

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ
ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ

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

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

“ҲАРБИЙ ТИББИЁТ”

Йўналиши

**“ҲАРБИЙ ТИББИЁТ ФАНЛАРИНИНГ ТАРАҚҚИЁТ
ЙЎНАЛИШЛАРИ ВА ИННОВАЦИЯЛАРИ”**

МОДУЛИ БЎЙИЧА

ЎҚУВ - УСЛУБИЙ МАЖМУА

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

Тузувчи: Тошкент тиббиёт Академияси ҳузуридаги
Ҳарбий тиббиёт факултети
Ҳарбий дала жарроҳлиги кафедраси бошлиғи
тиббиёт хизмати подполковниги А.Н. Насриддинов.

Такризчи: ТТА харбий тиббиёт факултети харбий дала
жарроҳлик кафедраси тиббий хизмат полковниги
А.Ф.Рахимов
Қуроли Кучлар Академияси бошлиғининг ўқув
ишлари бўйича ўринбосари подполковник
А.Л. Ниғматов

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

МУНДАРИЖА

I. Ишчи дастур.....	1
II. Модулни ўқитишда фойдаланиладиган интерфаол таълим_методлари.	14
III. Назарий материаллар	30
IV. Амалий машғулот материаллар	94
V. Кейслар банки	118
VI. Мустақил таълим мавзулари	161
VII. Глоссарий.....	162
VIII. Адабиётлар рўйхати	164

I ИШЧИ ДАСТУР

КИРИШ

«Информацион коммуникацион муҳит технологиялари шиддат билан ўсиб бормоқда. Ҳозирги ва эртанги кунимизни бу муҳитсиз тасаввур этиб бўлмайди. Бугунги кунда мамлакатимизда кенг кўламда «электрон ҳукумат» системасига ўтиш ишлари олиб борилмоқда ва бу давр талабидир» деган эди Ўзбекистон Республикаси президенти Ш.М. Мирзиёев 2016 йил 14 декабрда қонунчилик палатаси ва Олий мажлис Сенатидаги нутқида.

Вакт талабига мос равишда таълим олиш жараёنларига инновацион таълим технологияларини, интерфаол усулларни тадбиқ қилиш, жаҳоннинг етакчи мутахассислари тажрибаларидан фойдаланиш рақобатбардош кадрларни тайёрлашга ёрдам беради.

Ёш авлодга таълим-тарбия беришнинг мақсади, вазифалари, мазмуни, услубий талабларига кўра фан, техника ва илғор технология ютуқларидан унумли фойдаланиш бугунги таълим тизими олдида турган долзарб муаммолардан бири ҳисобланади. Ўзбекистон Республикаси Президентининг “Олий таълим муассасалари раҳбар ва педагог кадрларини қайта тайёрлаш ва уларнинг малакасини ошириш тизимини янада такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида” ги 2015 йил 12 июндаги ПФ-4732 сонли Фармони тасдиғидир.

“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.

Амалий машғулотлар жараёнида, мавжуд бўлган ўқув-моддий базаларга боғлиқ ҳолда, тингловчилар томонидан ўқув саволларини ва амалий

кўникмаларни чуқур ўзлаштириб олиш учун ёрдам берадиган турли хилдаги усуллардан ва услубий қўлланмалардан фойдаланилади.

Юқоридагилардан келиб чиққан ҳолда аҳолига кўрсатилаётган тиббий хизматнинг сифати ва самарасини ошириш учун тиббиёт ходимларида, айниқса тиббиёт кадрларини тайёрлашга маъсул бўлган профессор – ўқитувчиларининг тиббиёт фани бўйича билим, кўникма ва малакаларини ошириш ҳозирги даврнинг долзарб масалаларидан биридир.

Мавзуга оид беморлар МХКГда бўлмаганда амалий машғулотлар Тошкент тиббиёт академияси клиникаларида, таълуқли жарроҳлик йўналишидаги ихтисосолашган марказларда ўтказилади. Ундан ташқари, тингловчилар илгари клиникада (бўлимларда) даволанган мавзуга оид беморлар касаллик тарихини ўрганишади ва муҳокама қилишади.

Шу ўқув услубий мажмуада ҳарбий тиббиётнинг долзарб масалалари ва уларнинг фармакотерапияси - касалликларни даволаш стандартлари ва клиник протоколларини ўргатади.

Ҳарбий тиббиётда учрайдиган шошилиш ҳолатларда тез ёрдам кўрсатиш шарт-шароитлари ва бошқа юқори технологияларни қўлланади ва жаҳон тиббиётида кенг қўлланилаётган даволаш технологияларини қўллашига катта аҳамият берилади.

Ўзбекистон соғлиқни сақлаш тизимида кадрларни тайёрлашда муҳим ўрин эгаллайди. Шунини ҳисобга олиб, ҳарбий тиббиёт фани бўйича ушбу дастур тузилди ва унга асосан ўқув қўлланмалар, тарқатма материаллар тайёрланди.

МОДУЛНИНГ МАҚСАДИ ВА ВАЗИФАЛАРИ

“Ҳарбий тиббиёт фанларининг тараққиёт йўналишлари ва инновациялари” модулининг мақсади:

педагог кадрларни қайта тайёрлаш ва малака ошириш курс тингловчиларини тиббиётдаги бугунги кунда қўлланилаётган замонавий диагностика усуллари ҳамда ҳарбий тиббиётнинг тараққиёт йўналишларини ва инновацион технологиялар билан таништириш.

“Ҳарбий тиббиёт фанларининг тараққиёт йўналишлари ва инновациялари” модулининг вазифалари:

- ҳарбий тиббиёт фанларини ўқитишда педагогик фаолият, олий таълимда ўқитиш жараёнинини технологиялаштириш билан боғлиқликда юзага келаётган муаммоларни аниқлаштириш;

- тингловчиларнинг ҳарбий тиббиёт фанлари муаммоларини таҳлил этиш кўникма ва малакаларини шакллантириш;

- ҳарбий тиббиётда тушадиган касалларни бугунги кунда қўлланилаётган инновацион замонавий диагностика усуллари билан даволаш ва диагностика қилиш билан таништириш.

МОДУЛНИ ЎЗЛАШТИРИШГА ҚЎЙИЛАДИГАН ТАЛАБЛАР:

“ҳарбий тиббиёт фанларининг тараққиёт йўналишлари ва инновациялари” модулини ўзлаштириш жараёнида амалга ошириладиган масалалар доирасида тингловчилар:

- ҳарбий тиббиёт 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 инновацион технологияларни қўллаш билан боғлиқ муаммолар ва уларни ҳал этиш йўллари билиши керак;

- замонавий ҳарбий тиббиёт фанлари муаммоларига доир кейслар тузиш, улардан амалиётда қўллаш кўникмаларига эга бўлиши зарур;

- ҳарбий тиббиёт фанларининг муаммоларини аниқлаш, таҳлил этиш, баҳолаш ва умумлаштириш малакаларини эгаллаши лозим.

МОДУЛНИНГ ЯКУНИДА ТИНГЛОВЧИЛАРНИНГ БИЛИМ, КЎНИКМА ВА МАЛАКАЛАРИ ҲАМДА КОМПЕТЕНЦИЯЛАРИГА ҚЎЙИЛАДИГАН ТАЛАБЛАР:

Тингловчи:

- ҳарбий тиббиёт фанининг асосий назарий ва амалий соҳаларида эришган ютуқлари, муаммолари ва уларнинг ривожланиш истиқболларини;
- ҳарбий тиббиёт фанининг фундаментал ва амалий жиҳатларини;
- ҳарбий тиббиёт соҳасидаги инновацияларни ва таълим технологияларини ўқув жараёнига татбиқ этишнинг назарий ва амалий асослари;
- ҳарбий тиббиёт соҳасидаги мутахассисларга қўйиладиган замонавий талабларини;
- ҳарбий тиббиётда касалликларни диагностикаси ҳамда даволаш стандартларини;
- инновацион технологияларни ҳарбий тиббиётда қўллаш билиши ;
- ҳарбий тиббиёт касалликларнинг кечиш хусусиятларини **билиши**

керак.

Тингловчи:

- ҳарбий тиббиёт йўналиши фанларини ўқитишда илғор таълим инновацион технологияларидан самарали фойдаланиш;
- ҳарбий тиббиёт йўналиши касалликларини босқичларидан келиб чиққан ҳолда уларга ёндашиш;
- ҳарбий тиббиёт йўналиши касалликларига социал-демографик муаммолардан келиб чиққан ҳолда ташхис қўйиш;
- ҳарбий тиббиётда замонавий диагностика, даволаш ва профилактика усулларидан самарали фойдаланиш;
- ҳарбий тиббиёт йўналиши касалликларнинг интегрирлашган усулда даволаш **кўникмаларига эга бўлиши лозим.**

Тингловчи:

- ҳарбий тиббиёт йўналиши соҳасида замонавий инновацион диагностик усулларидан фойдаланиш;

- ҳарбий тиббиёт йўналиши касалликларнинг кечиш динамикасини аниқлаш;
- ҳарбий тиббиёт йўналиши даволашда юқори инновацион технологияларни қўллаш.
- ҳарбий тиббиёт йўналиши касалликларида даволашда юқори инновацион технологияларни қўллашнинг ўрни;
- ҳарбий тиббиёт йўналиши фанларини ўқитишда муаммоли педагогик вазиятларга инновацион ёндашиш **малакаларига эга бўлиши зарур.**

Тингловчи:

- ҳарбий тиббиёт йўналиши касалликлар диагностикасида ва даволашда илғор хорижий тажрибаларни амалиётда қўллаш;
- ҳарбий тиббиёт йўналишида учрайдиган шошилиш ҳолатларда тез ва малакали тиббий ёрдам кўрсатишни тушунтириш;
- ҳарбий тиббиёт йўналишида кам инвазив усулларни ҳамда инновацион методларни қўллашни тушунтира билиши;
- ҳарбий тиббиёт йўналиши касалликларни даволашда лазер технологияларидан фойдаланишни тушунтириши;
- беморларнинг жисмоний, руҳий ва клиник хусусиятларини инобатга олган ҳолда даволашни;
- ҳарбий тиббиёт йўналишида операцияларни ўтказишда замонавий диагностик усулларни қўллаш **компетенцияларига эга бўлиши лозим.**

Модулнинг ўқув режадаги бошқа модуллар билан боғлиқлиги ва узвийлиги

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

Модулнинг олий таълимдаги ўрни.

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

Ундан ташқари ҳарбий тиббиёт фанларининг тараққиёт йўналишлари аниқ билиши ҳамда ва янги инновацион технологимялардан фойдаланган ҳолда маъруза ҳамда амалий машғулотларини ўтказиши.

Шу модулда ҳарбий тиббиётнинг долзарб масалалари ва уларнинг фармакотерапияси - касалликларни даволаш стандартлари ва клиник протоколларини аниқ ва равшан кўриб чиқиш ҳамда касалликларни интегрирлашган усулда даволашни ўргатадаигандир.

Ҳарбий тиббиётда учрайдиган шошилиш ҳолатларда тез ёрдам кўрсатиш шарт-шароитлари ва бошқа юқори технологияларни қўлланади ва жаҳон тиббиётида кенг қўлланилаётган даволаш технологияларини қўллашига катта аҳамият берилади.

МОДУЛ БЎЙИЧА СОАТЛАР ТАҚСИМОТИ

№	Модул мавзулари	Тингловчининг ўқув юкламаси, соат					
		Ҳаммаси	Аудитория ўқув юкламаси				Мустиқил таълим
			жами	жумладан			
				назарий	амалий машғулот	Кўчма машғулот	
1.	Ҳарбий тиббиёт фанининг мақсади ва вазифалари, ривожланиши тарихи. Замонавий жанговар жарроҳлик патологияси. Жарроҳлик йўналишидаги санитар йўқотишларнинг хажми ва структураси	6	6	2	2	2	
2	Замонавий ҳарбий конфликтлардаги жарроҳлик ёрдамни ташкил этиш асослари. Ўқотар яраланишнинг яра баллистикаси ва морфологияси. Ярага жарроҳлик ишлови бериш.	6	6	2	2	2	
3.	Юрак ва буйрак касалликларни ташхислашда ҳарбий тиббиётда замонавий диагностика усуллари қўллаш	6	6	4	2		
4	Нафас олиш системаси касалликларни ташхислашда ҳарбий тиббиётда замонавий диагностика усуллари қўллаш ва даволаш	8	6	2	2	2	2
5	Ошқозон ва 12 бармоқ ичакнинг яра касаллигини ташхислашда ҳарбий тиббиётда замонавий диагностика усуллари қўллаш	6	6	2	2	2	
6	Жигар касалликларни ташхислашда ҳарбий тиббиётда замонавий диагностика усуллари қўллаш.	6	6	2	2	2	
7	Жанговар термик шикастланишлар. Аралаш (комбинирланган) жароҳатланишда замонавий диагностика ва даволаш усуллари	6	4	2		2	2
	Жами	44	40	16	12	12	4

НАЗАРИЙ МАШҒУЛОТЛАР МАЗМУНИ

1. Мавзу. Ҳарбий тиббиёт фани ҳамда ҳарбий дала жарроҳлигининг мақсади ва вазифалари, ривожланиши тарихи. Замонавий жанговар

жарроҳлик патологияси. Жарроҳлик йўналишидаги санитар йўқотишларнинг ҳажми ва структураси.

Ҳарбий тиббиёт ҳамда ҳарбий дала жарроҳлиги ҳақида тушунчаси ва мазмуни. Ҳарбий тиббиёт ҳамда ҳарбий-дала жарроҳлиги ривожланиш даврлари. Замонавий жанговар жарроҳлик патологияси.

Жанговар жарроҳлик патологияси терминологияси ва асосий тушунчалари. Жанговар жарроҳлик шикастланиш таснифи. Жанговар жарроҳлик шикастланиш ташхисини қуйиш қоидалари.

