «кайчи» феноменидир (МИ биринчи хафтасининг охирида лейкоцитоз пасайишига тесқари холда ЭЧТнинг ошиши Кузатилади.

Яллиғланишнинг биохимик белгилари пайдо бўлиши

МИ да некроз ва асептик Яллиғланиш ривожланганлиги сабабли, қонда Яллиғланиш биохимик белгилари ҳисобланган фибриноген, серомукоид, гаптоглобин, сиал кислота, γ -глобулин, α_2 -глобулин, С-реактив оқсилмиқдори ошади.

Қонда некрозланган кардиомиоцитларнинг биохимик маркёрлари пайдо бўлиши:

Миокард инфарктида кардиомиоцитлардан турли-ҳил ферментлар, мушак толаларининг компоненти бўлган - оксил молекулалари ажралиб чиқади. Улар хужайралараро суюкликка тушади, сўнгра лимфа оқимига ва қонга аралашади. Бу моддалар миокард некрози маркерлари дейилади. Бу маркёрларга аспартатаминотрансфераза, лактатдегидрогеназа, креатининфосфокиназа, гликогенфосфоорилаза, миоглобин, миозин, кардиотропонин Т ва I лар киради. Бу маркёрларнинг миқдори қонда фақат миокард некрозида ошмасдан скелет мускуллари шикастланганда ҳам ошади, шунинг учун бу маркерлар 2 гуруҳга ажратилади:

I. Миокарднинг носпецифик маркёрлари: АсАТ, ЛДГ, умумий КФК, миоглобин, Тропонин С.

II. Миокарднинг специфик маркёрлари: кардиотропонин Т ва I , КФК-МВ.

Аспартатаминотрансфераза (АСТ)

Қонда АСТ нормал қонцентрацияси 0.1-0.45 мкмоль/(с*мл) ёки Рейтман-Френкел усули бўйича 28-190 нмоль/(с*л) га тенг.

- МИ да қонда АСТ қонцентрацияси 6-8 соатдан кейин ошади
- 24-36 соатдан сўнг максимал даражага етади

Лактатдегидрогеназа (ЛДГ)

Қонда ЛДГ нормал қонцентрацияси 0.8-4ммоль/ч*л га тенг.

- МИда қонда ЛДГ қонцентрацияси 8-10 соатдан кейин ошади
- 24-72 соатдан сўнг максимал даражага етади
- Максимал даражада 10-12 кун сақланади

Умумий креатинфосфокиназа

Қонда КФК нормал қонцентрацияси 10-195 ХБ/л га тенг.

- МИда қонда КФК қонцентрацияси 3-8 соатдан кейин ошади
- 24-36 соатдан сўнг максимал даражага етади
- Максимал даражада 3-6 кун сақланади

Миоглобин

Қонда нормал қонцентрацияси л га тенг.

- МИда қонда КФК қонцентрацияси 2-3 соатдан кейин ошади
- 6-10 соатдан сўнг максимал даражага етади
- Максимал даражада 24-32 соат сақланади

Кардиотропонин Т

Соғлом одам қонида тропонин Т нинг нормал қонцентрацияси 0-0.1 нг/мл га тенг.

МИ инфарктида тропонин Т спецификлиги 90-100% ташкил қилади. Куйида МИ га характерли бўлган тропонин Т кинетикаси берилган:

- Қонда тропонин Т ошиши ангинал хуружи бошлангандан 3-4 соат кейин Кузатилади;
 - Қонда тропонин Т қонцентрацияси 12-72 соатда пикка чикади;
 - Қонда тропонин Т максимал қонцентрацияда 5-7 кун давомида сақланади, сўнгра пасайиб боради ва 10-15 кунда нормага қайтади;
- Тропонин Т қонцентрацияси ошиш даражаси МИ да некроз учогининг хажмига тўғри пропорционалдир.

Қонда тропонин Т қонцентрацияси куйидаги холатларда ошади:

- Ўткир МИ;
- Ўткир ости МИ;
- Ностабил стенокардия (тропонин Т миқдори унчалик юқорибўлмайди, КФК ва КФК-МВ нормал бўлади);
- Миокарднинг тож томирларга боғлиқ булмаган касалликлари (миокардит, кардиомиопатия, юрак травмалари), бунда МИ дан фарк қилиб тропонин Т динамикаси ўзига хос бўлади;
- Ўткир алкогольли интоксикация;
- Сурункали буйрак етишмовчилиги;

Кардиотропонин I

Соглом одам қонида тропонин I нинг нормал қонцентрацияси 0-0.5 нг/мл тенг.

Тропонин I миокард некрозининг юқори специфик маркёри булиб хисобланади.

Куйида МИ га характерли бўлган тропонин I кинетикаси берилган:

- Қонда тропонин I ошиши ангинал хуружи бошлангандан 4-6 соат кейин Кузатилади;
- Қонда тропонин T қонцентрацияси 24 соатдан сўнг пикка чикади; Қонда тропонин T максимал қонцентрацияда 5-10 кун давомида сақланади, сўнгра пасайиб боради ва кунда нормага қайтади;

Креатинфосфокиназа МВ (КФК-МВ)

КФК-МВ – иккита суббирликдан тузилган: М (мускул) ва В (мия). КФК-МВ изоферменти миокард учун юқори специфик булиб, скелет мускулларида эса 1-3% гача бўлиши мумкин.

Соглом одам қон зардобида КФК-МВ нинг нормал қонцентрацияси 0-24 МЕ/л ёки умумий КФК активлигининг < 6% ташкил қилади.

- Асоратланмаган МИ да КФК-МВ миқдори ангиноз хуруждан 4-8 соатдан кейин ошади
- КФК-МВ қонцентрацияси 12-24 соатдан сўнг максимал даражага етади
- 48-72 соатдан сўнг нормал қонцентрациясига қайтади

МИ утказмаган 3% беморларда КФК-МВ қонцентрацияси ошган бўлиши мумкин. Бундай узгариш қон зардобида КФК нинг атипик изоферментлари сақлаган беморларда кузатилади.

Ўтқир ости давр

Ўтқир ости даврида некроз учогидаги некротик масса бириктирувчи тукимага алмашинади ва атроф тукимадан грануляцион тукима билан чегараланади. Асоратланмаган МИ да Ўтқир ости даври 6 хафтадан 8 хафтагача давом этади. Бу даврнинг давомийлиги некроз учогининг улчамига, организм реактивлигига, бемор ёшига ва МИ асоратларига бевосита боғлиқ.

Ўтқир ости даврида Оғриқ синдроми бўлмайди. Юрак қон-томир системаси текшириб қурилганда ЮКС нормаллашган, юрак чуққисида систолик шовкин эшитилмайди, АБ нормада.

Постинфаркт давр

Постинфаркт даври некроз учогининг бутунлай чандик тукимага айланиши ва юрак қон-томир системасининг янги шароитда ишлашга буткул мослашиши билан характерланади.

Постинфаркт даврида бемор умумий ахволи қоникарли бўлади. Юрак чап чегараси бироз кенгайган, чуққида I тон буғиклашган. Физикал текширувда бошқа орган ва системаларда патология Кўзатилмайди.

Миокард инфаркти кечишининг атипик шакллари

Миокард инфарктининг атипик шакллари дейилганда, асосан, бу касалликнинг атипик бошланиши назарда тўтилади. Миокард инфаркти атипик бошланишида клиникада асосий бўлган Оғриқ белгиси кам ифодаланган, хатто йўқ ҳам бўлиши мумкин. Шунингдек, МИ нинг бошланиши бошқаҳил белгилар билан кечиши мумкин.

МИ атипик кечишининг куплаб учраши охириги йилларда беморларнинг ёшидаги фарк ва қушимча ёндош касалликларнинг мавжудлиги билан изоҳланади.

МИ нинг атипик бошланишини 2 та гуруҳга ажратиш мумкин:

- а) Оғриқли
- б) Оғриқсиз

Оғриқ билан бошланувчи гуруҳга абдоминал ва периферик шакллар киради. Оғриқсиз бошланадиган гуруҳга астматик шакли, коллаптоидсимон, церебрал, диспептик, аритмик, «белгиларсиз», Ўтқирўнқоринча етишмовчили белгилари, тотал юрак етишмовчилиги белгилари билан бошланадиган шакллари киради.

Ушбу гуруҳга кирувчи шакллар оғир кечиши, улимнинг юқорилиги билан характерланади, бунинг сабаби қилиб, эса ушбу касалликнинг кеч ташхисланиши ва беморларни кеч касалхонага ётқизиш тушунтирилади.

Миокард инфарктининг атипик кечиш шакллари миокард инфарктининг бошлангич даврида кўпроқ Кўзатилиб, ташхисни нотўғриқўйишга сабаб ҳам бўлади.

МИ нинг атипик кечиши куп омилларга боғлиқ бўлади.

Булар қуйидагилар бўлиши мумкин.

5. Беморнинг ёши катта бўлиши.

6. Оғир кечувчи артериал гипертензиянинг мавжудлиги.
7. Димланган юрак етишмовчилигининг мавжудлиги.
8. Олдин миокард инфарктини ўтказган беморлар.

1. Абдоминал (гастралгик).

Абдоминал (гастралгик) миокард инфарктининг шакли асосан юрак чап қоринчаорқа деворнинг (диафрагмал) миокард инфарктида Кузатилади, 3% холда эпигастрал, ўнг ковурга, баъзида Қориннингўнг ярмида кучли Оғриқ билан намоён бўлади. Оғриқкўракка, кўраклараро сохага берилиб, кўнгил айнаши, қусиш (беморга енгиллик туғдирмайди), хаволи кекириш, Қориннинг дам бўлиши билан кечади, кам холларда ич суюк келиши мумкин. Қориннинг дам бўлиши ошқозон ва ичаклар парези туфайли рўй беради. Шунини эсдан чиқармаслик керакки, миокард инфарктининг ушбу шаклида ошқозон – ичакдан қон кетиши ҳам Кўзатилиб, у «кофе куйкасимон» қусиш, Совуқ тер билан тер копламининг копланиши, артериал босимнинг тушиши билан кечади.

Қон кетиши ошқозон ёки ичакларнинг Ўткир яраси ёки шиллик каватларнинг эрозияси туфайли рўй беради.

Қоринни пайпаслаганда Қориннинг юқори қисмида, ўнг ковурга сохасида Оғриқ аниқланади, шунингдек, Қориннинг олинги девори мушакларининг таранглашиши, ошқозоннинг Ўткир атонияси ривожланса, эпигастрал қисмда Қориннинг буртиб чиққанлигини ҳам қуриш мумкин.

Миокард инфарктининг ушбу шаклини ошқозон ва 12 бармоқ ичак ярасининг, сурункали калкулёз ва тошсиз холецистит хуружи, Ўткир панкреатит, сурункали панкреатит хуружи, диафрагмал чурра, мезентериал томирлар тромбози каби касалликлар билан қиёсий ташхислаш керак. Бунда айниқса анамнестик маълумотлар, клиник белгиларнинг ўзига хос хусусиятлари, ЭКГ натижалари, қон зардобадаги тропонин, КФК нинг МВ маркерлари миқдори ҳам эътиборга олинади.

2. Астматик шакли.

1) Миокард инфарктининг ушбу шакли 20% беморларда учрайди, асосан трансмурал ёки миокард инфаркти қайталаганда, папилляр мушаклар инфарктида Кузатилади. Бунда митрал клапаннинг Ўткир етишмовчилиги ривожланиб, тезда чап қоринча етишмовчилиги ва упкада димланишга олиб келади.

2) Ушбу шаклнинг бошланишида физик ёки эмоционал зуриқишлар А/Б нинг кескин кўтарилиши (гипертоник кризлар) муҳим роль уйнайди.

3) Бу шаклда миокарднинг чуқур ишемияси ва чап қоринча кикарувчанлигининг Ўта сусайиши, кардиосклероз сохасига қушимча янги инфарктли учокларнинг қушилиши натижасида кичик қон айланиш доирасида Ўткир димланиш белгилари пайдо бўлади. Аускультация крепитация ва упка артериясида II тон зарбли бўлади.

4) Миокард инфарктининг астматик шаклида қуйидаги белгилар билан характерланади, яъни, беморларни ифодаланган бугилиш хуружи, пушти рангли купиксимон балгам безовта қилади, объектив: ортопноэ холати,

акроцианоз кўзга ташланади, беморни Совуқ тер босади, упканинг аускультациясида упканинг пастки кисмида майда пуфакчали нам хириллашлар, крепитация эшитилади. Шуни хам таъкидлаш керакки, астматик шаклда юрак сохасида Оғриклар бўлмайди ёки кам ифодаланган бўлади.

3.Коллаптоид шакли.

Миокард инфарктининг коллаптоид шакли миокард инфаркти асорати-кардиоген шокнинг клиник курилиши белгилари ҳисобланади. Бу шакл асосан трансмурал, қайталанган миокард инфарктида учрайди, шунингдек, қари ёшдаги беморларда қон босимининг тўсатдан тушиб кетиши, хушидан кетиш ҳолати Кузатилганда миокард инфарктининг ушбу шаклини эсдан чиқармаслик керак. Миокард инфарктининг ушбу шакли бош айланиши, Кўз олдининг коронгилашиши, артериал қон босимининг тушиб кетиши, хушдан кетиш ҳолатлари юзага келиши билан характерланади, аммо, эс-хуш йўқолмайди, юрак сохасида Оғрик безовта қилмайди (баъзида эса кам ифодаланган Оғриқсимон сезгилар бўлиши мумкин). Бемор Совуқ тер билан қопланиб, пульс тезлашади, тулалиги сусаяди, аритмиялар хам Кўзатилиши мумкин. Ташхисни тўғри асослашда, ЭКГ амма ва лаборатор текширувлари натижалари ҳисобга олинади.

4.Шишли шакли.

Миокард инфарктининг ушбу шакли трансмурал, қайталанган миокард инфарктида Кўзатилиб, бунда тотал юрак етишмовчилиги ривожланади.

Миокард инфарктининг ушбу шаклига хансираш, бушашиш, юрак уйноги, болдир сохаларида шиш, (оғир ҳолларда асцит) бўлиши ҳос.

5.Аритмик шакли.

Миокард инфарктининг ушбу шакли 1-2% беморларда учраб, асосан трансмурал, қайталанган миокард инфарктида ва қарияларда Кузатилади. Миокард инфарктининг аритмик шаклида асосий клиник белгилар юрак ритмининг турли бузилишларига ҳос булиб, улар асосий шикоятларини ташкил қилади, Оғриқ синдроми бўлмайди. Миокард инфарктининг аритмик шаклига суправентрикуляр ёки қоринчали пароксизмал тахикардия, поллитоп экстрасистолиялар, мерцал аритмия пароксизми ёки тўсатдан ривожланувчи атриовентрикуляр камалларнинг бўлиши ҳос. Миокард инфаркти аритмик шаклининг ўзига ҳос хусусияти бош мия ишемиясининг клиник белгиларининг: бош айланиши, кулоқларда шовкин, Кўз олдининг коронгулашуви ҳос булиб, бу белгилар асосан қоринчали пароксизмал тахикардия, поллитоп қоринчали экстрасистолияда Кўзатилиб, оқибатқоринчалар фибрилляциясининг ривожланиши билан хавфли ҳисобланади. Шунингдек, тўлик атриовентрикуляр камалнинг оқибати асистолия ривожланиши билан кечиши мумкин.

Миокард инфарктининг аритмик шаклида ЭКГнинг аҳамияти катта хисобланади. Шунингдек, қонда резорбцион некротик синдромни аниқлаш ҳам роль уйнайди.

Шуни ҳам эсда тутиш лозимки, қоринчали пароксизмал тахикардия баъзан, тўлиқлигича миокард инфарктининг ЭКГ белгиларини бериш мумкин, шунинг учун ушбу хуруж бартараф этилгандан сўнг ЭКГ аммани қайта тушириш керак бўлади.

6.Церебрал шакли. (Цереброваскуляр).

Миокард инфарктининг ушбу шакли 4-18% беморларда, асосан эркакларда, церебрал артериялар атеросклерози бор беморларда Кузатилади.

Бундай беморларда миокард инфаркти ривожлангунча, бош мия қон айланишининг турли даражали бузилишлар утказилганлиги артериал гипертензия мавжудлиги аниқланади.