Замонавий урушда ярадорлар ва жароҳатланганлар кирувчи оқимининг (входящего потока) тузилиши. Ҳозирги вақтдаги ҳарбий-дала жарроҳлигининг энг долзарб муаммолари.

2. Мавзу. Замонавий ҳарбий конфликтлардаги жарроҳлик ёрдамни ташкил этиш асослари. Ўқотар яраланишнинг яра баллистикаси ва морфологияси. Ярага жарроҳлик ишлови бериш .

Ярадорларни босқичларда даволаш тизими. Тиббий эвакуация босқичларида ярадорларга кўрсатиладиган тиббий ёрдамнинг турлари. Кенг кўламли урушларда, локал конфликтларда ва қуроли тўқнашувларда кўрсатиладиган малакали ва ихтисослашган жарроҳлик ёрдамнинг ўзига хос хусусиятлари.

Ўзбекистон Республикаси Қуроли Кучларида ярадорларга кўрсатиладиган жарроҳлик ёрдамнинг ўзига хос хусусиятлари. Яра баллистикаси. Ўқотар қуролдан яраларнинг шаклланиш механизми, морфологияси ва ўзига хос хусусиятлари.

Ўқотар қуролдан яраларни даволаш ва бирламчи жарроҳлик ишлови принциплари.

3. Мавзу. Юрак ва буйрак касаллиглари ташхислашда ҳарбий тиббиётда замонавий диагностика усуллари қўллаш ЮИК нинг долзарб муаммолари, тарқалиши.

Юрак ишемик касалликлари ҳамда буйрак касалликларининг замонавий таснифи ва диагностикаси.

Юрак ишемик касалликлари ҳамда буйрак касалликларини ташхислашда замонавий клинко-лаборатор диагностик усуллари қўллаш.

Юрак ишемик касалликлари ҳамда буйрак касалликларини ташхислашда замонавий инструментал диагностик усуллари қўллаш.

ЮИКнинг ҳамда буйрак долзарб муаммолари, тарқалиши.

4. Мавзу. Нафас олиш системаси касалликлари ташхислашда ҳарбий тиббиётда замонавий диагностика усуллари қўллаш.

Нафас олиш системаси касалликлари ва уларнинг тарқалиши ҳақида тушунча бериш.

Нафас олиш системаси касалликларнинг замонавий таснифи ва ташхислаш.

Нафас олиш системаси касалликларни ташхислашда замонавий диагностика усулларини қўллаш.

5. Мавзу. Ошқозон ва 12 бармоқли ичакнинг яра касаллигини ташхислашда ҳарбий тиббиётда замонавий диагностика усулларини қўллаш

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

Ошқозон ва 12 бармоқ ичакнинг яра касаллигини замонавий таснифи ва ташхислаш. Ошқозон ва 12 бармоқ ичакнинг яра касаллиги лаборатор текшириш.

Ошқозон ва 12 бармоқ ичакнинг яра касаллигини ташхислашда замонавий диагностика усулларини қўллаш

6. Мавзу. Жигар касалликларни ташхислашда ҳарбий тиббиётда замонавий диагностика усулларини қўллаш.

Жигар касалликлар ва уларнинг тарқалиши ҳақида тушунча бериш. Жигар касалликларнинг замонавий таснифи ва ташхислаш.

Жигар касалликларни ташхислашда замонавий диагностика усулларини қўллаш.

7. Мавзу. Жанговар термик шикастланишлар. Аралаш (комбинирланган) жарохаталанишларда замонавий диагностик ва даволаш усуллари

Жанговар термик шикастланишлар. Аралаш (комбинирланган) жарохаталанишларда замонавий таснифи ва ташхислаш.

Жанговар термик шикастланишлар. Аралаш (комбинирланган) жарохаталанишларда замонавий диагностика усулларини қўллаш.

АМАЛИЙ МАШҒУЛОТ МАЗМУНИ

1. Амалий машғулот: Ҳарбий тиббиёт ҳамда ҳарбий дала жарроҳлиги фанининг мақсади ва вазифалари, ривожланиши тарихи.

Замонавий жанговар жарроҳлик патологияси. Жарроҳлик йўналишидаги санитар йўқотишларнинг хажми ва структураси.

Ҳарбий тиббиёт ҳамда ҳарбий дала жарроҳлиги ҳақида тушунчаси ва мазмуни. Ҳарбий тиббиёт ҳамда ҳарбий-дала жарроҳлиги ривожланиш давлари. Замонавий жанговар жарроҳлик патологияси. Жанговар жарроҳлик патологияси терминологияси ва асосий тушунчалари.

Жанговар жарроҳлик шикастланиш таснифи. Жанговар жарроҳлик шикастланиш ташҳисини қўйиш қоидалари.

Замонавий урушда ярадорлар ва жароҳатланганлар кирувчи оқимининг (входяшего потока) тузилиши. Ҳозирги вақтдаги ҳарбий-дала жарроҳлигининг энг долзарб муаммолари.

Вазиятли масалалар, тестлар ечадилар, бирламчи жарроҳлик ишлови бериш тактикасини таҳлил қиладилар.

Кейс: “Замонавий урушда ярадорлар ва жароҳатланганлар кирувчи оқимининг (входяшего потока) тузилиши. Ҳозирги вақтдаги ҳарбий-дала жарроҳлигининг энг долзарб муаммолари”.

Яқуний қисм. Хулоса қилинади, баҳо қўйилади.

2. Амалий машғулот: Замонавий ҳарбий конфликтлардаги жарроҳлик ёрдамни ташкил этиш асослари. Ўқотар яраланишнинг яра баллистикаси ва морфологияси. Ярага жарроҳлик ишлови бериш.

Ярадорларни босқичларда даволаш тизими. Тиббий эвакуация босқичларида ярадорларга кўрсатиладиган тиббий ёрдамнинг турлари. Кенг кўламли урушларда, локал конфликтларда ва қуролли тўқнашувларда кўрсатиладиган малакали ва ихтисослашган жарроҳлик ёрдамнинг ўзига хос хусусиятлари.

Ўзбекистон Республикаси Қуролли Кучларида ярадорларга кўрсатиладиган жарроҳлик ёрдамнинг ўзига хос хусусиятлари. Яра баллистикаси. Ўқотар қуролдан яраларнинг шаклланиш механизми, морфологияси ва ўзига хос хусусиятлари.

Ўқотар қуролдан яраларни даволаш ва бирламчи жарроҳлик ишлови принциплари.

Вазиятли масалалар, тестлар ечадилар, тиббий ёрдам кўрсатиш босқичларини таҳлил қиладилар.

Кейс: “Ўқотар қуролдан яраларни даволаш ва бирламчи жарроҳлик ишлови принциплари”

Яқуний қисм: Хулоса қилинади, баҳо қўйилади.

3. Амалий машғулот: Юрак ва буйрак касаллиглари ташҳислашда ҳарбий тиббиётда замонавий диагностика усулларини қўллаш ЮИК нинг долзарб муаммолари, тарқалиши.

Миокард инфарктининг долзарб муамоллари, мазмунининг моҳияти, тарқалиши, ҳарбий тиббиёт касалликлари патологиясида ўрни ва аҳамияти айтиб ўтилади.

Миокард инфаркти таснифи билан, клиникаси ва унда кузатиладиган синдромлар билан ва миокард инфарктнинг атипик шакллари билан таништирилади миокард инфарктнинг ва унинг асоратларини ташхислашда замонавий диагностика усуллари тўғрисида маълумотлар берилди..

Юрак касалликларни ташхислашда ҳарбий тиббиётда замонавий диагностика.

Юрак касалликларни этиологияси ва патогенези тўғрисида маълумотлар берилди; таснифи билан, клиникаси ва унда кузатиладиган синдромлар билан, шакллари билан таништирилади ва ташхислашда замонавий лаборатор ва инструментал диагностик усуллари билан таништириш. Ташхис қўйиш принциплари.

Вазиятли масалалар, тестлар ечадилар, ЭКГ ларни таҳлил киладилар.

Кейс “ Юрак ишемик касаллиги. Миокард инфарктининг атипик шакллари, асоратлари”, лаборатор, инструментал ва ташхис қўйиш.

Яқуний қисм: Хулоса ва баҳоланади.

4. Амалий машғулот: Нафас олиш системаси касалликларни ташхислашда ҳарбий тиббиётда замонавий диагностика усулларини қўллаш.

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

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

Вазиятли масалалар, тестлар ечадилар, анализларларни таҳлил қилинади.

Кейс: “системали касалликлари”.

Яқуний қисм. Хулоса қилинади ва баҳоланади.

5. Амалий машғулот: Ошқозон ва 12 бармоқ ичакнинг яра касаллигини ташхислашда ҳарбий тиббиётда долзарб муамоллари ва замонавий диагностика усулларини қўллаш.

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

Ошқозон ва 12 бармоқ ичакнинг яра касаллигини таснифи билан, клиникаси ва унда кузатиладиган синдромлар билан таништирилади ва ташхислашда замонавий лаборатор ва инструментал диагностик усуллари.

Вазиятли масалалар, тестлар ечадилар, анализларларни таҳлил қилиш.

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

Якуний қисм. Хулоса қилинади ҳамда баҳоланади.

6. Амалий машғулот: Жигар касалликларни ташхислашда ҳарбий тиббиётда замонавий диагностика усуллари қўллаш

Жигар касалликларни долзарб муамолари, мазмуннинг моҳияти, тарқалиши ва аҳамияти айтиб ўтилади.

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

Вазиятли масалалар, тестлар ечадилар, анализларларни таҳлил қилиш.

Кейс: “Жигар циррози ташхиси қўйишда ҳарбий тиббиётда Янги диагностик методлар”.

Якуний қисм. Хулоса қилинади ва баҳоланади.

7. Амалий машғулот: Мавзу. Жанговар термик шикастланишлар. Аралаш (комбинирланган) жарохаталанишларда замонавий диагностик ва даволаш усуллари

Жанговар термик шикастланишлар. Аралаш (комбинирланган) жарохаталанишларда замонавий таснифи ва ташхислаш.

Жанговар термик шикастланишлар. Аралаш (комбинирланган) жарохаталанишларда замонавий диагностика усуллари қўллаш.

Жанговар термик шикастланишлар клиникаси ва унда кузатиладиган синдромлар билан, шакллари билан таништирилади ва ташхислашда замонавий диагностика усуллари қўллаш принциплари.

Тингловчилар вазиятли масалалар, тестлар ечадилар, анализлар таҳлил қилиш.

Кейс: “системали касалликлари”.

Якуний қисм. Хулоса ва баҳоланади.

ЎҚИТИШ ШАКЛЛАРИ

Мазкур модулнинг назарий материални ўзлаштиришда қуйидаги:

→ ўқув ишини ташкиллаштиришнинг интерфаол шакллари:

бинар-маъруза,

провакацион маъруза,

савол-жавобли маъруза,

суҳбат-маърузалар орқали ташкиллаштириш назарда тутилган.

→ ўқув аолиятини ташкил этиш шакллари сифатида қуйидагилардан фойдаланиш назарда тутилган:

маъруза машғулотларида оммавий, жуфтлик, индивидуал;

амалий машғулотларда гуруҳли, жамоавий, жуфтлик, индивидуал.

БАҲОЛАШ МЕЗОНИ

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

Кўчма машғулотлар: кўчма машғулотлар қуйидаги;

- Тошкент тиббиёт академияси ҳузуридаги ҳарбий тиббиёт факултети ҳарбий дала жарроҳлиги кафедраси;

- Тошкент тиббиёт академияси ҳузуридаги ҳарбий тиббиёт факултети тиббиёт хизматини ташкиллаштириш кафедраси;

- Республика ихтисослаштирилган травматология ва тиббий реабилитация илмий амалий тиббиёт маркази,

- Республика ихтисослаштирилган жарроҳлик марказида,

- Республика ихтисослашган жарроҳлик илмий амалий тиббиёт маркази ва республика шифохоналарда, тиббиёт марказларда ўтказилади.

II . МОДУЛНИ ЎҚИТИШДА ФОЙДАЛАНИЛАДИГАН ИНТРЕФАОЛ ТАЪЛИМ МЕТОДЛАР ”КИМ КЎПРОҚ, КИМ ТЕЗРОҚ?” иш ўйинини ўтказиш усули:

Иш учун зарур:

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

- Секундомер.

Ишнинг бориши:

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

«МИОКАРД ИНФАРКТИ КЕЧИШИ АТИПИК ШАКЛЛАРИ» бўйича «Ким кўпроқ, ким тезроқ?» иш ўйини.

Иш ўйинини ўтказиш учун саволлар:

1. Миокард инфарктига тушунча беринг.
2. Миокард инфарктининг этиологияси.
3. Миокард инфарктининг патогенези.
4. Миокард инфарктининг хавфли омилларни айтинг.
5. Миокард инфарктининг таснифи,
6. Миокард инфарктининг клиникаси.
7. Миокард инфарктининг атипик шакллари сананг.
8. Миокард инфарктининг абдоминал шаклини айтинг.
9. Миокард инфарктининг астматик шаклини айтинг.
10. Миокард инфарктининг аритмик шаклини айтинг.
11. Миокард инфарктининг белгиларсиз шаклини айтинг.
12. Миокард инфарктдаги оғриқни атипик жойлашувли шаклини айтинг
13. Миокард инфарктининг диспептик шаклини айтинг
14. Миокард инфарктининг шишли шаклини айтинг
15. Миокард инфарктини ўнг қоринча етишмовчилиги шаклини айтинг
16. Миокард инфарктининг коллаптоидли шаклини айтинг
17. Миокард инфарктининг асоратларини сананг.
18. Кардиоген шок ҳақида сўзланг.
19. Ўпка шиши ҳақида сўзланг.
20. Ритм бузилишлари турларини айтиб беринг.
21. Дресслер синдромини сўзлаб беринг.
22. Миокард инфарктида қон таҳлилларида нималар кузатилади?
23. Қоннинг биохимик таҳлилларида нималар аниқланади?
24. Кардиоспецифик маркерлар нима?
25. ЭКГ текширувидаги ўзгаришларни айтиб беринг.
26. Ўта ўткир босқичида ЭКГда нималар кузатилади?
27. Ўткир босқичида ЭКГда нималар кузатилади?

28. Ўткир ости босқичида ЭКГда нималар кузатилади?
29. Чандиқланиш босқичида ЭКГда нималар кузатилади?
30. Миокард инфарктининг диагностикасини айтиб беринг.
31. Миокард инфарктининг қиёсий ташхисини сўзланг.

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

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

“СУРУНКАЛИ БУЙРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ”мавзуси бўйича «Ким кўпроқ, ким тезроқ?»иш ўйинини ўтказиш учун саволлар:

- 1.Сурункали буйрак етишмовчилигига тушунча беринг.
2. Сурункали буйрак етишмовчилигига қайси касалликлар олиб келади?
3. Буйраklarнинг асосий функциялари.
4. Буйраklarнинг асосий функцияларини характерловчи лаборатор кўрсаткичларни сананг.
5. Умумий қон ва сийдик таҳлилларида нималар кузатилади?
6. Қоннинг биохимик таҳлилларида нималар аниқланади?

7. Бўйрақлар УТТ текширувида қандай натижалар кузатилади?
8. Реберг синамаси нимава у нимани ҳарактерлайди?
9. Зимницкий синамаси қандай ўтказилади ва унинг аҳамияти.
10. Лопаткин схемаси бўйича сурункали бўйрақ етишмовчилигининг босқичларини сананг.
11. Сурункали бўйрақ етишмовчилигининг клиникаси.
12. СБЕда юрак қон-томир тизимидаги ўзгаришлар?
13. СБЕда сув-электролит алмашинуви бузилишлари.
14. СБЕда фосфор-кальций алмашинуви бузилишлари.
15. СБЕда КИМ (кислота-ишқор мувознати) қандай аниқланади?

“ЎРГИМЧАК ТЎРИ” иш ўйини:

- 1-қатнашчи: 1.** Миокард инфарктига тушунча беринг
- 2.** Миокард инфаркти асоратларининг олдини олиш ҳақида сўзланг.
- 2-қатнашчи: 1.** Миокард инфарктининг этио-патогенези.
- 2.** Миокард инфарктини дагностикасини асосий принципларини сананг
- 3-қатнашчи: 1.** Миокард инфарктининг таснифи
- 2.** Миокард инфарктининг қиёсий ташхисини сўзланг
- 4-қатнашчи: 1.**Миокард инфарктининг клиникаси
- 2.** Кардиоген шокда қўлланиладиган асосий тадбирларни айтинг
- 5-қатнашчи: 1.**Миокард инфарктининг атипик шаклларини сананг
- 2.** Ўпка шишини диагностикачини сўзланг.
- 6-қатнашчи: 1.** Миокард инфарктининг абдоминал шаклини айтинг
- 2.** Дресслер синдромини диагностикачини сўзланг.
- 7-қатнашчи: 1.**Миокард инфарктининг астматик шаклини айтинг
- 2.** Ритм бузилишларини диагностикачини сўзланг
- 8-қатнашчи: 1.** Миокард инфарктининг аритмик шаклини айтинг
- 2.** Миокард инфарктининг лаборатор диагностикаси.
- 9-қатнашчи: 1.** Миокард инфаркти (ЭКГ,УТТ) диагностика.
- 2.** Дресслер синдромини сўзлаб беринг

10-қатнашчи: 1. Миокард инфаркти босқичларининг ЭКГ даги ўзгаришлари?

2. Миокард инфарктини даволашда қўлланиладиган асосий препаратлар гуруҳи

Графикли органайзерлар техникаси.

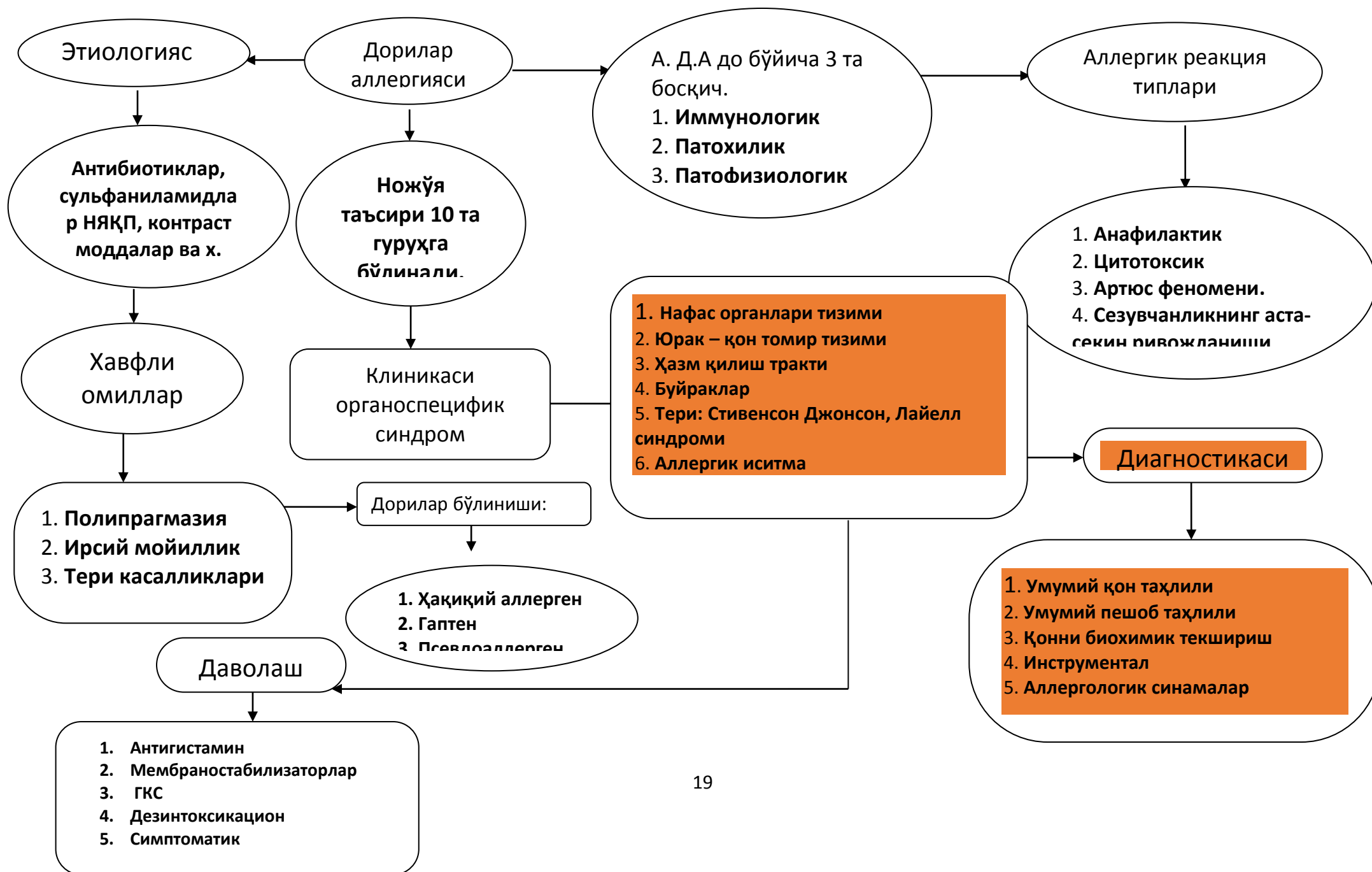
I. Маълумотларни таркиблаштириш ва таркибий бўлиб чиқиш, ўрганилаётган тушунчалар (ҳодисалар, воқеалар, мавзулар ва шу кабилар) ўртасида алоқа ва алоқадорликни ўрнатишнинг йўли ва воситалари.

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

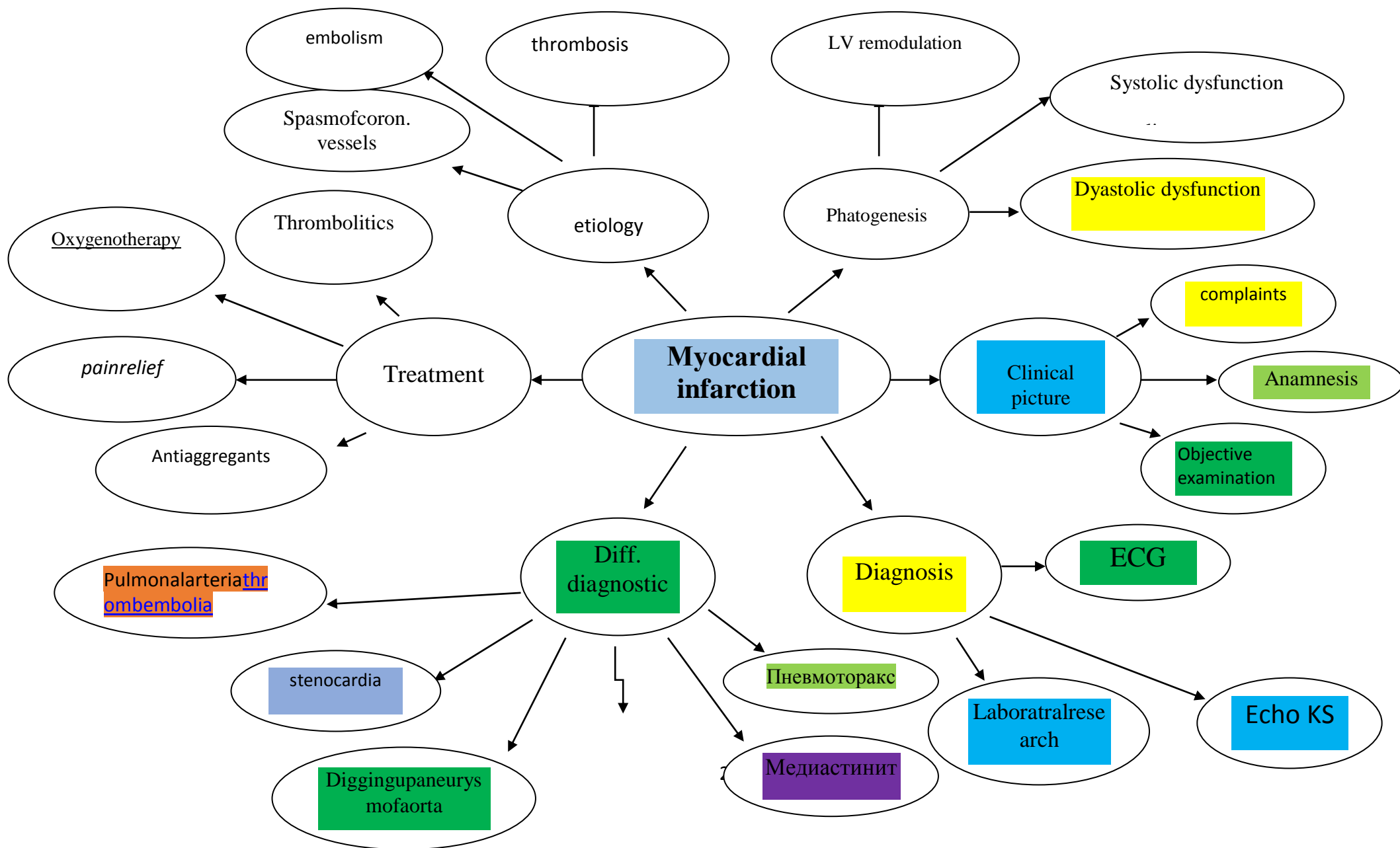
Тингловчилар Кластерни тузиш қоидаси билан танишадилар. Ёзув тахтаси ёки катта қоғоз варағининг ўртасига асосий сўз ёки 1-2 сўздан иборат бўлган мавзу номи ёзилади. Бирикма бўйича асосий сўз билан унинг ёнида мавзу билан боғлиқ сўз в таклифлар кичик доирачалар “йўлдошлар” ёзиб қўшилади. Уларни асосий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

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

«Дорилар аллергияси» мавзуси бўйича «Тоифалаш» жадвали.