Беморлардаги клиник белгилар бош мияда қон айланишининг камайиши ва бош миянинг ишемияси туфайли юзага чикади. Беморларда ифодаланган бош айланиши, Кўз олдининг коронгилашуви, кулоқларда шовкин, қўнғил айниши, умумий бушашиш ва хатто утиб кетувчи куриш қобилятининг бузилиши, транзитор ўчоқли неврологик белгилар Кузатилади. Юрак соҳасида Оғриқлар бўлмайди, аммо, ритм бузилишлари (корринчали экстрасистолия) аниқланиши мумкин. Бош мия қон айланишининг органик бузилишлари камроқ учрайди. Бунда асосан бошмия артериялари тромбози ва бунинг натижасида ишемик инсулт юзага келади ва парез, сузлаш қобилятининг бузилиши, ўчоқли неврологик белгилар пайдо бўлади.

Миокард инфарктининг ушбу шаклини классик миокард инфарктида Кўзитиладиган церебрал белгилардан фарқлаш керак. Классик миокард инфарктида церебрал белгилар утиб кетувчи булиб, камроқ ифодаланган ва парезлар Кўзатилмайди. Миокард инфарктининг атипик кечувчи цереброваскуляр шаклида эса церебрал белгилар устун бўлади.

Миокард инфарктининг ушбу шакли ЭКГ текшируви, қонда резорбцион – некротик синдром кўрсаткичлари натижарини таҳлил қилиш орқали ташхисланади.

7. Ўткирўнгқоринча етишмовчилиги белгилари билан бошланувчи шакли.

Ўткирўнгқоринча етишмовчилиги белгилари билан МИ бошланиши шакли жуда кам учрайди.

Бу шакли асосан тотал чап қоринчаорқа диафрагмал миокард инфарктида ўнгқоринчага некротизинг тарқалишида ёки яқка ҳолатда ўнгқоринча миокард инфарктида учрайди.

Маълумки, ўнгқоринчанинг массаси чап қоринчаникидан камроқ, шунинг учун ҳам унинг зарарланишида Ўткирўнгқоринча етишмовчилиги белгилари ва катта қон айланиш доирасида димланиш юзага келади.

Натихасида ўнг коворга тагина Оғриқ пайдо булиб, пайпаслаганда жигар Оғриқли эканлиги аникланди. Шунингдек беморларни кўнгил айланиши, қайт килиш ҳам безовта қилади., 18-20 соат ўтқач периферик шишлар пайдо бўлади.

Корин бўшлиғидаги Оғриқ бу миокард инфарктининг асоратланишидан далолат беради, баъзида бу шаклда ритм ва утказувчанликнинг бузилишлари ҳам кушилиши мумкин.

8. Миокард инфарктининг тотал юрак етишмовчилиги белгилари билан бошланувчи шакли.

Бу шакл асосан некроз учоги катта бўлган холда юзага келиб, бунда чап қоринча ва ўнгқоринчага некроз учоклари тарқалиши натихасида катта ва кичик қон айланиш доираларида димланиш белгилари биргаликда келади.

Чап қоринча етишмовчилигининг белгилари булиб юрак астмаси ёки упка шиши, ўнгқоринча етишмовчилигининг белгилари булиб эса коринда Оғриқ, жигарнинг катталашиши, кўнгил айланиши, қайт килиш ва б. белгилари хисобланади.

Бу шакл жуда оғир кечиб, уни аниқлаш жуда кийин хисобланади, чунки бунда юракда декомпенсация юзага келган бўлади.

ШифоҚорнинг диққат эътиборини шунинг учун ташхисни тўғри куйишда димланган юрак етишмовчилиги бор беморда «сабабсиз», «изохсиз» ахволининг ёмонлашуви, юрак етишмовчилиги белгиларининг кучая бориши сергаклантириши лозим.

Бундай холларда албатта электрокардиография ва бошқа текшириш усуллари тавсия этилади.

9. Миокард инфарктининг диспептик белгилари билан бошланувчи шакли.

Миокард инфарктининг бошланиши диспептик белгилар билан ҳам бошланиши мумкин бу гастрит, яра касаллиги, колит, холециститнинг атипик кечишини ёки озик-овқатдан захарланиши белгиларини эслатиш мумкин. Бу шаклда МИ нинг абдоминал кечишидан фаркли уларок корин сохасида Оғриқ хос бўлмайди.

Диспептик шакл билан кечиши асосан қари ёшли кишиларда ва қушимчаошқозон–ичак тракти касалликлари ёки мезентериал томирлар атеросклерози мавжуд бўлган холатлар учрайди.

Ташхисни асослаш учун электрокардиография ва лаборатория текширувлари динамикада таҳлилқилинади.

Миокард инфарктининг электрокардиограммаси

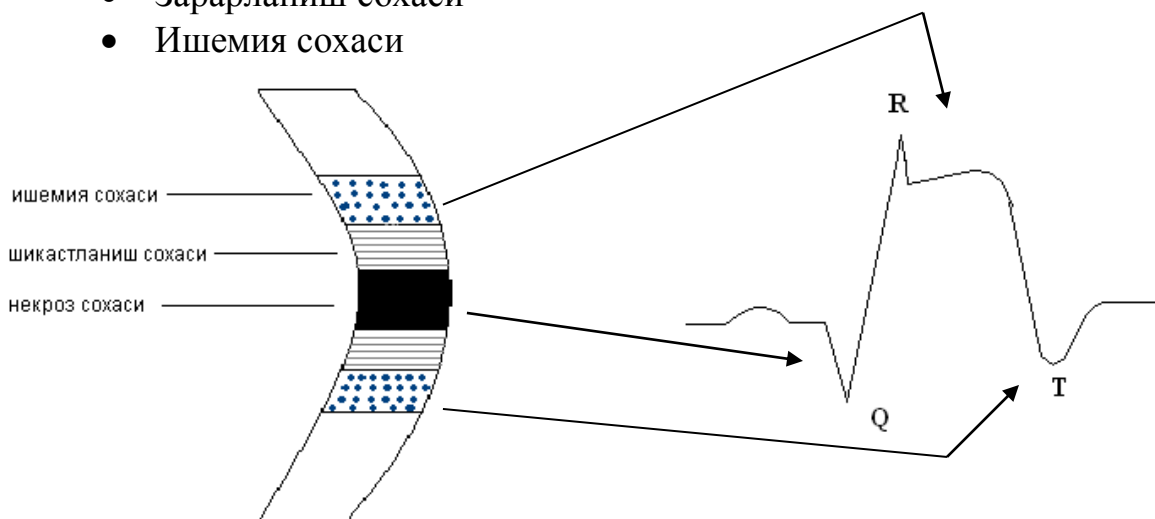
Миокард инфарктининг типик кечишида, яъни statusanginosus да ташхис куйиш кийинчилик туғдирмайди, аммо атипик кечишида ташхис асосан замонавий диагностик методлар асосида куйилади, буларга биринчи навбатда ЭКГ, лаборатор текшируви, эхокардиография киради.

Электрокардиография МИ да асосий диагностик усул булиб, бу усул миокарда ишемия ва некроз сохасини мавжудлигини аниқлабгина колмасдан, унинг жойлашишини, улчамини ва юзага келган асоратларини (юррак аневризмаси, юрак ритми ва утказувчанлигининг бузилишини,) фиксация қилади.

МИ га шубҳа бўлганда зудлик билан ЭКГ нинг 12 уланмаларида (уч стандарт, уч кучайтирилган ва 6 та кукрак тармоклари) регистрация килиш зарур. Маълум вазиятларда ЭКГ Небо уланмаларини ҳам қайд этиш зарур.

Электрокардиограмма - МИ ривожланганда 3 та сохани қайд этади.

- Некроз сохаси
- Зарарланиш сохаси
- Ишемия сохаси



Некроз сохаси- миокард шикастланиши учогининг марказида жойлашади. Некроз сохасида миокард толалари нобуд бўлади. Некроз сохаси уз электрик таркибини йўқотади, яъни электрик инерт соха хисобланади. Некроз сохаси трансмурал ва нотрансмурал бўлади. ЭКГ да трансмурал некроз патологик QS ёки Q тиш пайдо бўлиши билан намоён бўлади.

Зарарланиш сохаси – некроз сохасининг перифериясида жойлашади. Зарарланиш сохасининг миокард толаларида қон билан таъминланиш бузилиши хисобига гистологик узгаришлар вужудга келади. Зарарланиш сохаси ЭКГ да ST интервалнинг изолиниядан юқорига ёки пастга силжиши билан намоён бўлади.

Ишемия сохаси - зарарланган соханинг атрофида жойлашади ва миокард толаларида дистрофик узгаришлар юзага келиши билан характерланади. Ишемия сохасида метаболизм узгаради, бу эса реполяризация фазасининг бузилишига олиб келади. Реполяризация фазасининг бузилиши ЭКГ да T тишчаниннг ўзгариши билан қайд этилади.

МИ кечиши ЭКГ нинг узгариш характериға кўра куйидаги боскичлар тафовут этилади: *ўта ўткир, ўткир, ўткир ости, чандиқланиш*.

Ўта ўткир босқич

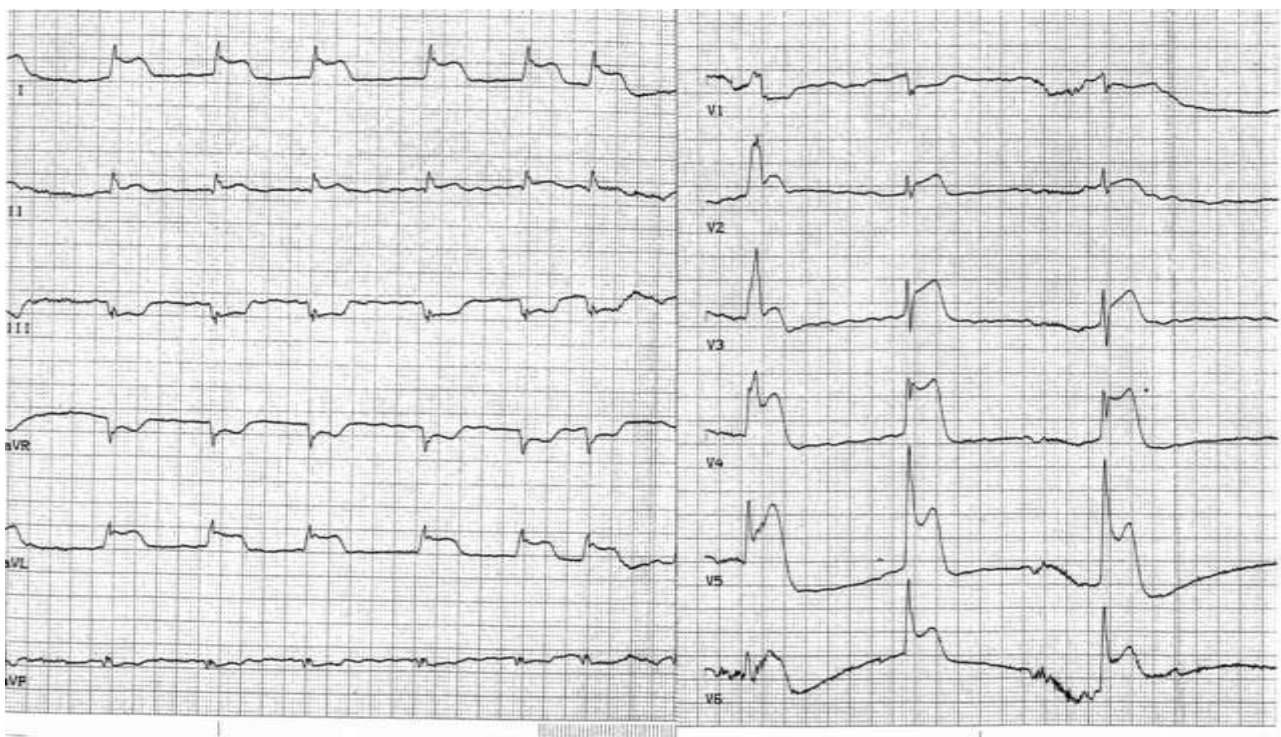
Бу босқич икки фазага ажратилади. Бошлангич ишемия учоги ҳосил бўлиш фазаси. Бу фаза давомийлиги 15-30 мин, ЭКГ да Т тишча амплитудаси баланд ва Ўткирлашиши қайд этилади. Ишемия фазаси тезда шикастланиш фазасига ўтади, бу фазада ST интервалнинг изолиниядан пастга ёки юқорига силжиши қайд этилади. Ўтаўткир босқичнинг охирида миокарда некроз шаклланади, бу эса ЭКГда патологик Q тиш ёки QS комплекси пайдо бўлади.

Ўтаўткир босқич қисқа вақт давом этади (30 минутдан – 3 соатгача) шу сабабли бу стадияни ЭКГ да қайд қилиш камдан-кам ҳолларда амалга оширилади.

Ўткир босқич

МИ ўткир босқич 1- 2 ҳафтагача, баъзан 3 ҳафтагача давом этади. Бу босқич характерли ЭКГ белгилари қуйидагича:

- Патологик Q тиш ёки QS комплекси пайдо бўлиши
- R – тиш амплитудасининг камайиши
- ST интервалнинг изолиниядан юқорига гумбазсимон силжиши
- Т тишчанинг илк шаклланиши



Q-тишли миокардинфарктини ЭКГ қуриниши (ўткир босқичи)

Ўткир ости босқич

МИ ўткир ости босқичи 2 ҳафтадан 1.5-2 ойгача давом этиши мумкин. ST интервал элевациясининг 3-4 ҳафтадан кўпроқ вақт сақланиши юрак

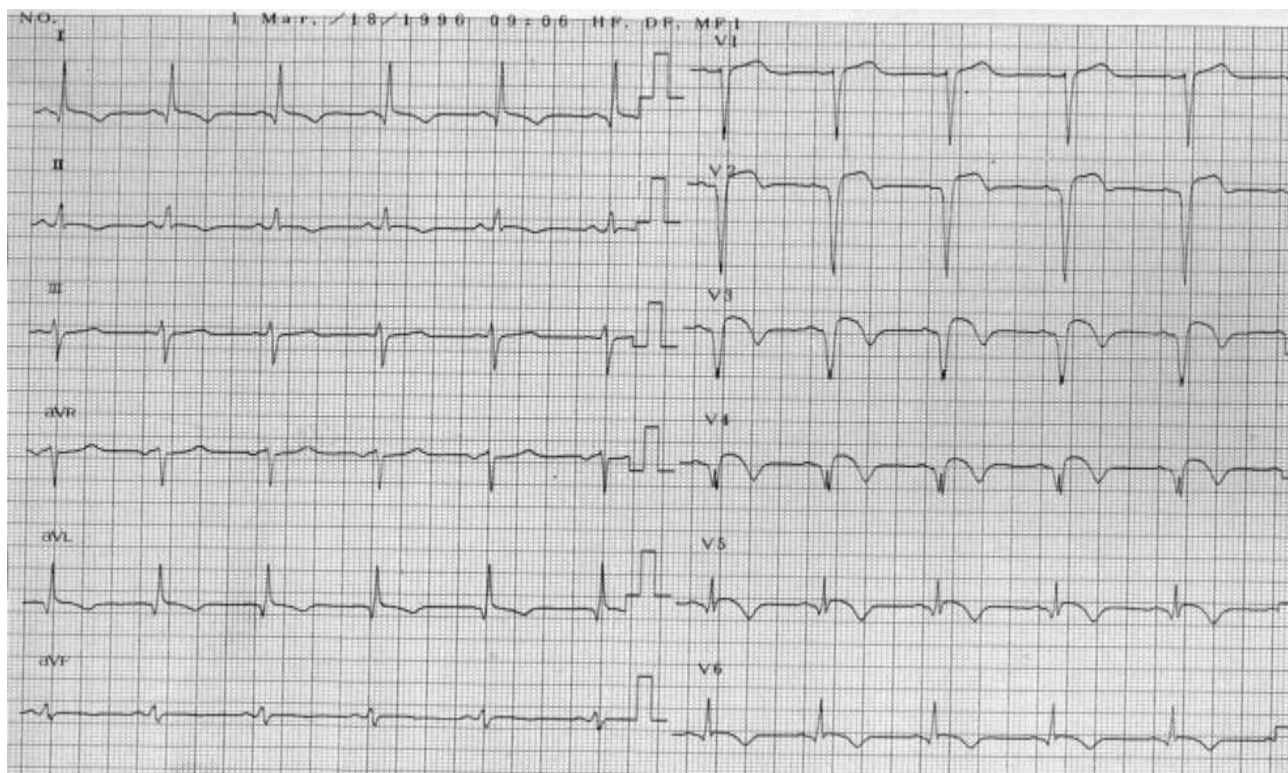
аневризмаси шаклланганлигидан далолат беради («котиб колган ST интервал»).