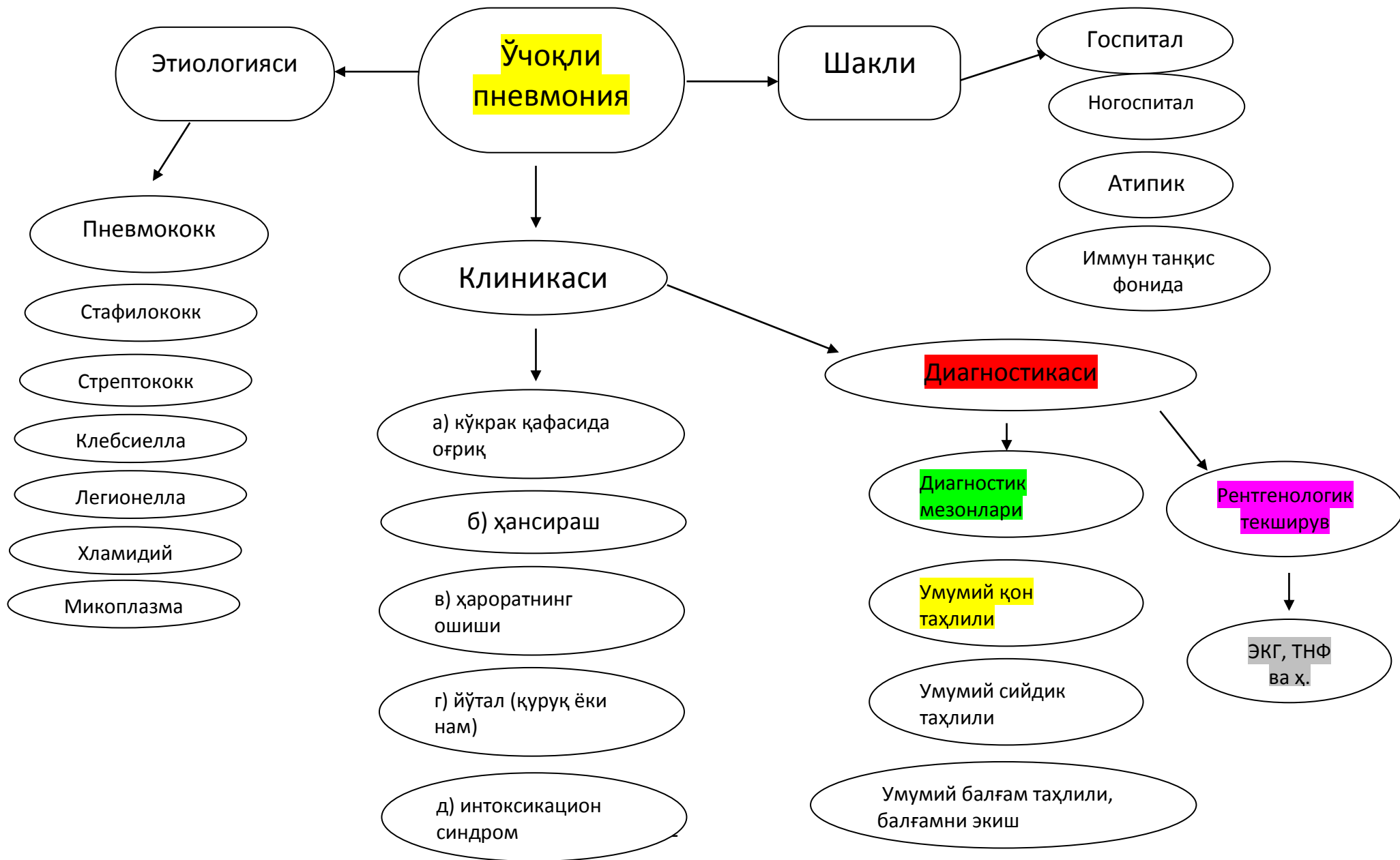
MINISTRY OF HEALTH OF CLUSTER ON THE TOPIC "Myocardial infarction"



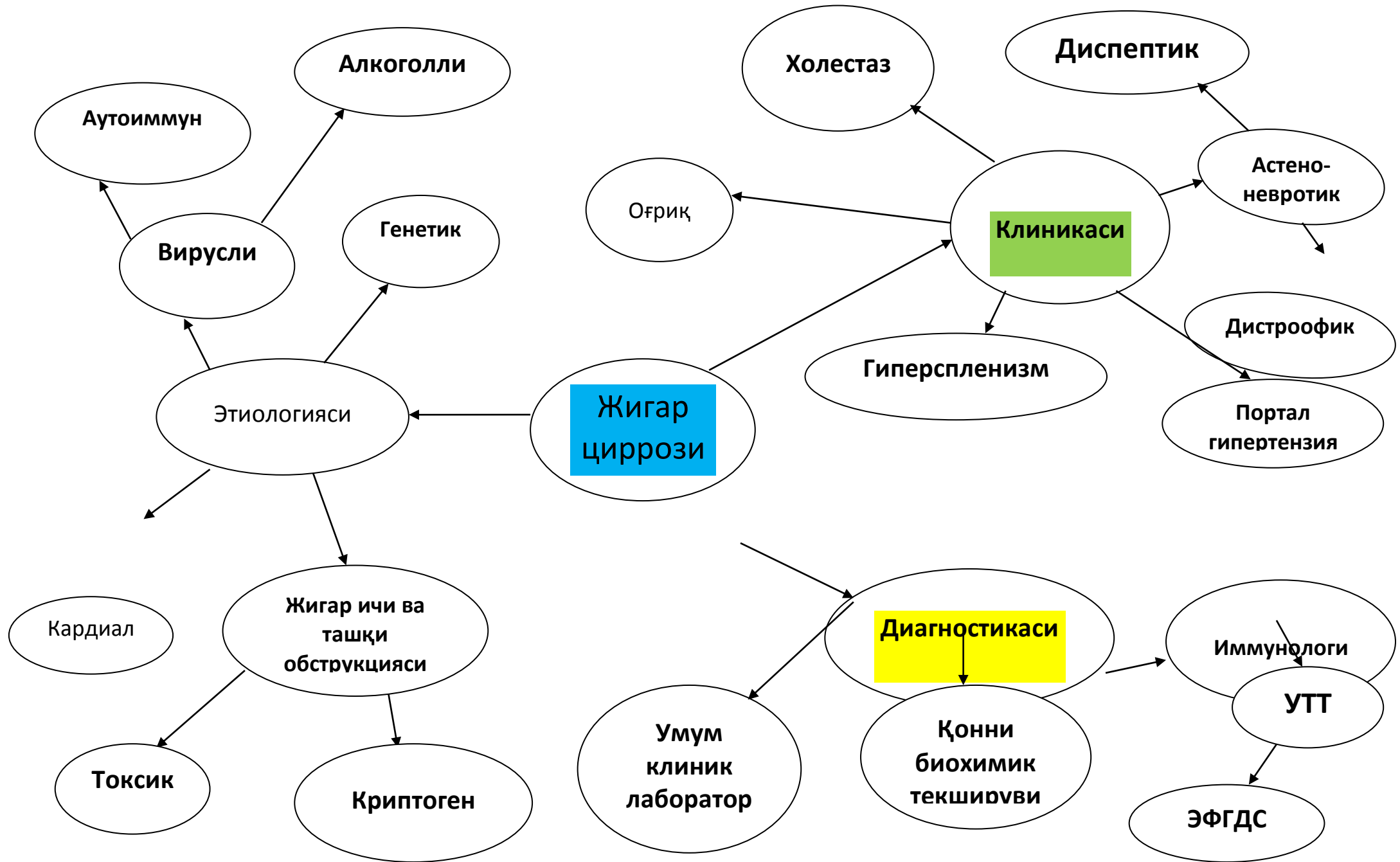
“Кардиомиопатиялар” мавзуси бўйича “Тоифа” диаграммаси



“Ўчоқли пневмониялар” амалий машғулоти бўйича «Кластер» жадвали



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.

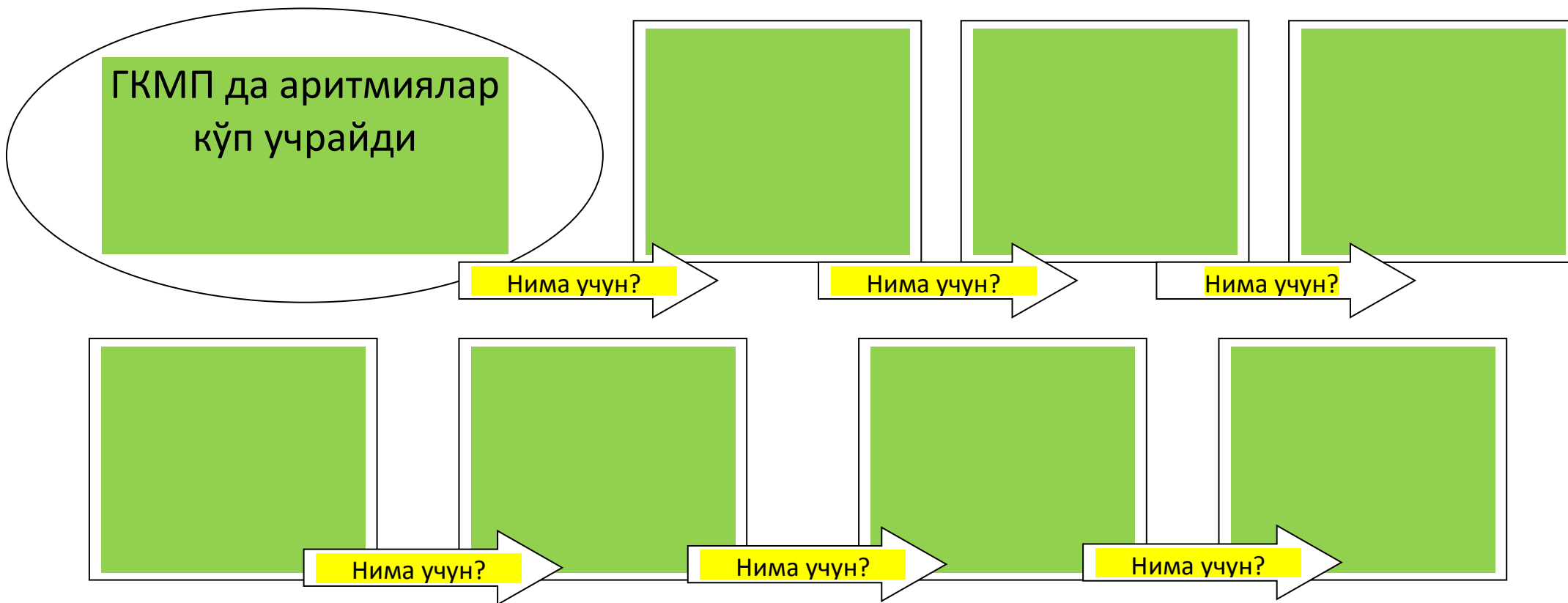
Тоифалаш шарҳини тузиш қондаси:

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.

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

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

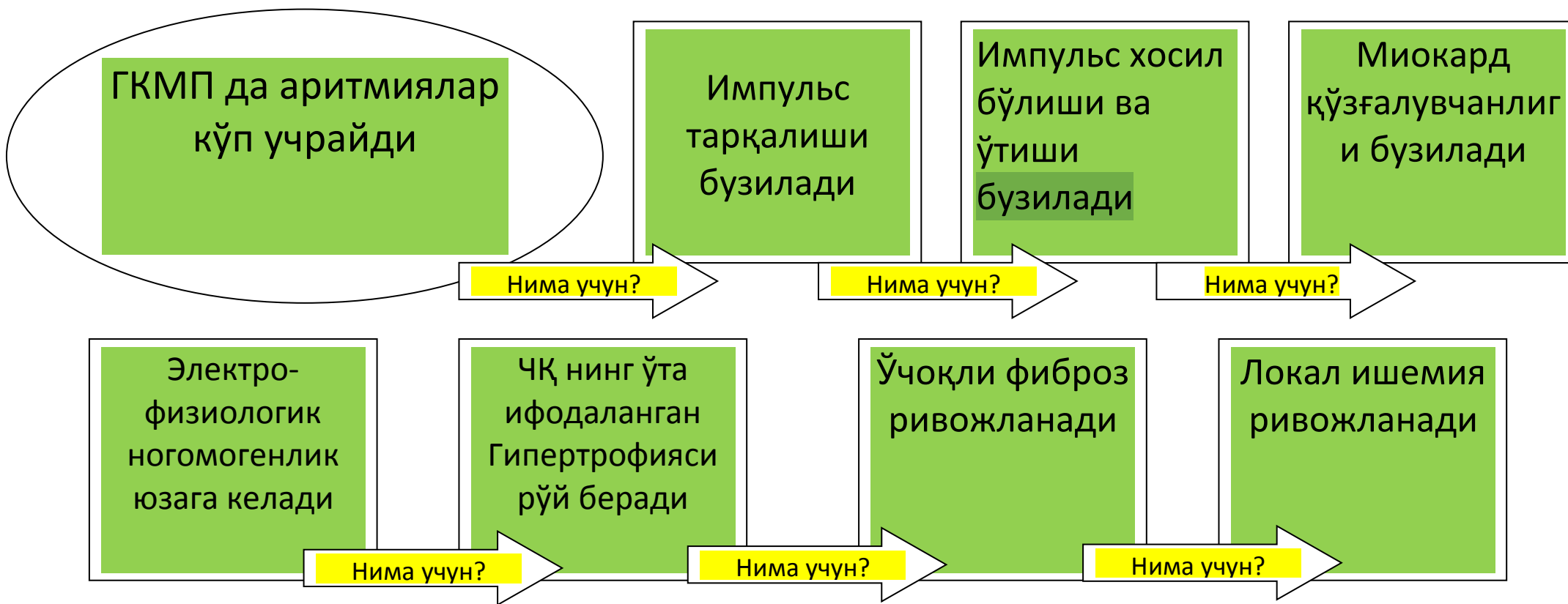
“Кардиомиопатиялар” мавзуси бўйича “Нима учун?” диаграммаси



“Нима учун?” чизмасини тузиш қоидалари

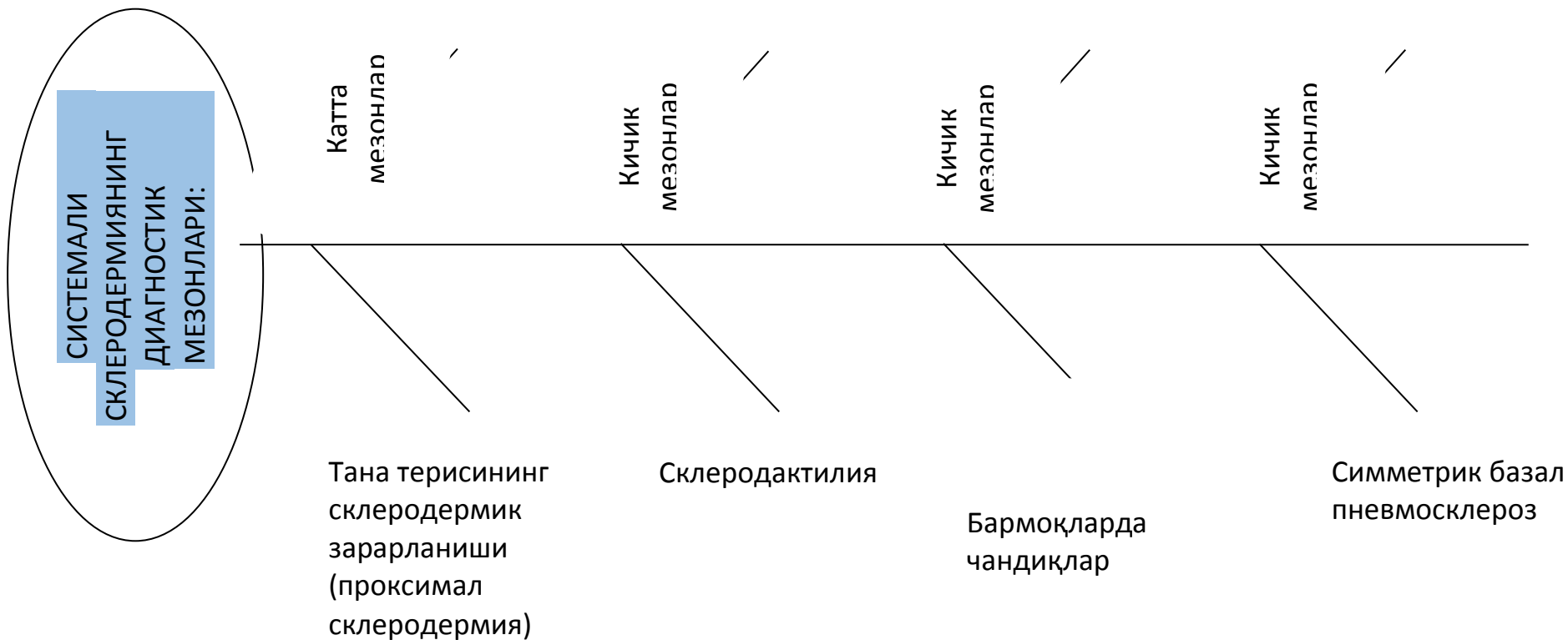
1. Айлана ёки тўғри тўртбурчак шакллардан фойдаланишни ўзингиз танлайсиз.
2. Чизманинг кўринишини – мулоҳазалар занжирини тўғри чизиклими, тўғри чизикли эмаслигини ўзингиз танлайсиз.

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



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

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



Бехтерев касаллигининг клиник шакллари: - “БАЛИК СКЕЛЕТИ”



“Қандай?” диаграммасини қуриш қоидалари:

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

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

Қуйидан юқорига босқичма – босқич бўйсунадиган ғоялар тузилмасини аниқлайдилар.

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

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

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

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

Янги ғояларни график кўринишда: дарахт ёки каскад кўринишида, 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: Ҳарбий тиббиёт фанининг мақсади ва вазифалари, ривожланиши тарихи. Замонавий жанговар жарроҳлик патологияси. Жарроҳлик йўналишидаги санитар йуқотишларнинг ҳажми ва структураси

Ҳарбий тиббиёт ҳамда ҳарбий-дала жарроҳлиги – ҳарбий тиббиётнинг таркибий қисми ва жарроҳликнинг бир бўлими бўлиб, ҳарбий ҳаракатлар вақтида (уруш вақтида) жарроҳлик ёрдамиди ташқил қилиш, замонавий жанговар жарроҳлик патологиясини, шунингдек жанговар ҳаракатлар вақтида жароҳатланганларни ва яраланганларни даволашни ўргатади.

Қисқа ва аниқ айтганда, ҳарбий-дала жарроҳлиги фани уруш вақтида яраланганларни даволашни ўргатади.

Ҳарбий-дала жарроҳлиги фанининг ўзига хослиги шундаким, яраланганларни даволаш ташкилий масалалар (излаб топиш, саралаш, тиббий ёрдам кўрсатиш ва эвакуация) билан бирга олиб борилади.

Ҳарбий-дала жарроҳлиги фанининг вазифалари ва ўзига хос хусусиятлари:

- ҳарбий ҳаракатлар вақтида (урушда) жарроҳлик ёрдамиди ташқил қилиш;
- тиббий ёрдам турларини, жарроҳлик даволаш усулларини ўрганиш;
- жанговар ҳаракатлар вақтида жароҳатланганларни ва яраланганларни даволаш;
- тиббий саралаш, яраланганларни ва зарарланганларни ялпи қабулида жарроҳлик ёрдамиди ташқил қилиш;
- жарроҳлик ёрдамидининг рационал ҳажмини тактик, тиббий ва фронт ортидаги шароитга кўра аниқлаш;
- жарроҳлик ёрдамидининг рационал ҳажмини ва оптимал муддатларини, жароҳатланганлар ва яраланганларни эвакуация турларини ўрганиш ва аниқлаш;
- тиббий қисм ва даволаш-профилактика муассасаларининг жарроҳлик анжомлари ва табелли анжомлар билан таъминотини аниқлаш.

Ҳарбий-дала жарроҳлиги уруш вақтида яраланганларга жарроҳлик ёрдамиди ташкиллаштириш, уларни даволаш, яраланиш оқибатлари ва асоратларини даволаш билан шуғулланади. Яраланганларни фронт ортига йўналтириш давомида даволаш ва кўрсатмага кўра эвакуация қилиш жараёнларининг бирлигини таъминлаш муҳимдир. Ушбу жараёнлар асосини рус олими Уэлс ишлаб чиққан. Босқичли даволаш ва кўрсатмага кўра эвакуация қилиш фақат уруш вақтидагина қўлланилади. Фақат уруш ҳаракатлари ҳажмига қараб баъзи элементлари ва босқичлари ўзгариши мумкин. Локал урушлар ва қуролли келишмовчиликлар вақтида яраланганларни даволаш-эвакуация таъминоти ихтисослашган жарроҳлик ёрдамиди эрта ташқил қилиш концепциясига асосланади. Бу концепция эса яраланганларни авиатиббий эвакуациясига асосланади.

Ҳарбий тиббиётнинг ўзига хос қонуни – Ҳарбий-тиббий доктрина ҳисобланади.

Ҳарбий-дала жарроҳлигига нисбатан қўлланганда ҳарбий-тиббий доктрина – яраланганларга уруш вақтида жарроҳлик ёрдамни ташкиллаштириш, кўрсатиш ва даволашнинг илмий асосланган принциплари йиғиндиси бўлиб, уруш даврида қонун мақомини олади.

Улардан қуйидаги 3 та принципои энг асосийларидир:

1 – *якдиллик* жанговар жарроҳлик патологиясини этиологияси, патогенези ва давосига қарашлар бирлиги, терминологияда бир хиллик, турли тушунчаларни бир хил талқин қилиш. Демак, ҳарбий шароитда яраланганларни даволаш шифокорнинг билим ва малакаси, қарашлари, тажрибаси, йўналишидан қатъий назар бир хил услубда амалга оширилади.

2 – *узликсизлик* жарроҳлик ёрдамнинг ҳамма турларини кўрсатишда тиббий эвакуациянинг ҳар бир босқичида бажариладиган даволаш ва эвакуация чора-тадбирларининг бирлигига ва узликсизлигига асосланган.

Демак, тиббий эвакуациянинг ҳамма босқичида яраланганларнинг ўхшаш гуруҳлари ажратилади:

- ушу босқичда шошилич ёрдамга муҳтожлар (операция хонасида, боғловхонада ёки интенсив терапия палатасида);

- ушбу босқичнинг функционал бўлинмаларида навбат кутиш тартибда тиббий ёрдамга муҳтожлар;

- саралаш-эвакуация бўлимида тиббий ёрдам кўрсатилгач эвакуация қилинадиганлар;

- фақат симптоматик терапияга муҳтожлар (агониядаги яраланганлар);

- энгил яраланганлар.

Кейинчалик - яраланганларга, шошилич ёрдамга муҳтожларга тиббий эвакуациянинг ҳамма босқичларида бир хилдаги даволаш чора-тадбирлари ўтказилади: асфиксияни бартараф этиш, қон кетишини тўхтатиш, зўриқиш пневмотораксини бартараф этиш ва бошқалар амалга оширилади.

3 – *кетма-кетлик* яраланганларга жарроҳлик ёрдамни кўрсатишда фронт ортига ҳаракат давомида бир хилдаги даволаш чора-тадбирларининг ҳажми ва муруқаблигини ошириб бориш. Масалан, жароҳатланган магистрал қон томиридан ташқи қон кетганда жанг майдонида жгут қўйилади; биринчи шифокорлик ёрдами кўрсатилганда жгут назорат қилинади; малакали жарроҳлик ёрдамида томирни бойлаш ёки вақтинчалик протезлаш ўтказилади; ихтисослашган жарроҳлик ёрдами босқичида эса томирни тикиш ёки аутовеноз пластика ёрдамида қон кетиши доимий тўхтатилади ва магистрал қон оқими тикланади.

Ҳарбий-дала жарроҳлиги фани қуйидагилардан таркиб топган ва ўрганади:

1. *Ҳар хил масштабдаги урушларда яраланганларга ва зарарланганларга жарроҳлик ёрдамни ҳамма турини ташкил қилишнинг янги йўналишларини ишлаб чиқиш, ўрганиш ва таҳлил қилиш.* Улуғ Ватан урушидан (1941-1945й.) кейин катта масшабли урушда жарроҳлик ёрдамни ташкиллаштириш тизими, совуқ уруш даврида (1960-1970й.) ракета-ядровий урушда жарроҳлик ёрдамни ташкиллаштириш тизими, 1980-й. ўртасидан эса локал урушлар ва қуролли конфликтларда жарроҳлик ёрдамни ташкиллаштириш тизими ўрганилмоқда.

2. *Замонавий жанговар патологияни ўрганиши ва таҳлил қилиши.* Замонавий жанговар патология душман тарафидан турли кенг миқёсдаги куроллар қўлланилганда келиб чиқади ва бу куроллар узлуксиз мукамаллашиб бормоқда, ундан тиббий билимларнинг қолишмаслиги ҳарбий-дала жарроҳлигининг илмий ва амалий вазифаси ҳисобланади.

3. *Дала шароитида жарроҳлик ёрдамани кўрсатишни яхшилаш мақсадида тиббий таъминот анжомлари ва воситалари тўпламларини ишлаб чиқиши.* Замонавий тиббиёт фани ва техника ютуқларини таҳлил қилиш, ўрганиш ва ҳарбий-дала жарроҳлигида амалиётга тадбиқ қилиш. (масалан, КСТ-1 – тўплами МЖЁ ва эрта ИЖЁ кўрсатиш учун, КСТ-01-ЭХ – эндохирургик мобил тўплам).

Тинчлик даврида ХДЖ нинг ривожланиши учун асос бўлиб умумий жарроҳлик ва травматология хизмат қилади. Уларнинг ўхшаш тарафлари – кўп профиллилиги, жарроҳлик ёрдамани ташкил қилиш ва жабрланувчиларни даволаш, фарқи жарроҳлик ёрдами кўрсатиш шароитидадир. Умумий жарроҳлик ва травматология – тинчлик даври жарроҳлиги бўлса, ХДЖ – уруш даври жарроҳлигидир.

ХДЖ билан ҳалокат тиббиёти ўртасида ҳам умумий муаммолар мавжуд. Ҳалокат тиббиёти табиий ва техноген ҳалокатлар туфайли юзага келган. Баъзи бир гарнизон госпиталларида ва марказий госпиталда ҳалокат ҳудудида ишлаш учун тиббий мобил гуруҳлар ёки отрядлар ТМО(М) ташкил этилган.

ҲАРБИЙ-ДАЛА ЖАРРОҲЛИГИНИНГ РИВОЖЛАНИШ ТАРИХИ

Ҳарбий тиббиёт ҳақидаги дастлабки маълумотлар қадимги даврга чуқур кириб боради.

Тарихчиларнинг гувоҳлик бериб айтишларига кўра, Александр Македонскийнинг (эрамиздан аввалги IV-асрда) ярадорларни ва касалларни даволашдан ташқари кўшинларда касалликларнинг олдини олиш учун ривожланган ҳарбий тиббий ташкилоти бўлган. Ҳарбий тиббиётнинг бошланғич ўзаклари - қадимдан намоён бўла бошлаган. Уларнинг қадимги Ҳинд, Греция, Рим армияларида ҳам бўлганлиги бизгача етиб келган.

Лекин, шуни таъкидлаб ўтиш керакки, ўша вақтларда ёрдам кўрсатиш яхши йўлга қўйилган эмас эди:

1. шифокорлар (табиблар) кўп ҳолларда юқори мансабдаги ҳарбийларни даволар эди;

2. ярадорлар босиб олинган жойларда ёки чекинилганда душман қўлида қолар эди;

3. ярадорлар араваларда, замбилларда кўшин кетидан олиб юрилар ва у кўшиннинг тез ҳаракат қилишлигига бир томондан тўсқинлик ҳам қилар эди. Қисқача қилиб айтганда, ярадорларнинг аҳволи аянчли эди.

Фақат XV асрга келиб, йирик давлатларнинг юзага келиши (Англия, Франция, Испания ва б.қа) ва уларнинг хавфсизлигини муҳофаза қилиш кучли доимий армияга зарурат туғдирди. Бу эса ўз навбатида кўшинларда тиббиёт ходимлари ва жарроҳларнинг бўлишига талабни кучайтирар эди. XV - XVI

асрда Франция, Испания ва бошқа давлатлар армияларида ҳарбий жарроҳлар, ҳаракатдаги госпиталлар, ярадорларга тиббий ёрдам кўрсатиш тартиблари тўғрисидаги махсус ҳужжатлар чиқарила бошланади.

Йирик давлатларнинг юзага келиши доимий қўшинларнинг юзага келиши билан бир вақтда тиббий хизмат ташкил этилди. Натижада армияларда муҳим тиббий хизматчилар, даволаш муассасалари, госпиталлар, ҳарбий санитар транспорт бўлимлари ташкил қилинди.

Уруш ҳаракатлари вақтида ўқотар қуроолларнинг ишлатилиши ва оқибатда ярадорлар сонининг кўпайиб бўлиши жарроҳлар олдида уларни даволашда бир томондан муаммо туғдирган бўлса, иккинчи томондан ҳарбий тиббиётнинг ривожланишига туртки бўлди.