Миокард инфарктнинг ўткир ости боскичида ЭКГ да некроз ва ишемия сохаларининг белгилари мавжуд бўлади, аммо МИ нинг бу боскичида зарарланиш сохаси бўлмайди. Зарарланиш сохасининг бу боскичда йўқолиши некроз сохаси атрофида коллатерал қон томирлар хисобига қон айланишнинг яхшиланиши ва миокард толаларида метоболизмнинг тикланиши билан тушунтирилади.

МИ нинг ўткир ости босқичининг характерли ЭКГ белгилари куйидагича:

- Патологик Q ёки QS комплекси
- ST интервалнинг изолинияга қайтиши, бу шикастланиш сохасининг йўқолганлигидан далолат беради
- ишемии сохасини ифода этувчи манфий ва симметрик («коронар») T тишча. T тишчанинг чуқурлиги секин-аста камайиб боради.

МИ нинг ўткир ости босқичида манфий T тишчанинг динамикасини баҳолаш жуда муҳим. Ишемия сохасида метоболизм яхшиланиб бориши натижасида манфий T тишча чуқурлиги камаяди. Ўткир ости босқичининг охирида манфий T тишча текисланади ва хатто бироз мусбат булиб қолади. Ўткир ости босқичининг тугаганлигини билдирувчи мезон- T тишча динамик ўзгаришининг тўхташидир.



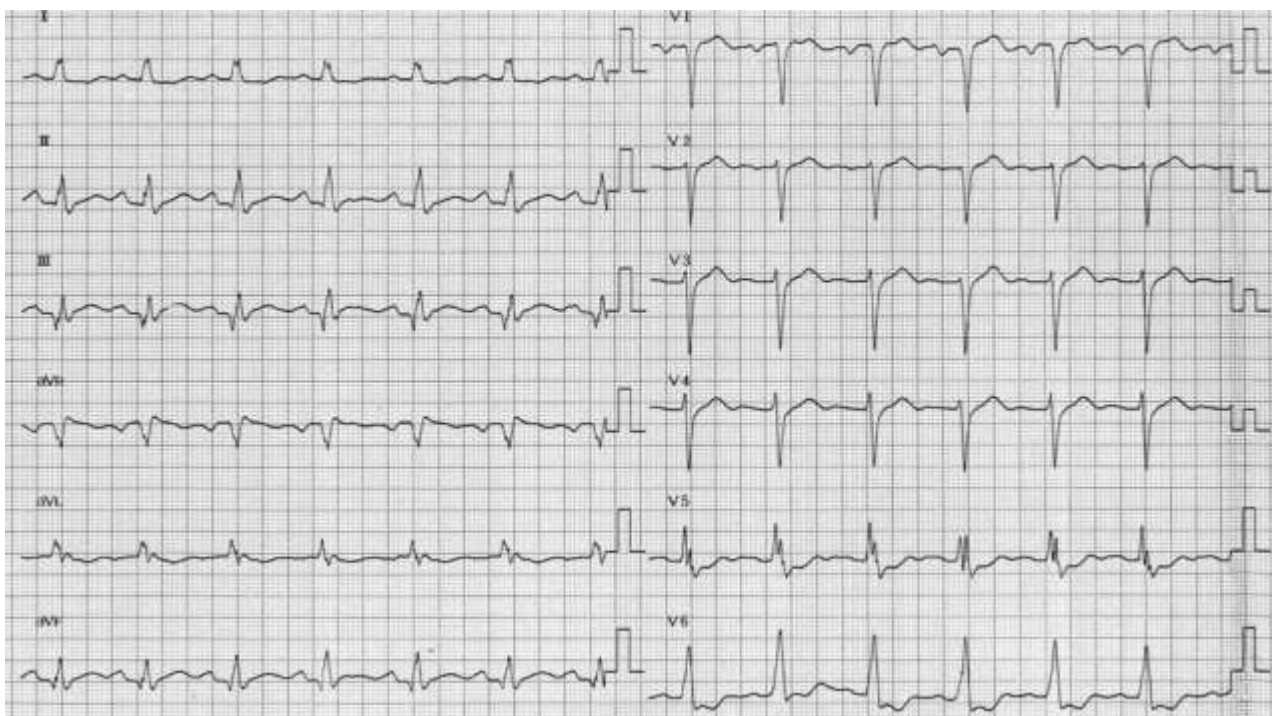
Q-тишли миокард инфарктини ЭКГ куриниши (ўткир босқичи

Чандиқланиш босқичи

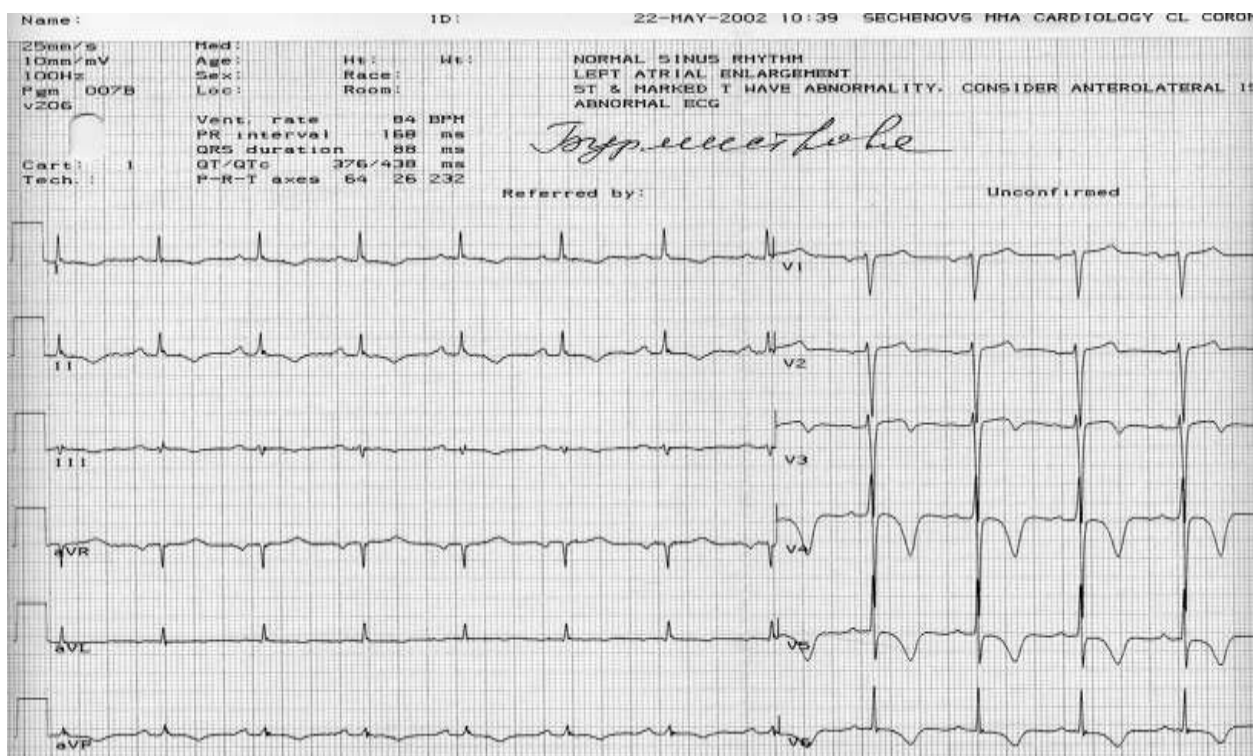
МИ нинг чандиқланиш босқичи некроз атрофида фиброз тукима ривожланиши ва посткардиосклероз даврига утиши билан характерланади. Чандиқланиши босқичида ЭКГ да ишемия ва шикастланиш белгилари бутунлай йўқолади.

МИ нинг чандиқланиши босқичи характерли ЭКГ белгилари қуйидагича:

- Патологик Q тишчанинг сақланиши. Q тишча беморнинг ЭКГ сида бутун умр сақланиб қолади. Чандиқ сохасида компенсатор гипертрофия хисобига Q тишчанинг кенглиги ва чуқурлиги бироз камайиши мумкин, лекин нормага қайтмайди.
- ST интервалнинг изолинияда жойлашиши
- T тишчанинг динамикада ўзгаришининг Кўзатилмаслиги. T тишча манфий, текисланган (изоэлектрик) ёки бироз мусбат бўлиши мумкин.



Q-тишли миокард инфарктини ЭКГ куриниши (чандиқланиш босқичи)



Q-тишчасиз миокард инфарктининг ЭКГ кўриниши

Миокард инфарктининг топик ЭКГ диагностикаси:

12 уланмаларда ва бир нечта вазиятларда қушима махсус уланмаларда ёзиб олинган ЭКГ билан МИ нинг локализациясини аниқлаш мумкин. Бу шундай тушунтириладики, ЭКГ нинг хар бир уланмаси миокарднинг маълум бир соҳасидаги узгаришни қайд этади:

I – олдинги ёки ён девор;

II – олдинги ва орқа деворнинг шикастланиши бир-бирига боғлиқ равишда ўзгариши;

III – орқа девор (диафрагмал юза);

aVL – ён девор;

aVF – орқа девор (диафрагмал юза);

V₁, V₂ – қоринчалараро тусик;

V₃ – олдинги девор;

V₄ – юрак чуққиси;

V₅V₆ – ён девор;

V₇V₈V₉ – орқа деворнинг базал соҳаси;

Эхокардиография

МИ диагностикасида эхокардиография муҳим рол уйнайди. Бу метод ёрдамида, МИда чап ва ўнг қоринчалар миокардининг локал кинетикасини бузилишларини аниқланади. Локал кинетиканинг бузилишлари миокард гипокинезия, акинезия, дискинезия, гиперкинезия кўринишида бўлиши мумкин. Миокарднинг локал бузилишлари Q тишсиз МИ га нисбатан Q тишли МИ да кўпроқ аниқланади.

Ўнг қоринча МИ нинг асосий эхокардиографик белгилари:

- ўнг қоринча қисқарувчанлигининг сусайиши ва дилатацияси
- уч тавақали қопқоқнинг нисбий етишмовчилиги
- ўнг бўлмача дилатацияси
- ўнг бўлмача босими ошиши ҳисобига бўлмачаларо деворнинг чап бўлмача томонга кепчиши
- пастки ковак венанинг дилатацияси

Эхокардиографик текшируви ЭКГ ўзгаришлари миокард инфарктни кўрсатишига ўхшаш бўлган қуйидаги касалликларни фарқлаш қилишга имқон беради:

- ўпка артерияси тромбозми
- аортанинг қаватланувчи аневризми
- дилатацион ва гипертрофик кардиомиопатия

Миокард инфарктини даволаш

Даволашнинг самарадорлиги ва хасталик оқибати ўз вақтида ташхисни аниқлашга, зудлик билан жадал даво кўрсатиладиган хонага ётқизишга, юрак-қон томир системаси ҳолатига ва хасталикнинг клиник кўринишига нисбатан даволаш воситаларини эрта қўллашга бевосита боғлиқ. Бемор камида 24 соат ўринда ётиши шарт, чунки пассив ҳолат миокарднинг кислородга бўлган эҳтиёжини камайтиради, шикастланиш соҳаси кенгайишига қаршилик кўрсатади, ҳар ҳил асоратлар ривожланишининг олдини олади, шикастланган миокардда реператив (чандикланиш) жараёни тезлаштиради. 2-куни ўринда пассив ҳаракатга руҳсат берилади. Агар асоратлар кўзатилмаса, 3-куни ўринда ўтириш мумкин. Беморнинг эрта фаоллашуви димланиш пневмониясида ривожланадиган тромбозми асоратларни олдини олишда аҳамиятли, ҳамда беморнинг руҳий ҳолатига ижобий таъсир кўрсатади. Бемор ҳолати барқарорлашгунча томир орқали овқатлантирилади, кейинчалик - мол ёғи ва ош тузи чегараланган таом берилади.

Беморни даволашдаги терапевтик тадбирлар қуйидаги мақсадларни кўзлайди:

1. ўткир оғриқ хуружини йўқотиш;
2. юрак мароми бузилишининг олдини олиш;
3. қон ивиши системасини бошқариш;

- 4.юрак мушаклари метаболизмини яхшилаш;
- 5.парҳез ва дори-дармон орқали қонда холестерин, триглицерид липопротеидлари миқдорини пасайтириш.

Бундай кенг кўламдаги тадбирлар ўлимни минимумга (энг кам миқдорга) туширишга ва касаллик оқибатини яхшилашга имқон беради.

Оғриқсизлантирувчилар:

Аналгинни 50 фоизли эритмасидан 3-4 мл ва папаверинни 2 фоизли эритмасидан 2 мл олиб вена томирига юборилади. Агар 5-10 дақиқадан сўнг Оғриқ тўхтамаса тезлик билан промедолнинг 2 фоизли эритмасини (1 мл) пиполфенни 2,5 фоизли эритмаси (2 мл) билан венага қўйилади; бир вақтнинг ўзида азот закиси билан оксиген аралашмаси наркози берилади. Агар 10-15 дақиқадан кейин оғриқ йўқотилмаса морфин (1 фоизли эритмасидан 1-2 мл), атропин (0,1 фоизли эритмадан 0,5 мл) ва глюкоза (5>фоизли эритмадан 10 мл) биргаликда аста-секин вена томирига юборилади. Наркотик аналгетиклар нафас олиш маркази фаолиятини заифлаштириб, салбий таъсир кўрсатиши, брадикардия ва артериал гипотензияни, юзага келтириши мумкин. Бундай ножўя ҳолат-ларни олдини олиш учун налоксан (0,5 фоизли эритмасидан 2 мл) вена ичига қўйилади. Нейролептаналгезия - фентанил (0,005 фоизли эритмасидан 2 мл - 0,1 мг) билан дроперидол (0,025 фоизли эритмасидан 2 мл-5 мг) ёки уларнинг тайёр аралашмаси таламонални (2 мл-2мг) глюкозада (40 фоизли эритмадан 10 мл) вена томирига қўйилади. Агар Оғриқ тўхтамаса кўрсатилган дорилар 20-30 дақиқадан сўнг мушак орасига қайта юборилади.

Тож артерияларда қон оқимини тиклаш.

Тромболитиклар - қон томир деворидаги тромбни эритиб, қон оқимини тиклаш ва шу орқали шикастланган ўчоқ ҳажмини чегаралаш хусусиятига эга.

Фибринолизин - 60 000 - 80 000 ТБ 500 мл изотоник эритмада вена томирига томчи ҳолида 5-6 соат давомида юборилади. Фибринолизинни фаоллаштириш учун стрептокиназадан фойдаланади.

Стрептокиназа (1 млн ТБ) 100 мл физиологик эритмада томчилаб 1 соат мобайнида венага қўйилади. Стрептокиназа беморга юборилганда қонда фибриноген миқдорини, протромбин вақтини, тромбоэластография кўрсаткичларини текшириб туриш керак. Стрептокиназа 1 марта юборилади. Стрептокиназанинг қон оқиши, пироген ва токсик реакциялар каби хавфли асорталарининг олдини олиш учун антигистамин дорилар қўлланилади. Тромболитиклар фақат миокард инфарктининг биринчи кунида қўлланилади, чунки 1 суткадан ортиқвақтда ҳосил бўлган тромб, янгига нисбатан, ёмон эрийди. Тромболитиклар билан бир вақтда қон ивиш вақтини узайтириш мақсадида антикоагулянтлар ҳам қўлланилади.

Антикоагулянтлар - таъсир қилиш механизми бўйича 2 гуруҳга бўлинади.

Гепарин - қон ивиши омилларига бевосита таъсир қилади, фибринолизинни фаоллаштиради, тромбоцитлар миқдорини ва уларнинг агрегацияга ва адгезияга мойиллигини пасайтиради, тож артерияларда қон айланишни

яхшилаиди. Гепарин 10 000 - 15 000 ТБ да, кейинчалик 5 000 - 10 000 ТБ да вена томирига кунига 4-6 марта (Кундалик дозаси 30 000 - 60 000 ТБ) 5-7 давомида қўлланилади.

Неодикумарин, синкумар, фенилин, пелентан - қон ивишига билвосита таъсир кўрсатади. Мазкур антикоагулянтларнинг яширин таъсир қилиш даврини ҳисобга олиб, гепарин қабулини тўхтатишдан 2 кун олдин тadbик қилинади.

Аспирин 325 мг дан кунига бир маҳал ичилади.

Аорта-тож артериясини шунтлаш - шунт (сунъий қонайланиш йўли) шйкастланган тож артериялари соҳаларидан ажратилган ҳолда ясалади.

Миокардда некроз ҳажминм чегаралаш.

Нитроглицериннинг 1 фоизли эритмасидан 2 мл олиб, 200 мл физиологик эритмада бемор венасига томчилаб юборилади, ҳолати яхшилангач рег оз қабул қилинади.

Бетта - блокаторлар.

Метопролол - 5 мг физиологик эритмада вена томирига қўйилади, 15 дакикаўтгач, 50 мг дан ҳар 6 соатда ичилади.

Атенолол - 5 мг венага 5 дакика давомида юборилади; 10 дакика ўтгач доза қайтарилади. Агар дори сингдирилиши яхши бўлса, 10 дакиқадан ва 12 соатдан сўнг препарат 50 мг миқдорида рег оз қабул қилинади. Қолган кунлари 50 мгдан кунига 2 марта ичилади.

Анаприлин, обзидан, индерал, кордарон, кордан, верапамил, нифедипин.

Бетта-блокаторлар брадиаритмияда, юрак етишмовчилигида бронх спазмсида берилмайди.

Юрак мароми (ритми) бузилишининг олдини олиш беморни ўлимдан саклаб қолишга ёрдам беради. Шу мақсадда лидокаин, новокаинамид, Р - адренегик рецепторлари блока-торлари, атропин иўлланилади. Бемор орасида айниқса лидокаин фаол антиаритмик восита ҳисобланади ва бошланғич миқдори 10 мг ҳисобида вена томирига юборилади, ке-йинчалик ҳар 30-40 дакиқа оралиғида 50-10 мг да такроран қўйилади. Бундай даволаш хасталик бошланишининг 1-2 -кунларида ўтказилади.

Кардиоген шокни даволаш.

Прессор аминлар: мезатон (1 фоизли эритмадан 0,5-1 мл) ёки норадреналин (0,2 фоизли эритмадан 1 мл) глюкозанинг 5 фоизли 200 мл эритмасида томчи холида вена томирига қўйилади. Булар Оғриқни босиш, артерия босимини кўтариш хусусиятига эга.

Плазма ўринбосарлари: реополиглюкин, реомакродекс, кичик молекуляр декстрант айланиб юрувчи қон ҳажмини кўпайтириш, пасайган артерия қон босимини кўтариш мақсадида қўлланилади. Улар қоннинг ёпишқoқлигини камайтиради, тромбоцитлар агрегацияси олдини олади.

Глгококортикoидлар - преднизолон катта дозада, хасталикнинг оғир ҳолатида бир кеча - кундузда 1000 мг г;1ч.-1 венага юборилади. Даволаш оксиген терапияси мухитида, кислота асослари мувозанатини созлаш асосида ўтказилади.

Дефибрилятор - аритмик шокда мазкур аппарат билан юрак уриши нормал изга солинади.

Дресслер синдромини даволашда ГКСлар ва НЯҚП ларга мансуб препаратлардан қўлланилади.

Юрак мушаклари модда алмашинувини яхшилаш, хужайра мембраналарини химоя қилиш, энергияга бой моддаларни юракка кўпроқ етказиш мақсадида глюкоза-инсулин-калийли мураккаб эритма, маннитол, рибоксин, предпизалон, контрикални қонга томчилаб юбориш мақсадга мувофиқдир.

Бемор касалхонада кун даволанади, сўнгра реабилитация-саломатликни тиклаш мақсадида ихтисослашган кардиология санаторийсига ўтказилади. У ерда бемор ҳам жисмоний (даволи жисмоний тарбия, дозали юриш - кунига 5-8 км гача), ҳам руҳий жиҳатдан тикланади. 3-6 ойдан сўнг бемор ўз ишига қайтиши мумкин. Агар беморнинг иши жисмоний зўр беришликни талаб қиладиган бўлса ёки тўнги сменада ишлашга тўғри келса, уни енгилроқ ишга ўтказилади ёки ноғиронлик нафақаси тайинланади.

II. Тингловчиларга услубий кўрсатма:

2.1. Муаммо:

Бемор С, 53 ёшда, касалхонага шошилиш равишида олиб келинди, беморни куйидаги шикоятлар безовта қилади: эпигастрал, ўнг коворга, баъзида Қориннингўнг ярмида кучли Оғриқ, Оғриққўракка, кўраклараро сохага берилиб, кўнгил айниши, қусиш (беморга енгиллик туғдирмайди), хаволи кекириш, Қориннинг дам бўлиши.

Анамнезидан: Бемор 6 йилдан буён гипертоник касаллик билан оғриб келади. Ирсий анамнез: беморнинг отаси ЮИК, онаси гипертония билан оғрийди. Объектив куриқда: бемор холат оғир. тери коплами оқиш. Юрак тонлари буғиклашган. АБ 110/50 мм.сим.уст. Пульс – 86 та. Упкада везикуляр нафас, пайпаслаганда эпигастрал, ўнг коворга остида кучли Оғриқ сезади.

1. Сизнинг ташхисингиз? Асосланг. 2. Текшириш усуллари танланг.

3. Даволашни тавсия этинг.

2.2. Муаммо ости :

1. Беморнинг ташқи қиёфаси таҳлили.
2. Касаллик анамнезини йиғиш ва миокард инфаркти кечишининг атипик шаклларига сабаб бўлувчи хавфли омилларни ажрата билиш.
3. Объектив текширув натижаларини таҳлил қилиш.
4. Лозим бўлган текширув усуллари (Умумий қон, қонни биохимик текшириш, ЭКГ, ЭХОКГ, Рентгенологик, коронарография)ни танлай билиш.
5. Олинган натижаларни таҳлил қила билиш ва қиёсий ташхис ўтказиш.
6. Клиника шароитида ушбу муаммони ечишнинг мақбул усулини танлаш

2.3Ечим алгоритми:

3. 1. Беморнинг ташқи қиёфаси таҳлили:
Анализ внешнего вида включает в себя следующее исследование
 - кўриқдан ўтказиш
 - пальпация
2. Анамнез таҳлили:
 - шикоятларининг таҳлили
 - ирсий-социал анамнез
 - оғриқнинг характери, давомийлиги, узатилиши, ўтиши?
 - касалликнинг кечишининг аҳамиятлилиги ва нима билан асоратланиши мумкин?
3. Кўриқ таҳлили:
 - пульс, артериал босим, нафас олиш сони
 - ўпка ва юрак перкуссияси
 - ўпка ва юрак аускультацияси
 - умумий қон ва қоннинг биохимик таҳлили
 - рентгенография, ЭКГ, ЭхоКГ текшириш усуллари
4. Клиника шароитида муаммони ечишда маълум бир ечимга келиш
 - олиб бориш ва даволаш тактикаси

Муаммоли вазиятни мустақил таҳлил қилиш ва ечиш учун тингловчиларга йўриқномалар:

Фаолият босқичлари	Тавсия ва маслаҳатлар
1. Кейс билан танишинг	Кейс билан танишинг. Ўқиш мобайнида дарҳол вазиятни таҳлил қилишга шошилманг.
2. Берилган муаммоли вазият билан танишиш.	Яна бир бор маълумотни ўқиб чиқинг, Сизга аҳамиятли кўринган абзацларни ажратинг. Вазиятни таҳлил қилишга ҳаракат қилинг ва ундаги аҳамиятли ҳолни аниқланг.
3. Муаммоли вазият вазифаларининг энг аҳамиятлиларини ажратинг.	Муаммо: ЮИК: миокард инфаркти кечишининг атипик шакллари ва асоратлари бор беморларни кўрация қилиш, уларни олиб бориш ва даволаш тактикасини танлаш.
4. Вазиятни таҳлил қилиш	<i>Вазиятни таҳлил қилишда қуйидаги савооларга жавоб беришга интилинг:</i> Миокард кечишининг атипик шаклларини сананг. Лаборатор ва инструментал дигностикаси ЭКГ босқичларига хос ўзгаришлар

	<p>Қиёсий таққослаш</p> <p>Миокард инфарктининг асоратларини сананг.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Миокард инфарктида даволаш принципларини кўрсатинг. • Оғриқсизлантириш учун нималар қўлланилади? • Тромболитик терапия мақсадида ниамадлар тавсия этилади?
5.Муаммоли вазиятни ечиш усул ва воситаларини танлаш	Муаммони ечиш учун барча вазиятларни кўриб чиқинг, муқобил вазиятни яратинг.
6. Муаммоли вазиятни ечиш воситаларини танлаш	Диагностик хатоликларни кўрсатинг.Ташхис қўйинг, клика шароитида муаммоли вазиятнинг аниқ ечимини топинг

1-илова “Ақлий ҳужум” сўровсаволлари:

1. Миокард инфарктининг ЭКГ диагностикаси.
2. Миокард инфарктини қиёсий таққослаш.
3. Миокард инфарктини даволаш принциплари.

2-илова:1-топширик

Гуруҳларда ишлаш:

“Асалари уяси” иш ўйини

1-гуруҳ:

- 1.Миокард инфарктининг этиопатогенези
2. Таснифи, клиникаси.

2-гуруҳ:

- 1.Миокард инфарктининг лаборатор-инструментал диагностикаси
- 2.Миокард инфаркти кечишининг атипик шакллари?

3-гуруҳ:

- 1.Миокард инфарктининг эрта ва кечки асоратлари?
- 2.Миокард инфарктини даволаш принциплари

3-илова: 2-топширик

“Кластер” техникасидан фойдаланилган ҳолда ЮИК: миокард инфаркти кечишининг атипик шакллари ва асоратлари”ни аниқланг ва ечимини топинг.

Кейс билан индивидуал ишлаш бўйича баҳолаш жадвали:

Қатнашувчи- Лар	Баҳолашнинг мезонлари ва кўрсаткичлари				
	Ушбу муаммоли вазиятни таҳлил қилиш тах 1,0	Муаммони асослаш тах 0,5	Муаммони ечиш учун усул ва воситаларни танлаш тах 0,5	Муаммони хал этиш учун ечимни топиш тах 0,5	Умумий балл (тах 2,5)
1.					
2.					
...					

* 2,0 – 2,5 балл – «аъло», 1,5 – 2,0 балл – «яхши», 1,0-1,5 балл – «қониқарли», 1,0 баллдан кам – «қониқарсиз».

Муаммони гуруҳ бўлиб ечишни баҳолаш жадвали:

Гуруҳлар	Муаммони ечишниг муқобил вариантлари			
	1.	2.	3.	№
1				
2				
№				
Жами				

Муаммони презентация тарзида ечишни баҳолаш жадвали (балл)

Група	Презентациянинг тўлиқлиги ва аниқлиги (1-10)	Презентациянинг кўргазмалиги и (1-10)	Гуруҳ аъзоларининг фаоллиги ва ҳамкорлиги (1-10)	Тавсиялар ва ечимнинг оригиналлиги (1-10)	Меърий нормативларнинг амалда қўлланилиши (1-10)	Умумий тиланган ба (тах 50)
1						
2						
№						

III. Ўқитувчининг кейсни ечиш ва таҳлил қилиш варианты

Муаммо:

ЮИК: миокард инфаркти кечишининг атипик шакллари ва асоратлари бор беморларни кўрация қилиш, уларни олиб бориш ва даволаш тактикасини танлаш.

Вазиятни таҳлил қилиш:

1. Миокард кечишининг атипик шакллари сананг.

МИ нинг атипик бошланишини 2 та гуруҳга ажратиш мумкин:

- а) Оғриқли
- б) Оғриқсиз

Оғриқ билан бошланувчи гурухга абдоминал ва периферик шакллар киради. Оғриқсиз бошланадиган гурухга астматик шакли, коллаптоидсимон, церебрал, диспептик, шишли, аритмик, «белгиларсиз», Ўткирўнқоринча етишмовчили белгилари, тотал юрак етишмовчилиги белгилари билан бошланадиган шакллари киради.

Ушбу гурухга кирувчи шакллар оғир кечиши, улимнинг юқорилиги билан характерланади, бунинг сабаби қилиб, эса ушбу касалликнинг кеч ташхисланиши ва беморларни кеч касалхонага ётқизиш тушунтирилади.

2. Лаборатор ва инструментал диагностикаси

Резорбцион-некротик синдром: Лейкоцитоз, ЭЧТ нинг ошиши, тана хароратининг кўтарилиши, «Яллиғланишнинг биохимик белгилари» пайдо бўлиши, қонда некротланган кардиомиоцитларнинг биохимик маркёрлари пайдо бўлиши.

Миокард инфарктининг электрокардиограммаси

Электрокардиограмма - МИ ривожланганда 3 та сохани қайд этади.

Некрот сохаси - миокард шикастланиши учогининг марказида жойлашади. Некроз сохасида миокард толалари нобуд бўлади. Некроз сохаси уз электрик таркибини йўқотади, яъни электрик инерт соха хисобланади. Некроз сохаси трансмурал ва нотрансмурал бўлади. ЭКГ да трансмурал некрот патологик QS ёки Q тиш пайдо бўлиши билан намоён бўлади.

Зарарланиш сохаси – некрот сохасининг перифериясида жойлашади. Зарарланиш сохасининг миокард толаларида қон билан таъминланиш бузилиши хисобига гистологик узгаришлар вужудга келади. Зарарланиш сохаси ЭКГ да ST интервалнинг изолиниядан юқорига ёки пастга силжиши билан намоён бўлади.

Ишемия сохаси - зарарланган соханинг атрофида жойлашади ва миокард толаларида дистрофик узгаришлар юзага келиши билан характерланади. Ишемия сохасида метаболизм узгаради, бу эса реполяризация фазасининг бузилишига олиб келади. Реполяризация фазасининг бузилиши ЭКГ да Т тишчанинг ўзгариши билан қайд этилади.

МИ кечиши ЭКГ нинг ўзгариш характерига кўра куйидаги боскичлар тафовут этилади: *ўта ўткир, ўткир, ўткир ости, чандиқланиш.*

3. ҚИЁСИЙ ТАШХИСИ.

Миокард инфарктининг белгиларини ўхшаш касалликлар билан фарқлаш керак.

Стенокардиядан фарқи миокард инфарктида оғриқ кескин ва узокдавом этади. Нитроглицерин оғриқни йўқотмайди, фақат салгина камайтиради. Умумий безовталиқ ку-затилади, стенокардияда эса - бемор маълум бир холатда 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 тромбоземболиясига кучли оғриқ, ифодаланган ҳансираш, цианоз, тахикардия, қон тупуриш, шок характерли, қонда лейкоцитоз, ЭЧТ, АсАТ, ЛДГ фер-ментлар 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 ташхисни қийинлаштиради. Бу вазиятда анамнез маълумотларини синчиклаб ўрганиш (олдинги йилларда ўтказилган касалликларни, мазкур хасталикни 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 ёшлик даврларда ривожланади. Бунда оғриқ кескин бўлиб, кўкрак қафасининг юрак соҳасида жойлашади, ҳансираш, тахикардия, цианоз, артерия босими-нинг пасайиши билан Кузатилади; агар пневмоторакс плеврит билан асоратланмаса, иситмалаш, лейкоцитоз, ЭЧТ ривожланмайди, ЭКГда миокард инфарктига хос ўзгаришлар қайд қилинмайди. Рентген текширишлари ташхисни тасдиқлайди.

4. Миокард инфарктининг асоратлари:

Кардиоген шок, аритмиялар, юрак етишмовчилиги, тромбэмболик асоратлар, юрак аневризмаси, Дресслер синдроми, эрта инфарктдан кейинги стенокардия ва б.

5. Миокард инфарктини даволаш

Беморни даволашдаги терапевтик тадбирлар қуйидаги мақсадларни кўзлайди:

Пархез ва дори-дармон орқали қонда холестерин, триглицерид липопропротеидлари миқдорини пасайтириш.

- 1.ўткир оғриқ хуружини йўқотиш;
- 2.юрак мароми бузилишининг олдини олиш;
- 3.қон ивиши системасини бошқариш;

4. некроз ҳажмини камайтириш;
5. асоратларни даволаш;
6. юрак мушаклари метаболизмни яхшилаш.

6. *Оғриқсизлантириш учун нималар қўлланилади?*

Наркотик ва нонаркотик анальгетиклар, нейрорептаналгезия - фентанил билан дроперидол ёки уларнинг тайёр аралашмаси таламонални,..

7. *Тромболитик терапия мақсадида нималар тавсия этилади?*

Тромболитиклар - қон томир деворидаги тромбни эритиб, қон оқимини тиклаш ва шу орқали шикастланган ўчоқ ҳажмини чегаралаш хусусиятига эга.

Фибринолизин - 60 000 - 80 000 ТБ 500 мл изотоник эритмада вена томирига томчи ҳолида 5-6 соат давомида юборилади. Фибринолизинни фаоллаштириш учун стрептокиназадан фойдаланади.