Ўша даврда ўқ теккан яраларни даволаш бўйича жарроҳликда энг асосий муаммолар: қон кетишни тўхтатиш, яра инфекцияси билан курашиш ва оғриқсизлантириш эди. Ўқотар қуроолларнинг дастлабки қўлланишларида улардан келиб чиқадиган оқибат ва яраларнинг кечиш жараёнини ярага тушган порохдан деб билишар ва у ярани заҳарлайди, деб тушунилган. Шу сабабли ярага қизиган ёғ, қиздирилган жисм ва бошқа суюқликлар қўйишган. Оқибатда ўз-ўзидан оғир асоратларга олиб келган.

Ҳарбий-дала жарроҳлиги ривожланишининг тарихи 4 даврга бўлинади:

1-давр. Ҳарбий-дала жарроҳлигининг ҳарбий яраланишлар жарроҳлиги сифатида ривожланиш даври (XIX -гача).

2-давр. Уруш вақтида яраланганларга ёрдам кўрсатиш тизимини ривожлантириш даври. Қўшинлар жанговар ҳаракатларида даволаш – эвакуация чора-тадбирларини таъминлашни илмий асосларини ишлаб чиқиши (XIX дан - XIX-аср 1-ярмигача).

3-давр. Уруш вақтида яраланганларни босқичли даволаш тизимини ишлаб чиқиши ва тадбиқ этилиши даври (XX-аср 1-ярмидан XX-аср 2-ярмигача).

4-давр. Локал урушлар вақтида яраланганларга ёрдам кўрсатиш ташкиллаштириш ва ихтисослашган жарроҳлик ёрдамни эрта ташкил этиш концепциясини ишлаб чиқиши даври (XX-аср 2-ярмидан ҳозиргача).

ҲДЖ ривожланишининг I – тарихий даврида (XIX асргача) жанговар яраланишлар ва жароҳатлар патологияси ва уларни даволаш, ўқ отар бўлмаган (XIV асргача) ва ўқ отар яраланишлар (XIV асрдан бошлаб) ҳақида маълумот тўпланди, фақат яраланганларга тиббий ёрдамни кўрсатилган, тиббий ёрдамни ташкиллаштириш ва эвакуация масалаларига эътибор берилмаган.

Иккинчи давр - қўшинларнинг жанговар ҳаракатларини таъминлашда даволаш- эвакуация чора-тадбирларининг илмий асосларини ишлаб чиқиши даври (Я.В. Виллие, Д.Ж. Ларрей, Н.И. Пирогов).

1847-йилда машҳур ҳарбий-дала жарроҳлигининг асосчиларидан бири Н.И.Пирогов (1810—1881) уруш ҳаракатлари вақтида биринчи бўлиб эфир наркозини қўлади. Н.И.Пироговнинг тиббиёт илмига, ҳарбий-дала жарроҳлигига қўшган ҳиссаси шунчалик улуғ ва муҳимки, ундан аввалги даврни Пироговга қадар бўлган давр, деб атай бошладидар. Н.И.Пирогов ҳарбий тиббиёт тарихида биринчи марта 1854-йилдан бошлаб гипс боғловини ишлатди. Пироговнинг аёлларни уруш шароитида ярадорларга ёрдам

кўрсатишга жалб қилиш, шахсий таркибни ўз-ўзига ва ўзаро ёрдамга ўргатиш, шикастланганларга режали ёрдам кўрсатишни ташкил қилиш, ярадорларни саралаш тизими ҳозирги вақтда ҳам ўз кучини йўқотмаган. Яна Н.И.Пироговнинг ярадорларни ўқли яралардан, қўл-оёқларини арраланишдан сақлаш усули ўша давр учун катта аҳамиятга эга эди. Чунки ҳарбий жарроҳлар ўқдан яраланишлар олдида ожизлиги сабабли, ярадорларнинг сонини ҳаддан ташқари кўплиги сабабли деярли қўл-оёқларни эрта ампутация қилиш усулини қўллар эдилар. Бу эса ўша вақтда ярадорларнинг кўп фоизининг ўлимига сабаб бўлар эди. Мисол учун француз жарроҳи Ларрей Бородино жангида ҳаддан кўп ампутация қилган.

Учинчи давр – урушда яраланганларни босқичли даволаш тизимини ишлаб чиқиши ва тадбиқ этилиши даври.

Ҳарбий-дала жарроҳлигида ташкилий масалаларни тадбиқ қилишда Я.В. Виллие ва Н.И. Пироговнинг давомчиси профессор Владимира Андреевича Уэлс (1872-1932) номи билан боғлиқ. 1915 йилда В.А. Уэлс урушда яраланганларни босқичли даволаш тизимини таклиф этган.

Тўртинчи давр – ҳарбий-дала жарроҳлиги ривожланишининг замонавий даври. Локал урушларда яраланганларга жарроҳлик ёрдамини кўрсатишни ташкиллаштиришнинг чора-тадбирларини ишлаб чиқиши ва эрта ихтисослашган жарроҳлик ёрдами концепциясини ва қуйидагиларни ХДЖ га тадбиқ этилиш даврига:

- авиатиббий эвакуация;
- жанговар жарроҳлик шикастланишларини объектив баҳолаш;
- ДКБЖД;
- ЭВЖ нинг кенг қўлланиши;
- ярагинг инфекция асоратларини даволаш ва бошқалар киради.

Бугунги кунда ҳарбий-дала жарроҳлиги ривожланишининг асосий устивор йўналишлари:

1. Яраланганларга жарроҳлик ёрдамини кўрсатишда кўп босқичли тизимни қисқартириш.

2. Ихтисослашган жарроҳлик ёрдами кўрсатиш муддатларини қисқартириш.

3. Уруш шароитига тинчлик даври жарроҳлиги замонавий технологияларни яқинлаштириш.

4. Ҳарбий жарроҳ кадрларни тайёрлашни такомиллаштириш.

Замонавий ҳарбий-дала жарроҳлигида ривожланиш давларида жуда кўп янгиликлар бўлди, аммо босқичли даволаш концепцияси ўзгармади ва ҳозирда замонавий қуролли келишмовчиликларда ҳам қўлланилмоқда. Тиббий эвакуация босқичлари ва жарроҳлик ёрдами чора-тадбирлари ўзгариб, такомиллашиб бормоқда. Охириги йиллардаги тиббиётдаги йутуқлар, ташкилий масалалардаги янгиликлар, замонавий технологияларнинг кириб келиши ва даволаш тактикасидаги ўзгаришлар ҳарбий-дала жарроҳлигининг ривожланишга катта ҳисса қўшмоқда.

2 мавзу: Замонавий ҳарбий конфликтлардаги жарроҳлик ёрдами ташкил этиш асослари. Ўқотар яраланишнинг яра баллистикаси ва морфологияси. Ярага жарроҳлик ишлови бериш.

Ярадорларни этапли даволаш ва кўрсатма бўйича эвакуация қилиш ҳамда ҳарбий - тиббий доктринанинг ҳамма принциплари замонавий ҳарбий келишмовчиликларда (конфликтларда) ҳам ўз аҳамиятини тўлиқ сақлаб қолади. Шунингдек замонавий ҳарбий келишмовчиликларда(конфликтларда) жанговар ҳаракатлар ҳарактерига ва шароитига қараб этапли даволаш ва кўрсатма бўйича эвакуация қилиш этаплари сони камайиши мумкин.

Бу шароитлар куйидагилар:

1. Даволаш муассасаларининг яқинлиги
2. Авиатиббий эвакуациянинг кенг қўлланиши
3. Ҳарбий госпиталларни ва бошқа эвакуация этапларини кучайтириш имконияти доим борлиги.

Замонавий ҳарбий келишмовчиликларда ва қуролли конфликтларда даволаш-эвакуация чора-тадбирларини оптимал ташкил этишда ярадорларга тиббий ёрдам 2 этапли схема бўйича ўтказилади:

1 - этап: Госпиталгача ёрдам

2 - этап: Госпитал (маҳсус жарроҳлик) ёрдами

Замонавий ҳарбий келишмовчиликларда ва қуролли конфликтларда қўшиларнинг даволаш-эвакуация таъминотининг замонавий системаси куйидагилардан иборат:

- ярадорларни ҳаётини сақлашда биринчи ва шифокоргача ёрдамнинг (қон кетиш, асфиксия) аҳамияти жуда катталиги;
- биринчи шифокор ёрдамнинг жарроҳ ёки реаниматолог тарафидан кўрсатилиши (Бат.ТПда ёки Бр ТП да);
- авиатиббий эвакуациянинг имкониятлари катталиги;
- ихтисослашган жарроҳлик ёрдамнинг аҳамияти ва имкониятларининг ошганлиги (ярадорларни 1-2 соат ичида ХДГ ёки КПХГ ларга вертолет ёки самолет билан этказилиши).

Замонавий ҳарбий келишмовчиликларда ва қуролли конфликтларда даволаш- эвакуация чора-тадбирларини этаплилик принципи сақланган ҳолда, маҳсус жарроҳлик ёрдамнинг аҳамиятини ҳисобга олиб бази бир этаплар қисқартирилиши мумкин.

Қуролли тўқнашувлар вақтидаги ва тинчлик давридаги жарроҳликнинг фарқи

Уруш ва тинчлик давридаги шикастланишлар орасида кўплаб тафовутлар фарқланади. Бугунги кунда кўплаб жарроҳлар йўл-транспорт ҳодисаларида ёрдам кўрсатиб, шикастланганларни даволашда ўз малакаларини оширишмоқда. Тинчлик вақти шароитидаги бахтсиз ҳодисаларда жароҳатланганларни даволашда қўлланилган чора-тадбирлар қуролли тўқнашувларда ҳам қўлланилиши мумкин, чунки ҳарбий-дала жарроҳлиги жарроҳликнинг классик қоидаларига бўйсунди. Бундан маълумки асосан қишлоқ ҳўжалиги ёки ишлаб чиқариш ишчиларига бахтсиз ҳодиса туфайли

ёрдам кўрсатган жарроҳлар, газли гангрени ва қоқшолнинг нақадар ҳавфлилигини билишган ва жароҳатни пухталиқ билан кесиш ҳамда жароҳатни ишонч билан кечиктириб ёпиш муҳим эканлигини билишган. Шу сабабли юқоридаги жарроҳларга тинчлик давридаги “септик” жарроҳликдан жанговар жароҳатланганларни даволашга ўтиш нисбатан осон бўлган. Бироқ бугунги кунда тайёрланган кўплаб жарроҳлар учун энди бундай эмас: пиёдага қарши миналардан қорин бўшлиғи жароҳатлари ёки соннинг пулемётдан ўқ-отар жароҳатланишига дуч келганингизда лапароскопия, рентгеноскопик эмболизация ва остеосинтез учун штифтларнинг фойдаси бўлмаса керак. Жарроҳларни эрта топ мутахассисликка тайёрлаш ва замонавий мураккаб технологиялар тинчлик вақтидаги беморларни даволашда самарали, лекин қуролли тўқнашувлардаги амалий жарроҳлик учун тўсқинлик қилади.

Жанговар қуроллар билан этказилган жароҳатлар бутунлай бошқача ҳусусиятга эга. Жанговар жароҳатлардаги тўқималарнинг бузилганлик ва ифлосланганлик даражаси, оддий травматологиядаги шикастланишлар билан ҳеч қандай умумийликка эга эмас. Жанговар шароитдаги жарроҳлар фаолияти тинчлик давридаги иш фаолияти шароитидан тубдан фарқланади. Урушда имкониятлар чегараланган ва жарроҳлар операцияларни бажаришда амалий ижодкорликка ва мурасага келишга мажбур бўладилар. Улар олдида ўқув адабиётида ёзилган энг яхши даволаш усулини қўллаш эмас, балки жорий шароитдан келиб чиқиб жароҳатланганга максимал ёрдам бериш вазифаси туради.

Ҳарбий-дала жарроҳлиги – оммавий инсонларни йўқотиш жарроҳлигидир. Жанговар жароҳатланганларни саралаш, йирик фуқаролик травматологик марказлари шошилишч бўлимларида ўтказиладиган беморлар саралаш билан кам миқдорда умумийликка эга. Жанговар жароҳатланганларни саралашда шундай туркумдаги жароҳатланганлар борки, уларни “муносиб ҳалок бўлишлари учун қолдирилади”, бундай ҳолатлар тўғрисида тинчлик вақтида сўз ҳам бўлиши мумкин эмас.

Ҳарбий-дала жарроҳлигининг ўзига хос тамойиллари

Жанг вақтидаги жарроҳлик бир қанча ўзига хос тамойиллар билан тавсифланади:

1. Жанговар қуролларнинг жароҳатларини ўзига хос эпидемиологияси;
2. Шошилишч жарроҳлик ёрдамнинг устунлиги;
3. Чегараланган техник таоминот шароитида жарроҳлик амалиётларини ўтказиш;
4. Ноқулай шароитларда (жанговар шароит билан боғлиқ атрофдаги зўравонлик натижасидаги чекловларда) жарроҳлик амалиётини бажариш;
5. Ярадорларни саралаш хатти-ҳаракатларини бажаришни талаб этувчи, шахсий таркибнинг оммавий йўқотилиши;
6. Ярадорларни саралаш ва даволашда жарроҳлик амалиётларини босқичма-босқич олиб бориш;
7. Ярадорларни госпиталда даволашнинг самарадорлиги госпиталгача бўлган босқичларнинг фаолиятини эффективлиги билан боғлиқ;

8. Ўқдан, снаряддан, портлашдан ва ноананавий қуроллардан жароҳатланганларнинг ўзига хос патологияси;

9. Шароит ва патология талабларига жавоб берувчи ўзига хос операция техникалари;

10. Эндемик касалликларнинг тарқалиши;

11. Махсус қоидаларнинг қўлланилиши, яъни халқаро ижтимоий ҳуқуқлар (бемор ва жароҳатланганларни химоя қилиш қоидалари, тиббий ҳодимларнинг мажбуриятлари ва ҳуқуқлари).