Стрептокиназа (1 млн ТБ) 100 мл физиологик эритмада томчилаб 1 соат мобайнида венага қўйилади. Стрептокиназа беморга юборилганда қонда фибриноген миқдорини, протромбин вақтини, тромбоэластография кўрсаткичларини текшириб туриш керак. Стрептокиназа 1 марта юборилади. Стрептокиназанинг қон оқиши, пироген ва токсик реакциялар каби хавфли асорталарининг олдини олиш учун антигистамин дорилар қўлланилади. Тромболитиклар фақат миокард инфарктининг биринчи кунда қўлланилади, чунки 1 суткадан ортиқвақтда ҳосил бўлган тромб, янгига нисбатан, ёмон эрийди. Тромболитиклар билан бир вақтда қон ивиш вақтини узайтириш мақсадида антикоагулянтлар ҳам қўлланилади.

Антикоагулянтлар - таъсир қилиш механизми бўйича 2 гуруҳга бўлинади.

Гепарин - қон ивиши омилларига бевосита таъсир қилади, фибринолизинни фаоллаштиради, тромбоцитлар миқдорини ва уларнинг агрегацияга ва адгезияга мойиллигини пасайтиради, тож артерияларда қон айланишни яхшилайди. Гепарин 10 000 - 15 000 ТБ да, кейинчалик 5 000 - 10 000 ТБ да вена томирига кунга 4-6 марта (Кундалик дозаси 30 000 - 60 000 ТБ) 5-7 давомида қўлланилади.

Неодикумарин, синкумар, фенилин, пелентан - қон ивишига билвосита таъсир кўрсатади. Мазкур антикоагулянтларнинг яширин таъсир қилиш даврини ҳисобга олиб, гепарин қабулини тўхтатишдан 2 кун олдин тadbик қилинади.

IV. Муаммоли вазиятларни ҳал этиш бўйича амалий машғулотда ўқитиш технологияси

4.1. Таълим технологияси модели

Мавзу	ЮИК:миокард инфарктининг атипик кечиш шакллари ва асоратлари”
Соат – 6,7соат	Таълим олувчилар сони: 9киши

Машғулот шакли	Амалий
Амалий машғулотнинг режаси	<ol style="list-style-type: none"> 1. Кириш 2. Тингловчилар билимларини фаолаштириш мақсадида “Ақлий хужум” сўров ўтказиш 3. Муаммони ва уни ечиш вазифаларини аниқ ифода этиш. 4. Кейсни гуруҳларда ечиш 5. Муҳокама этилаётган муаммони “Кластер”, “Қандай?” техникасидан фойдаланилган ҳолда таҳлил этиш 6. Натижалар тақдироти ва муҳокамасини ўтказиш 7. Амалий кўникамаларни бажариш. 8. Якуний хулоса чиқариш.Эришилган ўқув натижаларига кўра тингловчилар фаолиятини баҳолаш
Машғулотнинг мақсади	Тингловчиларга миокард инфаркти, атипик кечиш шакллари ва асоратлари ҳақида аниқ тасаввур ҳосил қилиш, бу касалликка тўғри ташхис қўйиш ва даволаш учун дори моддаларини танлаш ҳамда даволаш режасини тузиш малакасини шакллантириш бўйича билимларни чуқурлаштириш.Муаммоли вазиятни тўғри баҳолаш,клиник шароитда касалликка тўғри ташхис қўйиш, даволашни, тезкор ёрдам кўрсатишни шакллантириш.
<p>Педагогик вазифалар: Кейс мазмунини мустақил ўрганиш учун асос яратади;</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ “Миокард инфарктининг атипик шакллари, асоратлари, диагностикаси, даволаш принциплари” муаммосига оид вазият билан таништиради; ♦ Муаммони ажратиб олишга ўргатади, 	<p>Ўқув фаолияти натижалари: Кейс мазмуни билан олдиндан танишиб чиқиб, ёзма тайёргарлик кўради;</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ Миокард инфарктининг атипик шакллари, асоратлари, диагностикаси, даволаш принциплари” муаммосини ечиш бўйича аниқ вазиятларнинг кетма-кетлигини аниқлайди; <p>Муаммоли вазифаларни ечишда назарий</p>

<p>таққослашга, таҳлил қилишга, умумлаштиришга кўмак беради;</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ Муаммони ҳал этиш бўйича аниқ ҳаракатлар кетма-кетлигини тушунтириб беради; ♦ Шошилиш ҳолатларда ёрдам кўрсатишни шакллантиради; ♦ Муаммоли вазифаларни ечишга шарт-шароит яратади; ♦ Мантикий хулоса чиқаришга кўмак беради. Клиника шароитда беморни олиб бориш ва даволаш тактикаси кўникмасини мустақил ўзлаштиришни шакллантиради. 	<p>билимларни қўллайди; Муаммони аниқлаб, уни ҳал қилишда ечим топади;</p> <p>Яқуний мантикий хулосалар чиқаради.</p>
Ўқитиш усуллари ва техника	Кейс, “аклий ҳужум,” қандай?”, баҳс-мунозара, муаммоли вазият услуби
Ўқитиш воситалари	Қоғозлар, доска, бўр, услубий кўрсатмалар
Ўқитиш шакллари	Индивидуал, фронтал ва гуруҳларда ишлаш.
Ўқитиш шарт-шароити	Гуруҳлар билан ишлашга мўлжалланган, техник жиҳатдан жиҳозланган аудитория.
Мониторинг ва баҳолаш	Оғзаки назорат, савол-жавоб, ўз-ўзини назорат қилиш, рейтинг тизими асосида баҳолаш.

4.2 Кейсга асосланган амалий машғулотнинг технологик харитаси

Босқичлар	Фаолиятнинг мазмуни	
	Ўқитувчи	Талаба
Тайёрлов босқичи	<p>Мавзуни, вазият мазмунини аниқлайди, информацион таъминотга тайёргарлик кўради, кейсни расмийлаштиради, кўпайтириш муаммосини ҳал этади. Мустақил равишда тайёргарлик кўришни, тавсия этилган адабиётларни ўқиб ўрганишни тавсия қилади. Кейснинг аҳамияти, унинг касбий билимларни ривожлантиришда ролини тушунтиради. Амалий машғулотнинг иш тартиби ва наижаларини баҳолаш мезонлари билан таништиради. Кейс мазмуни билан янада яқинроқ танишиб</p>	<p>Тинглайдилар Мустақил равишда кейсни ечадилар.</p>

	чиқишлари учун тингловчиларга материалларни тарқатиб чиқади.	
Ўбосқич Мавзуга кириш (15дақиқа)	1.1. Ўқув машғулоти мавзуси, мақсади, вазифалари ва ўқув фаолияти натижаларини айтади, долзарблиги ва аҳамиятига тўхталиб ўтади. 1.2.Мавзу бўйича тингловчилар билимларини фаоллаштириш мақсадида “ақлий ҳужум” ўтказди(1-илова).	Тинглайдилар. Саволларга жавоб беради.
II босқич Асосий (340 мин)	2.1. Кейсда бор бўлган материалларни муҳокама қилишни ташкиллаштиради, диққатни кейс билан ишлаш қоидаларига, муаммони ечиш алгоритмига ва вазифани аниқлаштиришга қаратади. 2.2.Мустақил равишда вазият таҳлилинини ўтказишни таклиф қилади. 2.3. Тингловчиларни кичик гуруҳларга ажратади. Мавзу бўйича тайёрланган топшириқларни “Муаммоли вазият” услубидан фойдаланилган ҳолда тарқатади. (2-илова) 2.4.Кичик гуруҳларда кейс билан якка тартибда бажарилган ишлар натижаларини муҳокама қилишни ташкиллаштиради.Гуруҳларга топшириқларни бажариш учун ёрдам беради, кўшимча маълумотлардан фойдаланишга имкон яратади.Диққатларини кўтиладиган натижага жалб қилади. 2.5. Ҳар бир гуруҳ топшириқларини ватман-қоғозларга тушириб, тақдимотини ўтказишда ёрдам беради, изоҳлайди,билимларни умумлаштиради, хулосаларга алоҳида эътибор беради.Топшириқларнинг бажарилиши қай даражада тўғри эканлигини диққат билан тинглайди 2.6.Тингловчиларнинг фикрларини умумлаштириб бўлгач, ҳар бир гуруҳга “Кластер” техникасидан фойдаланилган ҳолда” ЮИК: миокард инфаркти кечишининг атипик шакллари ва	Муҳокама қиладилар. Вазиятни мустақил равишда таҳлил қиладилар. Гуруҳларга ажралади, ёзиб оладилар, топшириқлар устида ишлайдилар. Фаол қатнашадилар. Жамоа бўлиб бажарилган ишнинг тақдимотини ўтказадилар, баҳс-мунозара юритадилар, кўшимчалар қиладилар, баҳолайдилар, хулоса чиқарадилар. Тинглайдилар. Гуруҳлар берилган топшириқни бажарадилар.Тақдимот ўтказадилар.Мавзу

	асоратлари” саволини ечиш топширилади. (3-илова). 2.7.Тингловчиларнинг тақдимотда кўрсатилган фикрларини умумлаштиради.)	бўйича якуний хулоса чиқарадилар. Тинглайдилар.
Шбосқич Якуний (20 дақиқа)	3.1. Иш якунларини чиқаради.Буўнги мавзу долзарб эканлигига тўхталиб ўтади. Ўқитувчи тингловчиларга дарсда олган билимларини амалиётга татбиқ этишлари лозим эканлигини таъкидлайди. Баҳолаш мезонлари орқали гуруҳ тингловчиларини баҳолайди, ютуқ ва камчиликларни кўрсатади. Фаол тингловчиларни баҳолаш мезонлари орқали рағбатлантиради. 3.2 Тавсия этилган муаммолар ечимларига изох беради.Яна бир бор кейснинг аҳамиятига атрофлича тўхталиб ўтади.	Эшитадилар. Аниқлайдилар.Ўз фикр-мулоҳазаларини билдирадилар. Тинглайдилар

Педагогик аннотация

- **Ўқув предмети:** “Терапия”.
- **Мавзуси:** ”сурункали буйрак етишмовчилиги кечиш шакллари ва даволаши.”
- **Кейснинг мақсади:** тингловчиларга сурункали буйрак етишмовчилигининг тутган ўрни, кечиш шакллари ва асоратлари ҳақида аниқ тасаввур ҳосил қилиш, бу касаликка тўғри ташхис қўйиш ва даволаш учун дори моддаларини танлаш ҳамда даволаш режасини тузиш малакасини шакллантириш.
- **Режалаштирилаётган ўқув натижалари:** кейс стади билан ишлаш натижасида тингловчилар қуйидаги кўникмаларни эгаллашлари лозим:
- Вазиятли ҳолда “сурункали буйрак етишмовчилиги ” ташхисини тўғри қўйиш учун ҳаракатларнинг алгоритми (кетма-кетлиги)ни аниқ танлай билиши.
- Сурункали буйрак етишмовчилигининг клиник турларини тўғри аниқлаш қобилиятини шакллантириш

- Мантиқий фикрлашни ривожлантириш.
- Мустақил равишда беморни олиб бориш тактикаси, шошилиш ҳолатларда ташхисни қўйиш ва даволаш учун қўйилган муаммоларнинг ечимини асосланган ҳолда ҳал этиш.
- Малакали даволаш ва касалликнинг олдини олиш чораларини танлай олиш.

Тингловчилар кейсни муваффақиятли ҳал этиш учун эгаллаши лозим бўлган дастлабки билим ва малакалар:

- Сурункали буйрак етишмовчилиги (СБЕ) ҳақида умумий тушунчани шакллантириш;
- Сурункали буйрак етишмовчилиги этиологик факторлари ва патогенези ҳақида маълумотлар бериш;
- Тингловчиларни СБЕ ни клиникаси ва асосий кечиш вариантлари билан таништириш;
- Тингловчиларни СБЕ ҳозирги замон таснифи билан таништириш;
- СБЕ лаборатория – инструментал текшириш натижасида олинган натижаларини таҳлил қила олишни шакллантириш;
- СБЕ клиник диагонзини асослаб қўйиш ва қиёсий диагонз ташкил этишни билиш;
- СБЕ даволаш принципларини талқин қилиш ва тингловчиларни даволашда қўлланиладиган дориларнинг салбий таъсирлари билан таништириш ва уларнинг қўллашни мумкин бўлмаган ҳолларини билиш билан таништириш;
- Тингловчиларни СБЕ ни даволашда қўлланиладиган асосий препаратларни рецепт шаклида ёза билишини шакллантириш;

Ушбу кейс реал клиник шароитда учрайдиган реал воқеликни акс этдиради. **Кейснинг тавсифномаси:**

Ушбу кейс асосий манбалари бўйича ҳаётӣ (кабинетдаги), сюжетсиз, объекти мавжуд бўлган (шахсий), қисқа, тузилмаланган, малака ва кўникмалар орттиришга мўлжалланган матнли-кейс-топшириқдир. Дидактик мақсадларига кўра малака ва кўникмалар орттиришга мўлжалланган.

Кейсдан терапия фанини ўқитишда фойдаланиш мумкин

1. [www. Therapy@.ru](http://www.Therapy@.ru)
2. www. ИБС@.ги
3. www. Mediasphera@.ru
4. www. Consilium medicum@.ru
5. www. Cardiology@.ru

6. www.tma.uz

7. <http://www.ziyonet.uz>

Сурункали буйрак етишмовчилиги (СБЕ) бу- клиник лаборатор белгилар мажмуаси бўлиб, у кўплаб сурункали кечувчи ва даволанилмаган буйрак касалликларининг оқибатида фаол ҳаракат қилувчи нефронларнинг авжланувчи ўлими туфайли ривожланади.

1 миллион аҳолининг орасида 40 тадан 200 тагача учрайди.

Буйраклар фаолияти организмда қуйидагиларни белгилайди:

- 1) Организмда суюқлик ҳажмини сақлайди ва унда ионлар ва осмотик актив моддаларнинг мувозанатини ушлаб туради.
- 2) Кислота- ишқор мувозанатини сақлаш;
- 3) Эндоген метаболит ва экзоген кирилган моддаларни экскрециясини.
- 4) Баъзи биологик актив моддалар (ренин, простокландин, ДЗ витамини, натрийуретик пептид ва бошқалар) синтези.
- 5) Оқсиллар углеводлар, липидлар метаболизм.

Буйраклар катта компенсатор имқониятга эга, шунинг учун ҳатто умумий нефронларнинг 50 % ининг ўлими ҳам СБЕ клиникаси белгиларини намоён этмайди.

Фақатгина коптокчалар фильтрациясининг мин. га 30-40 мл. гача пасайишида организмда азот қолдиқлари тўпланиб қолиб, СБЕ нинг клиник белгилари пайдо бўлади.

Этиологияси:

1. Коптокчаларнинг зарарланиши билан кечувчи касалликлар нимўткир (сурункали гломерулонефритлар, каналчалар ва интерстициал нефрит)
2. Бириктирувчи тўқиманинг диффуз касалликлари (СҚЮ, ССД, ДМ) ва систем васкулитлар (ТП, ВГ) да буйракларнинг зарарланиши.
3. Моддалар алмашинуви бузилиши, касалликлари (буйраклар амилоидози, қандли диабет, подагра).
4. Буйракларнинг туғма касалликлари (поликистоз, гипоплазия, Фанқони ва Алпорт синдромлари).
5. Томирларнинг бирламчи зарарланиши (хафли кечувчи гипертония, буйрак артериялари стенози, гипертония касаллиги).
6. Обструктив нефропатиялар (сийдик – тош касаллиги, гидронефроз, сийдик йўллари ўсмалари)

СБЕ нинг этиологияси жуда кўп, аммо, энг кўп сабабчилари бўлиб, гломерулонефрит, пиелонефрит ва бошқа сабабли интерстициал нефритлар ҳисобланади.

СБЕ нинг ривожланишида қайси этиологиядан қатъий назар морфологик ўзгаришлар бир ҳил бўлиб, гломерулосклероз, интерстициал фиброз, сақланган нефронларнинг гипертрофияси билан кечади.

Коптокчалар ичидаги гемодинамик ўзгаришлар гипертензияда намоён бўлиб, у коптокчалар артериолалари тонусининг пасайиши ва резервдаги буйраклар функциясининг йўқолиши туфайли рўй беради.

Патогенези:

СБЕ нинг патогенезини 2 та жараён ташкил қилади:

1. Буйраклар паренхимасининг секинлик билан склерозга учраши ва ҳаракат қилаётган нефронлар массасининг камайиши.

2. Ҳар бир нефрондаги коптокчалар филтрациясининг камайиши.

Бу ўз навбатида баъзи бир биологик актив моддаларнинг тўпланишига, баъзиларининг эса етишмовчилигига сабаб бўлади.

Азот алмашинувининг ҳосилалари, ўрта молекуляр оғирликка (300-250 дальтон) моддалар тўпланиб қолади, жуда кам миқдорда бўлади.

Бу молекуляр моддалар таркиби паратгармон, натрий уретик омил ва бошқа турли ҳил ингибиторлар (ДНК, гемоглобин, фагоцитоз синтезлари) ҳам киради.

Улар билан уремик интоксикация боғлиқлиги ўрганилган.

Организмда токсик моддалар кўпайган ҳолатда бир ҳил моддаларнинг синтези пасаяди, эритропоэтиннинг синтези пасайганлиги сабабли анемия ривожланади, витамин Д ни ҳосил қиладиган дериватларнинг камайиши иккиламчи гиперпаратиреозга олиб келади.

Буйракнинг сув электролитлар балансини башкараолмаслиги туфайли организмда куплаб натрий ва сувнинг ушланиб қолганига олиб келади бу эса тотал гидротацияга ва артериал гипертонияга олиб келади.

Купгина сурункали буйрак етишмовчилиги авж олишида этиологик факторга карамасдан унверсал механизмлар мавжудд ,буларнинг хаммаси – Сурункали буйрак касаллиги – тушунчасига олиб келади.

СБК ги хақидаги бир канча проблемаларни ечишда унинг диагностикаси,боскичлари ва даволашда США Миллий буйрак фонди (Nationaj kidney Fondation-NKF) катта ишларни малга оширди.

NKF экспертлари СБК ни таърифида куйидагиларга таклиф қилишди.— булар: 3 ой давомида буйрак фаолиятининг структур еки функционал бузилишлари коптокчалар филтрациясининг секинлашуви еки секинлашмаганлиги билан белгиланади.СБК ги учун коптокчалар филтрациясининг тезлиги (КФТ) 60 мл мин 1,73 кв м дан паст бўлиши 3 ой давмида сакланиши(буйракнинг бошқа зарарланиш белгилари булмаганида) характерли.

NKF экспертлари томонидан КФТ тезлиги ва олиб келувчи хафли омилларни хисобга олган холда СБК ни 5 та боскичга ажратади.

СБК нинг хафли омиллари.

1 Модефицирли:

- Еши
- эркак
- раса
- нефронлар сонининг тугма камайиши
- генетик факторлар

2.Потенциал модифицирланган:

- патологик жараеннинг даимий фаоллиги.

- протеинурия, микроальбуминурия.
- системали АГ.
- Юқориоксилли диета.
- дислипипроотеидемия
- симпатик нерв системасининг фаоллиги ошуви.
- анемия
- табакокурения
- гипергликемия
- гипергамацистенемия.
- метоболик ацидоз.
- гиперпаратиреоз
- сурункали Яллиғланиш
- ендош факторлар: инфекция, сийдик чиқарувчийўлларнинг обструкцияси, юрак етишмовчилиги, семириш, хомиладарлик, ятроген факторлар.

СБК ги таснифи (NKFUSA)

<u>Стадия</u>	<u>Характеристика</u>	<u>КФТ(мл /мин/1,73 м.кв.)</u>	<u>Тавсия қилинган ишлар</u>
	<u>Хафли омилларборлиги</u>	<u>90 га тенг еки ошиқрок</u>	<u>Кўзатиш. буйракдаги хафли патологияни камайтириш.</u>
<u>I</u>	Поражение почек с нормальной или повышенной СКФ	<u>90 га тенг еки ошиқрок</u>	<u>Жараеннингусиб бориш темпини пасайтириш учун асосий касалликни диагностика ва даволаш зарур ва юрак қон томир системаси касаллигининг хафи олдини олиш керак.</u>
<u>II</u>	Повреждение почек с умеренным снижением СКФ	60-89	<u>Жараеннинг усиб боришинга баҳо бериш.</u>
<u>III</u>	<u>КфТ нинг ўрта даражада камайиши.</u>	30-59	<u>Асоратларни ани қлаш ва даволаш.</u>
<u>IV</u>	<u>КФТ нинг кескин камайиши</u>	15-29	Буйрак ўрнини алмаштирувчи терапияга утиш.
<u>V</u>	<u>Буйрак етишмовчилиги</u>	<u>15 дан кам</u>	<u>Буйрак ўрнини алмаштирувчи терапия ва диализга утиш.</u>

Шуни эсда тутиш керакки, СБК Қайси буйрак касаллиги булмасин узининг нозологик йуналишини узгартирмайди.

СБЕ нинг таснифи.
СБЕ нинг босқичлари (уремик босқичгача)

Терминал босқич даврлари.

Клиник-лаборатор белгилар	Латент босқич	Компенсацияланган босқич	Интермиттирловчи босқич
Шикочтлар	йўқ	Диспепсия, оғиз туриши	Бўшашиш, бош оғриғи, уйқунинг бузилиши, кўнгил айнаши
Диурез	нормада	Енгил полиурия	Ифодаланган полиурия
Гемоглобин г/л	100 г/л дан>	83-100 г/л	67-83 г/л
Зимницкий синамаси	норма	Максимал ва минимал зичлик 8 дан кам	Гипоизостен урия
Қондаги мечевина ммоль/л	8,8 гача	8,8-10	10,1-19,0
Қондаги креатинин ммоль/л	0,18 гача	0,19-0,29	0,3-0,6
Коптокчалар фильтрацияси мл/мин	45-60	30-40	20 – 30
Сийдикнинг осмолярлиги мосмоль/л	450 - 500	400 гача	250 дан кам
Қондаги электролитлар	Нормада	Кам ҳолда гипонатриемия	Кўп ҳолда гипонатриемия
Метаболлик ацидоз	Йўқ	Йўқ	Кам ифодаланган

1. Буйракларнинг сув чиқариши функцияси сақланган. Коптокчалар фильтрацияси 10 – 15 мл\мин. гача пасайган, қондаги креатинин 0,7 – 1,07, ўсиб боради.

Кам ифодаланган ацидоз, сув – электролит алмашуви бузилишлари йўқ.

II. А Олиго -анурия, суюқлик ушланади, дисэлектролитемия, гиперазотемия, юрак қон томир ва бошқа системаларда қайта ўзгаришлар.

Артериал гипертензия қон айланиши етишмовчилиги II. А.

II. Б Кичик ва катта қон айланиш доирасида бузилишлар, оғир кечувчи юрак етишмовчилиги.

III. Оғир кечувчи уремия, гиперазотемия, дисэлектролитемия, декомпенсацияланган ацидоз. Декомпенсацияланган юрак етишмовчилиги, анасарка, ички аъзоларнинг оғир даражали дистрофияси.

Сурункали буйрак етишмовчилиги клиникаси

Сийдик қонцентрациясининг камайиши сабабли осмолярлиги қон осмолярлигига тенг бўлади. Буйрак коптокчаларининг фильтрацияси ҳамда каналчаларнинг реабсорбцияси пасайиши туфайлиполиурия ривожланади ва сийдик билан кўп миқдорда натрий, хлор ажралиб чиқади ва зардобдаги уларнинг миқдори пасайади. СБЕ нинг энг эрта белгиси бўлиб, бу мажбурий полиурия ҳисобланади, бу даврда беморнинг суюқлик қабул қилиши тартиби бузилади, сўнгра эса буйраклар бу электролитларнинг овқат махсулотлари орқали киришини назорат қила олмайди, натижада организмга овқат билан бирга натрий кам тушади, бу эса унинг манфий мувозанатига сабаб бўлиб, калийнинг хужайра ичидан ташқарига чиқиб, гиперкалиемия ва ацидоз ривожланишига сабаб бўлади.

Магний ионининг ошиш эса нафас етишмовчилигига ва мушаклар параличига олиб келади.

Кислота – ишқор мувозанатининг бузилиши

Бу ўзгаришлар коптокчаларнинг фильтрацияси 20 мл\мин. га пасайганда бошланади. Каналчаларнинг водород ионларининг ва органик кислоталарнинг секрецияси турғун пасайиши ҳамда бикарбонатлар реабсорбцияси пасайиши, метаболик ацидоз ривожланишига олиб келади.

Фосфор – кальций алмашинувининг бузилиши.

Коптокчалар фильтрацияси 30 мл\мин. га пасайганда намоён бўлади.

1. Қонда калций миқдорининг пасайиши Д- витаминининг актив дериватлари ишлаб чиқарилиши ва ичакда кальций сўрилиши камайиши туфайли содир бўлади. Кальций миқдорининг камлиги қақалқонсимон без олди беги функциясини кучайтириб, паратгормон ишлаб чиқарилишини кучайтиради бу эса буйрак остеодистрофиясига олиб келади.

2. Фосфорнинг қондаги миқдори ошади. Оқсил алмашинувининг бузилиши натижасида алмаштириб бўлмайдиган аминокислоталар миқдори камаяди. Қондаги иммунореактив инсоулиннинг пасайиши натижасида глюкоза алмашинувининг бузилиши ва спонтан гипогликемия келиб чиқиши мумкин. Иккиламчи гиперпаратиреоз периферик нефропатия, энцефалопатия, ошқозон ва ичакларнинг эрозив – ярали каби ўзгаришларда намоён бўлади.

3. Оқсил углевод ва ёғлар метаболизми. Буйраклар каналчаларининг проксикамал қисми зарарланиши пептидлар метоболизмига сабаб бўлиб, алмаштириб бўлмайдиган аминокислоталар етишмовчилиги юзага келади.

КФ. нинг 80 – 60 мл\мин. гача пасайиши иммунореактив инсулиннинг пасайишига, катаболизимининг кучайишига ва спонтан гипогликемияга олиб келади.

Креатинининг 0,3 ммоль\лдан ошиши эса мевалонат клиренсининг (холестерин синтезининг дастлабки маҳсулоти) пасайишига, у эса ўз навбатида паст зичликли липопротеидлар синтезининг кучайишига юқори зичликли липопротеидлар синтезининг ортишига олиб келиб, натижада қон томирларда атеросклеротик ўзгаришлар эрта ривожланади.

4. **Қон тизимида ўзгариш.** Эритропоэтин синтезининг камайиши туфайли анемия ривожланади, тромбоцитлар функцияси бузилади, натижада қон кетиши вақти ошиб, экхимоз, қон талашлар ва ички қон кетишлар юзага чиқади.

5. **Асаб тизимининг зарарланиши.** Периферик полинейропатиялар тез авж олиб, у парестезия, оёқларининг “қуйиш” кабиларда намоён бўлади. Кейинчалик эса мушакларда бўшашиши, мушаклар қўллар титроғи, оёқларда қалтирашлар, хотиранинг сусайиши, уйқунинг бузилиши, ўткир психоз, эпилексиясимон тутқаноқлар, кам ривожланади.

6. **Юрак- қон томир ва ўпкаларнинг зарарланиши.** СБЕ нинг энг кўп учрайдиган белгиси бу артериал гипертония бўлиб, у “хавфли”-энцефалопатия, қалтроқлар хуружлари, кўз тубига қон қуйилиши ва кўз нервининг шиши билан кечади.

СБЕ нинг сўнгги босқичларида кардиомиопатия ривожланиб, унинг асосини юракнинг зўриқиши, гипертония гиперволимия, анемия, ацидоз, электролитлар бузилиши ташкил этади.

Клиник белгилари сифатида ритм бузилишлари ва юрак етишмовчилиги кўринишлари ривожланади.

Шунингдек, хавфли асоратлардан бири сифатида геморрагик, перикардит (юрак тампонадаси, қон етишмовчилигига сабаб бўлади), ўпка шиши ҳисобланади.

Рентгенологик ўпка шиши “капалак қанотлари” шаклида намоён бўлади, бу ўпка илдизи томирларда қоннинг димланишини кўрсатади.

7. **Ҳазм қилиш трактининг бузилиши.** Деярли ҳамма беморларда диспептик гастроэнтероколит (баъзида қон кетиши мумкин) ривожланади.

Реактив панкреатит, уремик псевдоперитонит ривожланиши мумкин. Оғиздан уремик ҳид келиши мумкин. Оғиздан уремик ҳид келиши хос.

8. **Иммунитетнинг бузилиши.** СБЕ ли беморларда иммунитетнинг бузилиши асосий касаллик билан боғлиқ бўлади. Гемодиализ сеанси қабул қилган беморларда лейкоцитларнинг фагоцитар активлиги камайиши натижасида ҳимоя қилувчи антителолар ишлаб чиқариши камаяди, бу эса ўз навбатида тез – тез инфекция асоратларининг пайдо бўлиши ва ҳатто ангиоген сепсисга ҳам олиб келади.

Клиник белгилар беморларда айниқса СБЕ нинг терминал босқичида кўзга яққол ташланади.

Беморни кўздан кечирганда терининг қуруқлиги, оч – сариқ рангдалиги (урохром ва меланиннинг тўпланиши ҳисобига), баъзида терида қичишиш

белгилари, беморнинг озиб кетганлиги, оғиздан мочевина ҳиди келиши Кузатилади.

СБЕнинг терминал босқичида эса метаболик ацидоз туфайли беморларда ифодаланган ҳансираш ва Куссмаул-Майер типли нафас олиш Кузатилади.

Лаборатор- инструментал диагностикаси

Умумий қон таҳлилида: гемоглабин пасайиши, эритроцитлар камайиши.

Умумий сийдик анализида: нисбий зичлик пасайиши, сийдик чуқмаси булмаслиги. Зимницкий синамасида: никтурия изостенурия, гипостенурия.

Биохимик анализларда мочевина қонцентрациясининг ошиши, креатинин, сийдик кислотаси, фосфор, ошиши, дисэлектролитемия, кальций миқдорининг камайиши Кузатилади. КЩС метоболитик ацидоз монзарасини беради. Кальций, натрий, хлорнинг миқдори пасаяди, коптокчалар фильтрацияси камаяди. Изотоп ренографияда изостенурик ўзгаришлар мавжуд. Ультратовуш текширишда ҳамда обзор рентгенографияда буйракларнинг ўлчамлари ва буйрак паренхимаси камаяди.

Ребер синамасида: КФ нинг пасайиши, кечки боскичларида каналчалар реабсорбциясининг пасайиши Кузатилади.

КФТ ни аниқловчи формула бор бу қондаги креатинин миқдorigа караб аниқланади. Шунинг эса тутиш керакки СБЕ ни аниқлашда қон зардобидаги креатинин еки креатинин клиренсига каралади

Изотоп ренографияда и зостенурик тип чизик хосил бўлади. СБЕ да экскретор урография қарши курсатма бўлади. Обзор рентгенграфияда буйрак улчамлари кичкиналашганлигини кури мумкин.

Буйрак ультратовуш текширишда буйрак улчамлари камайганлиги ва буйрак паренхимасининг калинлиги камайганлигини куриш мумкин. Экскретор урографияни СБЕ да қилиш мумкин эмас.

Буйрак функциясининг ўткир емонлашуви беморларнинг сурункали патологияси туфайли рўй бериши мумкин. (ОПН сурункали бйрак етишмочилик фониди). Бунинг сабаблари: дегидратация (суюкликлар кам истемол қилинганда, палапартиш диуретиклар қабул қилинганда) гипертензия контрол қилинмаганда, буйрак артерияларининг икки томонлама стенозида ИАПФ ларни қўллаш, сийдик йўллри инфекцияси, нефротоксик препаратлар.

Демак, СБЕ диагностикаси анамнезга, касални кўздан кечирганда тери рангини ўзгариши, кичинишларнинг излари, терининг куриши, қон босимининг кўтарилиши, лаборатор-инструментал ўзгаришларга асосланган.

Даволаш.

1. Пархез- 7а стол. Креатинин 0,19 ммоль\л. гача ва ундан юқorigа кўпайса, оқсил 1 килограмм оғирлигига 0,6-0,7 грамм гача кунига истемол қилиш керак. Азотемия боскичида овқат рациониди оқсиллар чекланди, (0,8-, 0,5-, 0,4) қондаги азот ва фосфор миқдorigа караб тухум сариги товук гушти, берилмайди: мол гўшти, БАЛИҚ, картошка қайта кайнатилиб берилади, сув куп берилади. Алмаштириб бўлмайди ган аминокислоталар кетостерил

холатида 4-5-8 таблетка 3 махал қабулқилинади. Кетостерил таркибидаги калций ичакдаги фосфор билан боғланишни таъминлайди.

Беморларни гемодиализга ўтказганда оксилқабул қилиш ҳар бир кг тана массасига 1,0-1,3 гр берилади. Алмаштириб бўлмайдиган аминокислоталар берилиши сақланади. Овқат рационидида етарли даражада углеводлар бўлиши даркор. (450гр углевод еглар 90 гр.)