Жанговар қуролларнинг жароҳатларини ўзига хос эпидемиологияси:

Қуруқликда, сувда ва ҳавода жангни олиб бориш ҳусусияти жароҳатларнинг ўзига хос эпидемиологиясини ҳосил қилади. Жароҳатнинг анатомик жойлашиши ва оғирлиги қурол ва танани химояловчи анжомлар ҳусусиятига, ҳамда жароҳатланганларни қанчалик тезкор эвакуация қилинишига боғлиқ. Стандарт материаллар захирасини ва ихтисослаштирилган ҳодимларни тайёрлаш ва тўғри тақсимлаш учун эпидемиологик омилларни тушуниш катта аҳамиятга эга.

Шошилич жарроҳлик ёрдамнинг устунлиги:

Ҳарбий-дала жарроҳлиги – бу биринчи навбатда шошилич ёрдам жарроҳлигидир, асосан уруш вақтидаги баъзи даволаш-диагностик марказларида ва уруш тамом бўлгандан кейин бажариладиган мураккаб жарроҳлик техникасига ёки пластик жарроҳлик учун бу ерда ўрин йўқ.

Чегараланган техник таоминот шароитида жарроҳлик амалиётларини ўтказиш:

Жанг вақтидаги шароит шафқатсиз ва кескинدير. Жарроҳлик фаолияти учун чекловларни тарифлашда, биринчи навбатда узоқдаги ва хавфли жойларга хизмат кўрсатишни этказиб беришдаги логистик қийинчиликлар, ҳамда хизмат кўрсатишни, таъминлашни ва захира жиҳозларининг этрали эмаслиги ҳисобланади. Инфраструктура фаолиятини меёрида таъминлаш учун этарли миқдорда техник ёрдам берувчи ҳодимларнинг бўлиши камдан-кам ҳолатларда кузатилади.

Замонавий ишлаб чиқаришга эга ривожланган давлатлар армиясини тайёрлашда, госпиталларини саховатли таъминотига қарамасдан, жанговар шароитда қисмларда анжомларнинг этишмаслигини ҳамма тан олади. Ярадорлар учун айти керак муолажани бажаришга қийинчилик туғдирувчи омил, бу жарроҳларнинг малака ва билимлари эмас, балки замонавий диагностика қурилмаларининг этарли эмаслигидир. Нимага эга бўлишимиз зарур ва нимага “ега бўлсак яхши бўларди” деган тушунчаларни фарқлашимиз лозим.

Ноқулай шароитларда жарроҳлик амалиётини бажариш (атрофдаги зўравонлик натижасида):

Жанговар ҳолатдаги ноқулай шароитлар беморларни ва тиббий ҳодимларнинг хавфсизлигига таҳдид солади, ҳамда уларнинг иш фаолияти учун ноқулайликлар келтириб чиқаради. Хавфли эвакуация йўллари жароҳатланганларни транспортировкасини издан чираши ва вақтинчалик кечиктириши мумкин. Биринчи тиббий ёрдам пунктларини ва госпиталларни

муносиб жойлаштириш орқали, бемор ва ходимларнинг хавфсизлигини таъминлаш зарур.

Жарроҳлик амалиёти бажариладиган жойларда вазият тезлашган ўзагариши мумкин, шунинг учун жарроҳлар турли хил қийин ва оғир шароитларда ишлашга тайёр бўлишлари керак. Докторларнинг ва ёрдамчи ходимлар сонининг камлиги ва жароҳатланганларнинг муттасил келиши даволовчи муассасанинг тез тўлиб қолишига олиб келади. Врач ва ҳамширалар ҳам чарчашади ва касалланишади, баъзида кўрқиб қолишади. Янги ва одатий бўлмаган хавфли шароитларда ишлаш физик ва психик зўриқишларга олиб келади, бу эса уларнинг иш фаолиятларини оддатдагидек яхши бажара олмасликларига сабаб бўлади.

Ярадорларни саралаш асосларини талаб этувчи, шахсий таркибнинг оммавий йўқотилиши:

XX асрнинг қонли йирик урушлари ҳақида ва битта жангда минглаб ярадорларга хизмат кўрсатишни ташкиллаштиришда саралашнинг ўрни ҳақида кўплаб ёзма маълумотлар мавжуд. Бу жараёнлардан олинган малакалар бугунги кундаги қуролли тўқнашувларда ҳам ўз долзарблигини сақлаб қолмоқда. Бундай ҳолатларда “ҳар ким учун барча зарур чора-тадбирлар”ни эмас, балки “иложи борица кўпроқ ярадорларга имкон борица ёрдам бериш” қабилида иш юритиш керак. Бу жарроҳлардан касбий қарашларини тубдан ўзгартиришни талаб этади.

Барча тиббий амалиётларнинг энг қийинларидан бири жароҳатланганларни саралашда бир тўхтама келиш бўлиб, у ахлоқий мунозараларга сабаб бўлиши мумкин. Бундан ташқари, баъзан тиббий мезонлар ва ҳарбий тушунча туфайли юзага келган зарурий мезонлар ўртасида келишмовчиликлар юзага келади, ва бу қандайдир йўл билан мунозарага келишни талаб этади. Ярадорларни сараловчилар бу мунозараларга мувофиқ бўлишлари ва ўзларининг касбий ҳаққонийликларини йўқотмасликлари лозим.

Ярадорларни саралаш ва даволашда жарроҳлик амалиётларини босқичма-босқич олиб бориш:

Беморларни ва ярадорларни ярадорларга тиббий ёрдам кўрсатиш тизими бўйича эвакуация қилинади. Ярадорларни саралаш асосларидан юқоридаги тизимнинг барча босқичларида фойдаланилади. Бирламчи жарроҳлик ёрдами билан якуний жарроҳлик орасида ҳеч қандай зиддият бўлиши керак эмас. Касалликнинг ижобий кечиши, ярадорларни қанчалик тез госпитал тизимининг юқори босқичларига эвакуация қилинишига боғлиқ. Жанговар шароитда биринчи ёрдам кўрсатувчи жарроҳ, бутун тизим иш фаолиятини тушуниши ва ярадорга кейинги босқичларда қандай ёрдам кўрсатилишини, ҳамда ундан ўзининг босқичида қандай ёрдам кўрсатиш талаб этилишини билиши лозим.

Ҳарбий дала жарроҳлиги ярадорларни босқичма-босқич даволаш тизимини талаб этади. Даволаш беш босқичда амалга оширилади, бу ҳарбий режалаштиришнинг классик тартиби. Ушбу чора-тадбирлар катта миқдордаги ҳаражатларни, яъни транспорт воситаларининг нархи, ҳамда бундай ишни ташкиллаштириш учун қатъий интизомни талаб этади. Бундай ёндашув замонавий қарашларга олиб келади, масалан фронт чизиғига кўп босқичли

жарроҳлик даволашини амалга оширувчи жарроҳлар бригадасини йўналтиришни ташкиллаштириш.

Ярадорларга тиббий ёрдам кўрсатиш тизими босқичларида кўплаб беморларга хизмат кўрсатувчи тиббий ходимларнинг тезлашган алмаштирилиши, стандарт ҳужжатларни талаб этади, қайсики ҳар бир жарроҳ қараши ва ҳоҳишига кўра тузулмаган бўлиши лозим. Жанговар шароитда ҳар бир беморни даволашда индивидуал ёндашувнинг имкони йўқ, чунки ёрдам кўрсатиш тизимининг ҳар бир босқичида бир беморни бошқа-бошқа жарроҳлар даволашади. Бундан фарқли тинчлик даври шароитида беморнинг даволанишида бошидан охиригача битта жарроҳ хизмат кўрсатади. Агар беморни даволашда кўп тармоқли мутахасислар бригадаси давалаётган бўлса, барча босқичларда шу бригаданинг ўзи шуъулланади.

Ярадорларни госпиталда даволашнинг самарадорлиги

госпиталгача бўлган босқичларнинг фаолиятини эффе́ктивлигида:

Жароҳат олинган жойда ёки жанг майдонига яқин ҳавфсиз жойда кўрсатилган биринчи ёрдам, ҳамда ярадорни тезкор эвакуация қилиш муҳим аҳамиятга эга: ҳар қандай кечикишлар ўлим ва асоратларнинг ривожланиш эҳтимоллигини оширади. Агар биринчи ёрдам бажарилмаса ёки сифатсиз бўлса ва ушбу босқич кўп вақтни эгалласа, у ҳолда ярадорнинг тақдирини табиат идора қилади. Қандай бўлмасин, эвакуация вақтининг чўзилиши касалхона ичи ўлим сонини камайтиради, чунки оғир ярадорлар бироз кечиктирилса, улар госпиталга етиб бормасдан, йўлда ҳалок бўладилар. Врачлар эса асосан тирик қолганларнинг септик асоратларини даволашлари керак бўлади.

Ўқдан, снарайддан, портлашдан ва ноананавий қуро́ллардан жароҳатланганларнинг ўзига хос патологияси:

Жанговар жароҳатлар тинчлик давридаги шикастлардан фарқ қилади: уларнинг барчаси ифлосланган ва инфицирлангандир. Парчалар юмшоқ тўқималарни, суякларни ва ҳаётий муҳим аъзоларни кенг жароҳатлаши мумкин. Инфекция энг катта ҳавф, шунинг учун септик жарроҳлик қоидаларини бажариш лозим. Одатий тинчлик давридаги амалиётларда снаряд парчалари билан этказилувчи кўплаб шикастланишларга, пиёдага қарши миналар портлаши оқибатида оёқларнинг травматик ампутациясига ёки катта кинетик энергияга эга жанговар қуро́ллар ўқларининг дахшатли оқибатларига ўхшаш ҳеч қандай ҳолатни учратмаймиз. Ва яна шуни такрор такидлаш керакки қуро́лли тўқнашувларда жароҳатларни даволаш учун жарроҳ ўзининг касбий қарашларини ўзгартириши лозим. Иқтисоди паст давлатларда кўплаб септик патологиялар билан ишлашга тўғри келадиган жарроҳларга, асосий фаолияти асептик ва мураккаб техникаларни қўллашга мўлжалланган мухитда, ҳамда малакали ҳамшираларнинг беҳисоб ёрдамида кечадиганларга нисбатан қарашларнинг ўзгаришига кўникиш нисбатан осонроқ бўлади.

Шароит ва патология талабларига жавоб берувчи ўзига хос операция техникалари:

Оғир шароитда, яъни турли хил жойларда ва бир қанча жарроҳларда даволанадиган кўп сонли беморлар парвариши одатийликни, ҳавфсизликни ва жарроҳлик амалиётини тезликда бажаришни талаб этади. Оммавий шахсий

таркиб йўқотишларида тезкор ҳаракатнинг мажбурияти ва ҳодимларнинг этишмовчилиги бесарамжонликка ва тартибсизликка олиб келмаслиги керак. Жароҳатларни босқичма-босқич даволаш стандартларга риоя қилишни ва тизимли ёндашувни талаб этади: максимал натижага эришиш учун минимал жарроҳлик ҳажмини бажариш, “ҳаётни ва соғлиқни” сақлаш ва беморни ярадорларни даволаш тизимининг кейинг босқичига юбориш. Жарроҳлик амалиётидан кейин беморни кузатиш жанговар шароитдаги жарроҳ учун қийин, шунинг учун алоҳида ва индивидуал ёндашувлар инкор этилади. Юқорида айтилганидек стандарт ҳужжатлардагидек фаолият юритиш лозим.

Кўплаб жароҳатланишлар қўл-оёқларда кузатилади ва уларни даволашдаги асосий мақсад жароҳатни инфицирланмасидан, тез битишида. Тирик қолганлар учун энг асосий ҳавф, бу ўлимга олиб келувчи сепсислар (қоқшол, газли гангрена, гемолитик септисемия) ҳисобланади. Юқорида кўрсатилганидек, септик жарроҳлик қоидаларини бажариш лозим.

Жанговар жароҳатларни даволашнинг асосий тамойиллари қуйидагилар:

1. Эрта ва пухталиқ билан жароҳатларни кесиш ва очиш;
2. Жароҳатни адекват дренажлаш;
3. Зарурият бўлмаганда боғламларни алмаштирмаслик;
4. Жароҳатни кечиктирилган бирламчи ёпишни амалга ошириш;
5. Антибиотикларни ёрдамчи восита сифатида қўллаш;
6. Қоқшолга қарши вакцинация қилиш ва зарур бўлса иммуноглобулинни буюриш;
7. Суяк ичи фиксациясини қўлламаслик;
8. Физиотерапияни эрта бошлаш.

Тўғри бажарилган жарроҳлик беморларга тирик қолиш учун энг яхши имкониятларни ва сифатли ҳаёт тарзини беради, ҳамда касалхонада даволаниш муддатини қисқартиради. Ҳаракатларни тез тиклаш ва яхши функционал кўрсаткичларга эришиш учун юқори сифатли физиотерапия керак. Бемор реабилитацияни ўтмагунча, даволашни яқунланган деб ҳисоблаб бўлмайди.

Эндемик касалликларни тарқалиши:

Биринчи жаҳон урушигача аскарлар жароҳатлардан кўра касалликлардан кўп нобуд бўлишарди. Агар жанговар йўқотишлар одатда 20%ни ташкил этса, касалликдан бўлса тўрт баробар кўп аскарлар сафдан чиқишган. Ҳозирги кунда ҳам жанговар бўлмаган шикастланишлардан сафдан чиқиш юқори кўрсаткичларда сақланиб қолмоқда. Инфекцион ва контагиоз касалликлар географияга ва иқлимга боғлиқ, психологик бузулишлар ва йўл-транспорт шикастлари бўлса кўп учрайдиган ҳодисалардир.