Қабулқилинган суюқликлар кунлик диурез миқдорининг 500 мл и дан ошмаслиги керак. Натрийни қабул қилиш суткасига 5-7 гр га камайтирилади. Алмаштириб бўлмайдиган аминокислоталар дефицитини тиклаш мақсадида овқатга тухум оқсили қўйилади. Каллораж 2500-3000 ккал бўлиб, ёғлар ва углеводлар ҳисобига сақланиб қолади. Фосфор миқдорини овқатда камайтириш керак, чунки бу буйрак функциясини сақлаб туради. Шунинг учун фосфор сақловчи маҳсулотларни яхшилаб, тозалаб, кўп миқдор сувда қайнатиб, бир неча марта алмаштириш керак, ҳамда фосфорни боғлаб олувчи гелларни истеъмол қилиш керак: амфогель, алукол. Натрий хлор миқдори фақат қон босим ошганда ва нефротик синдромда камайтирилади. Кунига истеъмол қилинган суюқлик миқдори суткали диурездан 300 мл ошиши керак.

Перорал сорбентлар: оксигелюлоза, крахмал, оксидловчи полиальдегидлар, СКН к Ўмир гранулалари 0,8-1,5 грамм\суткага, 100 мл физиологик эритмасида эритиб овқатдан 1,5 соат олдин қондаги креатининнинг миқдори 0,6 ммольдан ошса ичилади. Қарши кўрсатмалар: ошқозондаги эрозия ва яралар, кабзиятлар.

Асосий синдромларнинг коррекцияси:

2. Артериал гипертонияни даволаш патогенетик хусусиятга эга, чунки буйракдаги фибропластик жараёнларни секинлаштиради. Шунинг учун β-блокаторлар, вазодилататорлар, кальций антагонистлари, тиазид диуретиклар қўлланилади. Аммо қонда креатинин миқдори 0,3 дан ошгандан кейин яъни олиб кетувчи артериолаларнинг тонуси пасайганлиги сабабли буйракда гидростатик ва фильтрацион босим папсйиши Кузатилади. Бундан ташқари бу дорилар туфайли гиперкалимия бўлиши мумкин.

Иккинчи катордаги дориларга калций антогонистлари берилади. Дозалари индивидуал дозада берилади. Бу дори ренопротектор ҳам ҳисобланади. Гиперволемиа холатида биринчи каторда фурасемид берилади агар эффекти кам булса тиазидлар берилади, калий сакловчи дорилар қарши курсатма ҳисобланади.

3. Ацидозни даволаш: Натрий гидрокарбонати томирга юборилади, лекин миқдори махсус формула асосида берилади ва бир марота БАЛИҚ дозаси 200 мл дан ошмаслиги керак.

4. Фосфор-кальций алмашинуви бузилишининг коррекцияси:

Кальций карбонати, амфогель, алукол ишлатилади ва пархез тутиш катта аҳамиятга эга. Юқори токсик хусусиятга эга бўлганлиги учун гидроксид алюминия (алмагель) берилмайди. Хозирги вақтда чет мамлакатларда фосфор боғлочи препарат(алюмени йўқ) ренагель препарати кулланилмоқда

5. Анемияга қарши эритроцитлар массаси, тестостерон, ретаболил, эритропозти ишлатилади. Тери қичишига қарши лидокаин 100 мг дан томир ичига, холестирамин 5 граммдан кунига икки маҳал ишлатилади.

6. Ичак диализи: таркибида натрий хлор, кальций хлор, бикарбонатлар, сорбит ёки маннит бўлган эритма бир соат ичида бир литр ичилади, сўнг диарея бошланиб, шу билан азот моддалари чиқарилиши Кузатилади. Буни СБЕ нинг интермиттик даврида хафтада 2-3 марта қилинади.

Терминал стадияда ўринбосар терапия, сурункали гемодиализ ишлатилади.

7. Ацидозни коррекция қилиш. Венага натрий бикарбонат .буфер системаси асосида. Коптокчалар фильтрацияси 25-25 млга пасайганда беморни диализга тайерлаш керак. Беморни психологик тайерлаш билан биргаликда гепатит В га вакцинация қилиш зарур.

СБЕ ли беморларни терминал босқичда даволаш.

1. Перитониал диализ (10 % беморларда қўлланилади) – бунда қорин бўшлиғига юборилган эритма орқали қон ва организмдаги суюқликлардан турли ҳил моддалар диализга учрайди. Қорин пардаси диализ қилувчи тўсик вазифасини ўтайди.

2. Гемодиализ- ярим ўтказувчан мембрана орқали азот алмашинуви хосилалари қондан диффузия йўли орқали тозаланади.

Бу сеанс 5-6 соат давом этади, хафтасига 2-3 марта ўтказилади, беморларнинг ҳаётини узайтиради.

Қарши кўрсатмалар:

- юрак етишмовчилиги катта ва кичик қон айланишда димланиш билан
- инфекция қасалликлар
- онкологик қасалликлар
- сил
- ошқозон- ичак яралари хуруж даври
- жигарнинг оғир қасалликлари
- рухий беморлар
- геморрагик синдром

3. Буйрақларни кўчириб ўтказиш оқибати

СБЕ камдан-кам ҳолларда қайтар бўлиши мумкин. Аксарият ҳолларда жараён терминал босқич билан тугалланади, бу эса буйрақларнинг функциясини коррекция қилишни талаб этади. СБЕ нинг авж олиши юзага келувчи ўткир дегидратация ва натрийни жуда чеклаш, диуретикларни кўп қабул қилиш, сийдик йўллари инфекцияси ва обструкцияси, гиперкальциемия ва гиперурикемия туфайли ривожланади. Шунингдек, СБЕ ни тезлаштирувчи омиллар бўлиб, артериал гипертония, ифодаланган протеинурия, чекиш, гиперлипидемия ҳисобланади.

II. Талабага услубий кўрсатма:

2.1. Муаммо:

40 ёшли бемор бош оғриғи, умумий холсизланиш, баъзида кўнгил айнаш, қайт қилишга шикоят қилмоқда.

17 ёшида ангинадан сўнг сийдигида ўзгариш бўлганлиги ва артериал босими ошганлиги учун стационарда даволанган.

Тузалиб чиқач, шифокорларга бошқа муружат қилмаган.

Текширишлар мобайнида қуйидагилар аниқланди: қонда мочевина 28 ммоль\лин, креатинин – 0,4 моль\лин, умумий сийдик: оксил 0, 66 г\л, эритроцитлар 2 – 4 та бир кўриш майдонида. УҚТ гемоглабин – 88 г\л, эр 2,3 млн, лейкоцитлар – 7 мингта, ЭЧТ – 10 мм\с.

1)17 ёшда беморда қайси касаллик бўлган.

2)Ташхисни шакллантиринг.

3) Реберг синамаси ва буйраклар УТТ ида қанақа ўзгаришларни кутмоқдасиз?

4) Даволашни тавсия этинг ИИ. Биринчи курс талабаси Кўзда пахтада, юзига кизил тошмалар тошганлигини сезиб қолди. Тез орада тана харорати кытарилиши 38 гр гача тизза бўғимида шиш, юрак соқсасида оғрик, эрталаб қовоқларида шишлар пайдо бўлди.

Саволлар:

1. Буйракларнинг асосий функциялари.
2. СБЕ нинг этиология ва патогенези
3. СБЕ нинг морфологияси
4. СБЕ нинг таснифи.
5. СБЕ нинг клиникаси.
6. СБЕ нинг лаборатор-инструментал диагностикаси
7. СБЕ ни қонсерватив даволаш
8. СБЕ ни терминал босқичда даволаш.

2. Биринчи навбатда текшириш керак бўлган режани тузиш.

А. Қонда креатинин, реберг синамаси, ичилган суюқлик миқдори ва ажратилган сийдик миқдорини назорат қилиш.

Б. Қонда холестрин ва липопротеидлар.

В. Қанд миқдорининг қонда ва сийдикда аниқлаш.

Г. Жигар ва буйракни сканирлаш.

2.2. Муаммо ости :

4. Беморнинг ташқи қиёфаси таҳлили.
5. Касаллик анамнезини йиғиш.
- 3.Объектив текширув натижаларини таҳлил қилиш.
4. Лозим бўлган текширув усуллари (Умумий қон, қонни биохимик текшириш, ЭКГ,ЭХОКГ, Рентгенологик, коронарография)ни танлай билиш.
- 5.Олинган натижаларни таҳлил қила билиш ва қиёсий ташхис ўтказиш.
- 6.Клиника шароитида ушбу муаммони ечишнинг мақбул усулини танлаш

2.3. Ечим алгоритми:

б. 1. Беморнинг ташқи қиёфаси таҳлили:

Анализ

- кўриқдан ўтказиш
- пальпация

2. Анамнез таҳлили:

- шикоятларининг таҳлили
- ирсий-социал анамнез
- оғриқнинг характери, давомийлиги, узатилиши, ўтиши?
- касалликнинг кечишининг аҳамиятлилиги ва нима билан асоратланиши мумкин?

3. Кўриқ таҳлили:

- пульс, артериал босим, нафас олиш сони
- ўпка ва юрак перкуссияси
- ўпка ва юрак аускультацияси
- умумий қон ва қоннинг биохимик таҳлили
- рентгенография, ЭКГ, ЭхоКГ текшириш усуллари

1-илова: “Ақлий ҳужум” сўровсаволлари:

1. Миокард инфаркти этиологияси, патогенези.
2. Хавфли омиллар.
3. Миокард инфарктининг таснифи.
4. Миокард инфаркти клиникаси..
5. Миокард инфаркти кечишининг атипик шакллари
6. Миокард инфаркти эрта ва кечки асоратлари.
7. Миокард инфаркти клиник-лаборатор диагностикаси.
8. Миокард инфарктининг ЭКГ диагностикаси.
9. Миокард инфарктини қиёсий таққослаш.
10. Миокард инфарктини даволаш принциплари.

2-илова: 1-топшириқ

Гуруҳларда ишлаш:

“Асалари уяси” иш ўйини

1-гуруҳ:

1. Сурункали буйрак етишмочилигининг этиопатогенези
2. Таснифи, клиникаси.

2-гуруҳ:

1. Сурункали буйрак етишмочилигининг лаборатор-инструментал диагностикаси
2. Сурункали буйрак етишмочилигининг кечишининг шакллари?

3-гуруҳ:

1. Сурункали буйрак етишмочилигининг даволаш принциплари

3-илова: 2-топширик

“Кластер” техникасидан фойдаланилган ҳолда Сурункали буйрак етишмовчилиги кечишининг шакллари ва асоратлари”ни аниқланг ва ечимини топинг.

4. Клиника шароитида муаммони ечишда маълум бир ечимга келиш

- олиб бориш ва даволаш тактикаси

Муаммоли вазиятни мустақил таҳлил қилиш ва ечиш учун тингловчиларга йўриқномалар:

Фаолият босқичлари	Тавсия ва маслаҳатлар
1. Кейс билан танишинг	Кейс билан танишинг. Ўқиш мобайнида дарҳол вазиятни таҳлил қилишга шошилманг.
2. Берилган муаммоли вазият билан танишиш.	Яна бир бор маълумотни ўқиб чиқинг, Сизга аҳамиятли кўринган абзацларни ажратинг. Вазиятни таҳлил қилишга ҳаракат қилинг ва ундаги аҳамиятли ҳолни аниқланг.
3. Муаммоли вазият вазифаларининг энг аҳамиятлиларини ажратинг.	Муаммо:
4. Вазиятни таҳлил қилиш	<i>Вазиятни таҳлил қилишда қуйидаги савооларга жавоб беришга интилинг:</i> Лаборатор ва инструментал дигностикаси Қиёсий таққослаш
5. Муаммоли вазиятни ечиш усул ва воситаларини танлаш	Муаммони ечиш учун барча вазиятларни кўриб чиқинг, муқобил вазиятни яратинг.
6. Муаммоли вазиятни ечиш воситаларини танлаш	Диагностик хатоликларни кўрсатинг. Ташхис қўйинг, клика шароитида муаммоли вазиятнинг аниқ ечимини топинг

Кейс билан индивидуал ишлаш бўйича баҳолаш жадвали:

Қатнашувчи-Лар	Баҳолашнинг мезонлари ва кўрсаткичлари				
	Ушбу муаммоли	Муаммони асослаш тах 0,5	Муаммони ечиш учун усул	Муаммони ҳал этиш учун	Умумий балл (тах 2,5)

	вазиятни таҳлил қилиш тах 1,0		ва воситалар ни танлаш тах 0,5	ечимни топиш тах 0,5	
1.					
2.					
...					

* 2,0 – 2,5 балл – «аъло», 1,5 – 2,0 балл – «яхши», 1,0-1,5 балл – «қониқарли», 1,0 баллдан кам – «қониқарсиз».

Муаммони гуруҳ бўлиб ечишни баҳолаш жадвали:

Гуруҳлар	Муаммони ечишниг муқобил вариантлари			
	1.	2.	3.	№
1				
2				
№				
Жами				

Муаммони презентация тарзида ечишни баҳолаш жадвали (балл)

Група	Презентациянинг тўлиқлиги ва аниқлиги (1-10)	Презентациянинг кўргазмалиги (1-10)	Гуруҳ аъзоларининг фаоллиги ва ҳамкорлиги (1-10)	Тавсиялар ва ечимнинг оригиналлиги (1-10)	Меърий нормативларнинг амалда қўлланилиши (1-10)	Умумий тўпланган балл (тах 50)
1						
2						
№						

III. Ўқитувчининг кейси ечиш ва таҳлил қилиш варианты

Муаммо:

Вазиятни таҳлил қилиш:

IV. Муаммоли вазиятларни ҳал этиш бўйича амалий машғулотда ўқитиш технологияси

4.1. Таълим технологияси модели

Мавзу	ССД ва дерматомиозит да замонавий даволаш ”
-------	---

Соат – 6,7соат	Таълим олувчилар сони: 9киши
Машғулот шакли	Амалий
Амалий машғулотнинг режаси	<p>9. Кириш</p> <p>10. Тингловчилар билимларини фаолаштириш мақсадида “Ақлий ҳужум” сўров ўтказиш</p> <p>11. Муаммони ва уни ечиш вазифаларини аниқ ифода этиш.</p> <p>12. Кейсни гуруҳларда ечиш</p> <p>13. Муҳокама этилаётган муаммони “Кластер”, “Қандай?” техникасидан фойдаланилган ҳолда таҳлил этиш</p> <p>14. Натижалар тақдироти ва муҳокамасини ўтказиш</p> <p>15. Амалий кўникамаларни бажариш.</p> <p>16. Якуний хулоса чиқариш. Эришилган ўқув натижаларига кўра тингловчилар фаолиятини баҳолаш</p>
Машғулотнинг мақсади	<p>Тингловчиларга миокард инфаркти, атипик кечиш шакллари ва асоратлари ҳақида аниқ тасаввур ҳосил қилиш, бу касалликка тўғри ташхис қўйиш ва даволаш учун дори моддаларини танлаш ҳамда даволаш режасини тузиш малакасини шакллантириш бўйича билимларни чуқурлаштириш. Муаммоли вазиятни тўғри баҳолаш, клиник шароитда касалликка тўғри ташхис қўйиш, даволашни, тезкор ёрдам кўрсатишни шакллантириш.</p>
<p>Педагогик вазифалар: Кейс мазмунини мустақил ўрганиш учун асос яратади;</p> <p>♦ “Миокард инфарктининг атипик шакллари, асоратлари, диагностикаси, даволаш принциплари” муаммосига оид вазият билан таништиради;</p>	<p>Ўқув фаолияти натижалари: Кейс мазмуни билан олдиндан танишиб чиқиб, ёзма тайёргарлик кўради;</p> <p>Муаммоли вазифаларни ечишда назарий билимларни қўллайди; Муаммони аниқлаб, уни ҳал қилишда ечим топади;</p> <p>Якуний мантиқий хулосалар чиқаради.</p>

<ul style="list-style-type: none"> ♦ Муаммони ажратиб олишга ўргатади, таққослашга, таҳлил қилишга, умумлаштиришга кўмак беради; ♦ Муаммони ҳал этиш бўйича аниқ ҳаракатлар кетма-кетлигини тушунтириб беради; ♦ Шошилиш ҳолатларда ёрдам кўрсатишни шакллантиради; ♦ Муаммоли вазифаларни ечишга шарт-шароит яратади; ♦ Мантиқий хулоса чиқаришга кўма беради. Клиника шароитда беморни олиб бориш ва даволаш тактикаси кўникмасини мустақил ўзлаштиришни шакллантиради. 	
Ўқитиш усуллари ва техника	Кейс, “ақлий ҳужум,” қандай?”, баҳс-мунозара, муаммоли вазият услуби
Ўқитиш воситалари	Қоғозлар, доска, бўр, услубий кўрсатмалар
Ўқитиш шакллари	Индивидуал, фронтал ва гуруҳларда ишлаш.
Ўқитиш шарт-шароити	Гуруҳлар билан ишлашга мўлжалланган, техник жиҳатдан жиҳозланган аудитория.
Мониторинг ва баҳолаш	Оғзаки назорат, савол-жавоб, ўз-ўзини назорат қилиш, рейтинг тизими асосида баҳолаш.

4.2. Кейсга асосланган амалий машғулотнинг технологик харитаси

Босқичлар	Фаолиятнинг мазмуни	
	Ўқитувчи	Талаба
Тайёрлов босқичи	Мавзунини, вазият мазмунини аниқлайди, инфор­мацион таъминотга тайёргарлик кўради, кейсни расмийлаштиради, кўпайтириш муаммосини ҳал этади. Мустақил равишда тайёргарлик кўришни, тавсия этилган адабиётларни ўқиб ўрганишни тавсия қилади. Кейснинг аҳамияти, унинг	Тинглайдилар Мустақил равишда кейсни ечадилар.

	<p>касбий билимларни ривожлантиришда ролини тушунтиради. Амалий машғулотнинг иш тартиби ва наижаларини баҳолаш мезонлари билан таништиради. Кейс мазмуни билан янада яқинроқ танишиб чиқишлари учун тингловчиларга материалларни тарқатиб чиқади.</p>	
<p>Ибосқич Мавзуга кириш (15дақиқа)</p>	<p>1.1. Ўқув машғулоти мавзуси, мақсади, вазифалари ва ўқув фаолияти натижаларини айтади, долзарблиги ва аҳамиятига тўхталиб ўтади. 1.2. Мавзу бўйича тингловчилар билимларини фаоллаштириш мақсадида “ақлий ҳужум” ўтказди(1-илова).</p>	<p>Тинглайдилар. Саволларга жавоб беради.</p>

<p>II босқич Асосий (340 мин)</p>	<p>2.1. Кейсда бор бўлган материалларни муҳокама қилишни ташкиллаштиради, диққатни кейс билан ишлаш қоидаларига, муаммони ечиш алгоритмига ва вазифани аниқлаштиришга қаратади.</p> <p>2.2. Мустақил равишда вазият таҳлилини ўтказишни таклиф қилади.</p> <p>2.3. Тингловчиларни кичик гуруҳларга ажратади. Мавзу бўйича тайёрланган топшириқларни “Муаммоли вазият” услубидан фойдаланилган ҳолда тарқатади. (2-илова)</p> <p>2.4. Кичик гуруҳларда кейс билан якка тартибда бажарилган ишлар натижаларини муҳокама қилишни ташкиллаштиради. Гуруҳларга топшириқларни бажариш учун ёрдам беради, қўшимча маълумотлардан фойдаланишга имқон яратади. Диққатларини кўтиладиган натижага жалб қилади.</p> <p>2.5. Ҳар бир гуруҳ топшириқларини ватман-қоғозларга тушириб, тақдимотини ўтказишда ёрдам беради, изоҳлайди, билимларни умумлаштиради, хулосаларга алоҳида эътибор беради. Топшириқларнинг бажарилиши қай даражада тўғри эканлигини диққат билан тинглайди</p> <p>2.6. Тингловчиларнинг фикрларини умумлаштириб бўлгач, ҳар бир гуруҳга “Кластер” техникасидан фойдаланилган ҳолда” саволини ечиш топширилади. (3-илова).</p> <p>2.7. Тингловчиларнинг тақдимотда кўрсатилган фикрларини</p>	<p>Муҳокама қиладилар.</p> <p>Вазиятни мустақил равишда таҳлил қиладилар. Гуруҳларга ажралади, ёзиб оладилар, топшириқлар устида ишлайдилар.</p> <p>Фаол қатнашадилар.</p> <p>Жамоа бўлиб бажарилган ишнинг тақдимотини ўтказадилар, баҳс-мунозара юритадилар, қўшимчалар қиладилар, баҳолайдилар, хулоса чиқарадилар.</p> <p>Тинглайдилар. Гуруҳлар берилган топшириқни бажарадилар. Тақдимот ўтказадилар. Мавзу бўйича якуний хулоса чиқарадилар.</p>
---	---	---

	умумлаштиради.)	Тинглайдилар.
<p>III босқич Якунӣ(20 дақиқа)</p>	<p>3.1. Иш якунларини чиқаради. Бугўнги мавзу долзарб эканлигига тўхталиб ўтади. Ўқитувчи тингловчиларга дарсда олган билимларини амалиётга татбиқ этишлари лозим эканлигини таъкидлайди. Баҳолаш мезонлари орқали гуруҳ тингловчиларини баҳолайди, ютуқ ва камчиликларни кўрсатади. Фаол тингловчиларни баҳолаш мезонлари орқали рағбатлантиради.</p> <p>3.2 Тавсия этилган муаммолар ечимларига изоҳ беради. Яна бир бор кейсинг аҳамиятига атрофлича тўхталиб ўтади.</p>	<p>Эшитадилар. Аниқлайдилар.Ўз фикр-мулоҳазаларини билдирадилар.</p> <p>Тинглайдилар</p>

Мавзулар бўйича вазиятли масалалар

1.Масала.

Бемор 52 ёшда, шикоятлари: оёқда I бош бармоқ соҳасида, тизза бўғимида кучли оғриқ, ҳароратнинг кўтарилиши, терлаш. Анамнездан: бемор алкоголь ва гўшти овқатларни суистеъмол қилади. Обьектив оёқ панжаси бош бармоқ бўғимлари шишган, териси кизарган, куқимтиррок аралаш, пайпасланганда зарарланган соҳада кучли оғриқ сезади, тизза бўғимлари бир оз шишган, ҳаракат пайтида оғриқли.

1. Ташхис?
2. Текшириш режаси.

Беморни обьектив куриш



2.Масала.

45 ёшли бемор, оёқ ва қўл кафти бармоқларида, тизза бўғимларида оғриққа ва унинг кечқурунлари кучайишига, А/Б нинг ошишига, бош оғриши, бош айланиши, бел соҳасида симилловчи оғриққа, огиз куришига шикоят қилмоқда. Обьектив: бемор вазни ошган, тирсак бўғимлари, қўлок супраси атрофидаги тери остида турли ўлчамдаги 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 қизарган, 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 оғриқа шикоят қилиб тушди. Анамнезидан: 7 йилдан буён бемор, касби паст ҳарорат ва сув билан боғлиқ, 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 – бўғим 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.

Обьектив: 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 таҳлили: гемоглобин 90 г/л, лейкоцит-8000, СОЭ 45 мм/с, холестерин 7.5 ммоль/л, мочевина 6.5 ммоль/л, креатинин 0.12 ммоль/л.

- 1.Беморда қандай асорат юзага келган?
- 2.Диагнозни тасдиқловчи қўшимча текширув усуллари 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 қаватидан 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

Топширик №2.

42 ёшли бемор. Қандли 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 таҳлилида оксил 9.9 г/л.

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

Коптокчалар фильтрацияси 35 мл/мин. Мочевина 12 ммоль/л, креатинин 0.3 ммоль/л.

1. Беморда қандай асорат юзага келган?

2. Клиник таъхис 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: Қандли 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 успириин Совукда колгандан сўнг: юзида, қўл-оёқларида шиш пайдо бўлганлигини, умумий холсизлик ва диурез камайганлигини таъкидлади.

Яшаш жойида стационар даволанган, эффе́кт бўлмагач, 2 ойдан сўнг нефрология бўлимига етқизилган.

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

1. Дастлабки таъхис қўйинг.

2. Қандай кўшимча текширув керак

3. Диета ва патогенетик даवони 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 таҳлили, ум. оксил ва оксил фракцияси, холестерин, бета-липопротеидлар, Коагулограмма. УЗИ буйрак, Рентгенография кўкрак кафаси. 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 кўл бармоқлари увишиши ва музлашига, кўл оёқ бўғимларида оғриқ, овқат ютиш бузилганлиги, оғиз атрофида тортишиш ҳисси, курук йўталга шикоят қилади. Ўзини 2 йилдан буён касал ҳисоблайди: касаллик бўғимларда оғриқ, кўл увишиши ва музлашишидан бошланган. 1 йил олдин юз терисида ўзгариш ва овқат ютиш бузилиши пайдо бўлган.

Объектив: юзи «маска» симон, «кисет» симптоми, оёқ кўлларда 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 кўйишга имқон 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 кўл-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 кўлини 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. 1 кафт-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. Бўғимлар ва буйрак рентгенографияси. УЗИ буйрак.	30	20-30	5-19	0-4
3.	Пархез, пуринни чегаралаш. Кўп миқдорда ишқорий овқатлар. 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. Кўриқда 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 юқори 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 таҳлилида 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 шиллиқ, йирингли, қон аралаш ич кетишига, чақирик бўлаверишига, қорин оғриқ, озиб кетиш, тана ҳароратини 38 га кўтарилишига шикоят қилмоқда. Бемор 1 йилдан бери касал. Тили малина рангида, ёриқлар бор. Қорни юмшоқ, йўғон ичак бўйлаб оғриқли. Жигар пайпасланмайди. Шишлар йўқ. Ректорамонископияда ичак деворлари инфильтрацияланган, қон талаш, шиллиқ-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, ўрта 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 юқори қисмида белбоғсимон оғриққа, бетиним қайт қилиш, беқарор ич келишига шикоят қилмоқда. Анамнезида бемор ўн йилдан бери сурункали холецистит ва ўт-тош касаллиги билан оғрийди.

Объектив: Иштахаси кам. Тили куруқ, 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, аминоксапрон 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 бўшлиғи 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. Кўркув пайтида ҳолати ортопноэ, лаблар цианоз, акроцианоз, товон ва болдирда пастозлик бор. Аускултацияда – митрал стенозга хос, ЮҚС – 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 ҳил.

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 қафаси, Эхокардиография. УЗИ қорин бўшлиғи.	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	40	30-40	5-29	0-4

	кичик дозада, кордарон, диуретик, антикоагулянт, антиагрегантлар.				
--	---	--	--	--	--

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	Қонсиз 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.	Ўсмани 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 катталашиши, 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. Объективно: 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 қуруқ хириллашлар эшитилади. Жигар +3 см катталашган.

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

№	ЖАВОБЛАР	Макс.	Тўлиқ	Нотўлиқ	Қон-
---	----------	-------	-------	---------	------

		балл	жавоб	жавоб	сиз жавоб
1.	Сурункали ўпка-юрак декомпенсия даври.	30	20-30	5-19	
2.	Ўнг булмача ва қоринча гипертрофияси. Юрак электрик 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 ўчоқли миокард инфаркти билан шифохонага ётган эди. 2 кун олдин яхши холатда шифохонадан чиқарилди. Кеча туш ортида интенсив оғриқ бўлди, оғриқ кўкрак қафаси тез таркалди. Сўнгра титраш, тана ҳароратининг ошиши Кузатилди. 38.6 С гача. Перикард ишкалиниш 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 ўрта 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 айниш, юрак уриб кетиши, тез-тез кўп сийиш Кузатилди. Аёл саломатлик пунктидаги фелдшерга мурожаат қилди. Обьектив: Бемор хаяжонли, тери қоплами нам, гиперемик, Юрак тонлари баланд ритмик. Аортада II – тон акценти. Пульс 100 та/мин, ритмик. Хуруж пайтида қон анализида 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 беги УЗИ ва КТ.	30	20-30	5-19	0-4
3.	Кризни бартараф этиш учун: тропафен +нитропруссид натрия+ бета-адреноблокаторлар. Ўсмани 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 қўлда 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 кўрсаткичлари ошган.

1. Ташхисни тасдиқлаш учун қандай қўшимча 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, Яллиғланишни бартараф қилингандан сўнг.	40	30-40	5-29	0-4

Топширик №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. Охирги кўзиш бир hafta олдин шамоллашдан сўнг ўтказган.

Объектив: ахволи оғир, оғзидан мочевино хиди келади, Нафас олиш шовқинли. НОС 30 та/мин, Карахт. Саволларга зўрға жавоб беради. Териси куруқ, тирналган тирноқ излари бор. АКБ 220/120 мм.с.у. 180/110булмоқда. УПТ: оксил – 0.33-1.165 %, гематурия, цилиндрлар – 1-2, Қонда мочевино – 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 УТТида: буйрак улчамлари кичрайган, паренхимаси қискарган.	30	20-30	5-19	0-4
2.	Сурункали гломерулонефрит гипертоник шакли декомпенсация босқичи Асор: СБЕ терминал босқич.	30	20-30	5-19	0-4
3.	Диета: стол № 7А, гипотензив терапия, натрий бикарбонат, гемодиализ.	40	30-40	5-29	0-4

Топширик № 19.

58 ёшли бемор кўп йиллардан буён спиртли ичимликлар қабул қилади. Умумий холсизлик ва иштаҳа пасайиши фонидо охирги 3 йилда пешобни камайиши ва қорин катталашига шикоят қилди. Ўнг қовурға остидо 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 қўшимча текширув усуллари қилиш лозим?
3. Даво режаси.

№	ЖАВОБЛАР	Макс. Балл	Тўлиқ 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, ишқорий фосфатаза, Коагулограмма, холестерин, мочевино. креатинин. УЗИ	30	20-30	5-19	0-4

	қорин бўшлиғи. Жигарни сканирлаш. Жигар биопсияси. ЭФГДС.				
3.	Диета: стол № 5. Верошпирон, фуросемид, гепатопротектор, витаминлар, лактулоза, Н-2 гистамин рецепторлари блокаторлари, урсосан	40	30-40	5-29	0-4

Топшириқ № 20.

Бемор 32 ёшда. 2 йил олдин ВГ билан оғриган. Юқумли касалликлар шифохонасида 63 кун даволанган. Сўнг 1 йил парhez қилган ва амбулатор даволанган. Бир неча бор билирубин ва ферментлар кўтарилиши Кузатилган. Объектив: умумий аҳволи ўрта оғирликда, тери ва склера сарғайган, қичишишлар бор. Тана ҳарорати 38 гача кўтарилади. Жигар +5-6 см. Каттиклашган, оғриқли, 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	Қон-сиз жавоб
1.	Ум. оқсил ва фракцияси, тимол синамаси, ишқорий фосфатаза, Коагулограмма, холестерин, мочевино. креатинин. УЗИ қорин бўшлиғи. 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;
- таркатма 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.Таркатма 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)
6. Тестлар ва вазиятли масалалар тузиш (20 тадан кам эмас)

VII. ГЛОССАРИЙ

Термин	Ўзбек тилидаги шарҳи	Инглиз тилидаги шарҳи
«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 ҳил мавзуга бағишланган турли муаллифлар томонидан ҳар ҳил бажарилган тадқиқотларнинг бир турли натижаларини баҳолашда уларнинг сифат жиҳатидан ишончлилигини оширишга имқон 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: 11. MEDLINE (медлайн) 12. PreMEDLINE 13. Нашриётлар баёни.	this electronic search system was developed in the National Library of Medicine (NLM). PubMed includes: 14. MEDLINE 15. PreMEDLINE 16. Description of publications
MEDLINE	тиббиёт маълумотларининг базаси, у 1960-йилдан	MEDLINE is the National Library of

	<p>бошлаб 22 миллиондан ортиқ бутун дунё бўйича тиббий маълумотлар нашрларининг библиографик баёнларини ўз ичига олади. Ҳозирда MEDLINE бепул интернетдан маълумот кидиришга ёрдам беради.</p>	<p>Medicine (NLM) journal citation database. Started 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>
Entrez PubMed	<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 РЎЙХАТИ

Махсус 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. Каримов М.Ш. и др. Пропедевтика внутренних болезней методические рекомендации. Т., 2011. Часть 1-3.
7. Маматқулов Б. Жамоат саломатлиги ва соғлиқни сақлашни бошқариш. Тиббиёт олий ўқув юртлари учун дарслик. Илм Зиё, Тошкент-2014, 590 бет.
8. Маматқулов Б., Касимова Д.А. Менежмент назарияси ва амалиёти. Дарслик Т., -. 2015 Ворис- нашриёти. 240 б.

Интернет ресурслар

1. [www. Ziyonet. uz](http://www.Ziyonet.uz)
2. www. edu. Uz
3. Infocom.uz электрон журнали: www.infocom.uz
4. Ўзбекистон Республикаси Президентининг Матбуот маркази сайти: www.press-service.uz
5. Ўзбекистон Республикаси Давлат Ҳокимияти портали: www.gov.uz
6. Axborot-kommunikatsiya texnologiyalari izohli lug'ati, 2004, UNDP DDI: Programme www.lugat.uz, www.glossaiy.uz
7. Ўзбек интернет ресурсларининг каталоги: www.uz