Ҳалқаро ижтимоий ҳуқуқлар: комбатант бўлмаган ва сафдан чиққан шахсларни химоя қилиш, ҳамда тиббий ҳодимларнинг ҳуқуқ ва мажбуриятлари:

1949 йилдаги Женева битими ва 1977 йилдаги унга қўшимча қарорлар қуролли тўқнашувлар вақтида ҳалқаро келишувларга кўра химояда бўладиган шахсларни аниқлаштиради. Уларга комбатант бўлмаганлар, бошқа жанговар ҳаракатларда иштирок этмайдиганларлар, яъни касалланган, жароҳатланган, кема ҳалокати ёки асирга тушган комбатантлар, ҳамда бемор ва ярадорларга

ёрдам кўрсатувчи тиббий ходимлар ва руҳонийлар киради. Ҳалқаро ҳуқуқларга асосан юқоридаги барча ҳимоядаги шахсларга босқинчилик қилиш мумкин эмас, агар улар жанговар ҳаракатларда фаол иштирок этмаётган бўлсалар. Ҳалқаро ижтимоий ҳуқуқлар уруш қонунлари деб ҳам номланиб, у тиббий ходимларга махсус ҳуқуқларга имконият беради ва шу қаторда уларга мажбуриятларини ҳам юклайди. Барча соғлиқни сақлаш ходимлари тинчлик ва уруш вақтида тиббий этика қоидаларига риоя этишлари шарт. Бу қоидалар ўзгартирилмайди, балки ҳалқаро ижтимоий ҳуқуқлар билан тўлдирилади.

Уруш қурбонлари учун “жарроҳлик турлари”

Ҳарбий-дала жарроҳлигининг ҳар хил турлари мавжуд. Ярадорларнинг эҳтиёжи ҳамма жойда бир хил бўлган вазиятда, бу эҳтиёжларни қаноатлантириш учун фойдалана олинадиган манбаалар жихатидан давлатдан-давлатга ва вазиятдан-вазиятга кенг фарқланади, бунинг оқибатида ҳарбий-дала жарроҳлигига турлича ёндашилади. Ишлаб чиқаришда ривожланган мамлакатларнинг ҳарбий-тиббий хизматининг ярадорларни даволашни ташкиллаштириши даромади паст бўлган мамлакатларнинг ижтимоий қишлоқдаги касалхоналарида даволашни ташкиллаштиришдан фарқ қилади. Иккала ҳолатда ҳам жароҳатни даволаш принциплари бир хил бўлса ҳам, диагностик ва терапевтик имкониятлар фарқи катта. Яъни диагностика ва даволаш усули мавжуд технологик, молиявий ва инсоний манбааларга мос бўлиши керак. Албатта дунёнинг кўплаб мамлакатларида юқоридаги чекловлар одатий травматологияга ва режали жарроҳликка ҳам тегишли.

Замонавий қуролли тўқнашувларда уруш қурбонларининг жарроҳлик давосини энг камида тўртта асосий турини таърифлаш мумкин.

1. Юқори даражадаги мамлакат молиялаштиришига эга саноатлашган мамлакатнинг традицион армиясида, ҳарбий бошқарув жарроҳлик даволашни фуқаролик тиббиётидаги қабул қилинган сифат даражасида таъминлашга ҳаракат қилади. Беморларни тезкор эвакуация қилиш ва уларни ихтисослаштирилган даволаш муассасаларига транспортировка қилиш одатий фаолият ҳисобланади. Юқоридаги сифатли тиббий ёрдамдан бемор ва ярадорларнинг ҳавфсиз фойдалана билиши уларнинг ҳуқуқи сифатида қаралади, бу ҳуқуқлардан фойдалана олишни таъминлаш эса қуролли кучлар зиммасига юклатилган.

2. Иқтисодий ривожланаётган мамлакатлар. Қайсики пойтахтида ва йирик шаҳарларида юқори сифатли ихтисослаштирилган ёрдам бера оладиган ва етарли миқдорда малакали ходимларга эга, лекин қишлоқ жойларда бундай шароитга эга бўлмаган мамлакатлар. Беморларни ихтисослаштирилган даволовчи муассасаларга эвакуация ва транспортировка қилиш имкони мавжуд, аммо баъзи ҳолларда қийинчиликлар билан амалга оширилади. Юқорида кўрсатилган сифатли тиббий ёрдамдан ҳавфсиз фойдалана олиш, бу эришилиши керак бўлган мақсаддир.

3. Молиявий ва кадрлар манбааси чегараланган камбағал мамлакатлар. Пойтахтда бор йўғи бир неча йирик жарроҳлик марказлари бўлиши мумкин, вилоят ва қишлоқ касалхоналари эса асосан баъзи бир жарроҳлик амалиётларини бажара оладиган ёш умумий амалиёт жарроҳлари ёки умумий

амалиёт врачлари билан тўлдирилган. Кадрларнинг молиявий таъминотнинг сурункали этишмаслиги ва ҳатто баъзи бир вақтларда йўқлиги кузатилади. Беморларнинг эвакуацияси ва транспортировкаси қийинлашган ёки имкони йўқ. Фақатгина баъзи бир ҳолатларда юқорида кўрсатилган тиббий ёрдамдан ҳавфсиз фойдалана олишга кафолат берилади.

4. Жамоат тиббиёт муассасаларига мурожат эта олмайдиган нодавлат субъектлар, партизанлик гуруҳлари, аҳолилар. Ҳарбий-дала жарроҳлиги билан бор йўғи бир неча тайёрланган шифокор ва ҳамширалар шуғулланади, бундан бошқа имконият йўқ. Масалан врачларнинг уруш қурбонларига ҳавфсиз ёндашуви ва аксинча ҳавфсиз уруш қурбонларини тиббий хизмат кўрсатишдан фойдаланишга муаммоли ва камдан-кам ва ҳатто иложи бўлмайди. Бундай ёндашув ҳар доим мураккаб вазифа ҳисобланади.

Ярадорларга тиббий ёрдам кўрсатиш босқичлари схемаси

Тиббий ёрдам кўрсатиш жойи	Тиббий ёрдам турлари
Жанг майдонида Ярадорларни тўплаш пункти Баталоон тиббий пункти	Биринчи ёрдам Врачгача ёрдам Врачгача ёрдам. Оғир ярадорларга қисқартирилган ҳажмдаги биринчи врачлик ёрдами
Бригада тиббий пункти Тиббий отряд	Биринчи врачлик ёрдами Шошилинич ва тезкор кўрсатмалар асосидаги малакали жарроҳлик ёрдами
РШТЁИМ филиаллари	Шошилинич, тезкор ва кечиктирилган кўрсатмалар асосидаги ихтисослаштирилган (юқори технологик) жарроҳлик ёрдами
Горнизон ҳарбий госпиталлари	Ихтисослаштирилган (юқори технологик) жарроҳлик ёрдами ва даволаш, тиббий реабилитация. енгил ярадорларни батамом даволаш
Марказий ҳарбий клиник госпитал	Оғир ярадорларга ихтисослаштирилган (юқори технологик) жарроҳлик ёрдами, даволаш ва тиббий реабилитация

Биринчи ёрдам – ҳаётга ҳавф солувчи жароҳат оқибатларини бартараф этишга ва оғир асоратларнинг ривожланишини олдини олишга қаратилган вақтинчалик элементар чора-тадбирлар комплекси.

Врачгача ёрдам – биринчи ёрдамнинг ҳато ва камчиликларини тўғрилаш ва тўлдиришга, ҳамда организмнинг ҳаётий муҳим функцияларини ушлаб туришга ва ярадорларни эвакуация қилишга тайёрлашга қаратилган тиббий чора-тадбирлар (жароҳат оғирлигини аниқлаш билан) комплекси.

Биринчи врачлик ёрдами – ҳаётга ҳавф солувчи жароҳат оқибатларини бартараф этишга, оғир асоратларнинг ривожланишини олдини олишга, организмнинг ҳаётий муҳим функцияларини ушлаб туришга ва ярадорларни кейинг эвакуацияга тайёрлашга қаратилган вақтинчалик умумврачлик чора-тадбирлар (дастлабки ташҳисни қўйиш ва саралаш гуруҳини аниқлаш билан) комплекси.

Малакали жарроҳлик ёрдами – ҳаётга ҳавф солувчи жароҳат оқибатларини бартараф этишга, оғир асоратларнинг ривожланишини олдини олишга, организмнинг ҳаётӣ муҳим функцияларини ушлаб туришга ва ярадорларни кейинги эвакуацияга имкони борича мақсадга мувофиқ тайёрлашга қаратилган вақтинчалик ёки доимий жарроҳлик чора-тадбирлари комплекси.

Ихтисослаштирилган (юқори технологик) жарроҳлик ёрдами – Ярадорларга нисбатан мутахасислар томонидан мураккаб услубий ва махсус ускуналарни фойдаланишга қаратилган диагностик ва жарроҳлик чора-тадбирлар комплекси.

Тиббий реабилитация – жанговарлик қобилятини тез тиклаш мақсадида жароҳатланган ҳарбий хизматчиларга нисбатан қўлланиладиган ташкилий, даволов ва тиббий-психологик чора-тадбирлар комплекси.

Ярадорларга жарроҳлик ёрдамини оптималлаштириш

Ярадорларга тиббий ёрдам кўрсатиш эвакуацион йўналиши ёки кўшинларнинг умумий гуруҳи чегарасида ягона оператив дастурга мувофиқлашган. Унинг асосий вазифаларидан бири *муайян бир ярадорга юзага келган ушбу тиббий-тактик шароитда даволашнинг энг маъбул (оптимал) вариантини аниқлаш* ҳисобланади. Оптималлаштириш эвакуация босқичларини юзага келган шароитдан қатъий назар одатий бўлмаган қисқартиришлар, ҳамда маъбул тиббий-тактик шароит ва тиббиёт хизмати имкониятларидан келиб чиқиб *даволаш-эвакуация жараёнини бошқариш* орқали эришилади.

Ҳар қандай қуролли тўқнашувларнинг бошида, яъни эвакуация йўллари ҳали ўрганилмасдан ва ярадорларнинг эвакуацияси кечикиш эҳтимоли юқори бўлган ҳолатларда, икки босқичли тиббий ёрдам кўрсатиш вариантини режалаштириш мақсадга мувофиқ эмас; олдиндан малакали жарроҳлик ёрдамини кўрсатиш назарда тутилади. Паст интенсивликдаги рейдли жанговар ҳаракатлар билан кечувчи ва гарнизонларда тиббий қисмларни стационар жойлаштирилган ҳолатлардаги (асосан жанговар ҳаракатларнинг ўзига хослиги сабабли доимий эвакуациянинг қийинчиликларида ва душманнинг ҳаракатларида) қуролли тўқнашувларда кичик ихтисослашган кучайтириш гуруҳлари бир қанча ихтисослашган тиббий ёрдам чора тадбирларини бажариш учун жанговар операциялар вақтида олдинга (АТОга) йўналтирилиши мумкин. Аксинча, маневрли жанговар ҳаракатлар олиб борилганда, қачонки тиббий қисм кўшинлар ортидан биринчи врачлик ёрдамини кўрсатиб ҳаракатланадиган бўлса, - ихтисослашган тиббий ёрдамни АТОга йўналтириш нотўғри.

Қуролли тўқнашувларнинг эскалацияси туфайли ярадорларни узоқ муддат эвакуация қилишнинг имкони бўлмаган ҳолатларда, малакали жарроҳлик ёрдами кўрсатиш босқичининг роли ошади.

Малакали жарроҳлик ёрдамнинг оптимал ҳажми тўлиқ бўлиб қолади (яъни, шошилиш, тезкор ва кечиктирилган операциялар), ва мажбуран қисқартирилган ёрдам ҳажми ярадорлар оқими бироз ошганда амалга оширилади. Йирик масштабли қуролли тўқнашувлар учун жарроҳлик ёрдамини кўрсатишнинг ушбу варианты ўзининг мохиятини сақлаб қолмоқда.

МАВЗУ: Артериал гипертониялар. Замоनावий диагностика усуллари.

МАВЗУ Режаси:

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

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

1.1 АРТЕРИАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯ (АГ).

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

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

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

МУАММОНИНГ ДОЛЗАРБЛИГИ.

Артериал гипертензия 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 ҳажми.
2. Периферик қаршилик.
3. Циркуляция қиладиган қон ҳажми.

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

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

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

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

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

1.2 АГ нинг ТАСНИФИ.

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

- 1-босқич. 140-159/90-99 мм. см. уст
- 2-босқич. 160-179/100-109 мм. см. уст
- 3-босқич. 180-209/110-119 мм. см. уст
- 4-босқич. 210 ва ундан юқори/120 ва ундан юқори.

АГНИНГ ЭТИОЛОГИЯСИ. УЧРАЙДИГАН КАСАЛЛИКЛАР.

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

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

1.3. БУЙРАКНИНГ ПАРЕНХИМАТОЗ КАСАЛЛИКЛАРИ.

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

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

Клиникаси. Касаллик клиникасида 2 хил гуруҳ симптоматика вужудга келади.

1. Буйрак касаллигининг клиникаси
2. Артериал гипертензия симптомлари.

Диагностикаси.

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

1.4. ВАЗОРЕНАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯ.

Тарқалиши. Барча АГнинг 1% ни ташкил қилади.

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

1. Буйрак артерия атеросклерози (кўпинча проксимал 1/3 қисмида учрайди) 60-70% асосан ўрта ва катта ёшдаги эркакларда учрайди.

2. Буйрак артерияларининг фибромускуляр дисплазияси (25% холларда 2 томонлама) (30-40%). Кўпроқ ёш аёлларда учрайди, буйрак артерияларининг дистал 2/3 қисми зарарланади.

3. Буйрак артериялари тромбози ёки аневризми.

Клиникаси. Касаллик клиникасида 2 хил гурух симптоматика вужудга келади.

1. Асосий касаллик симптомлари.

2. Артериал гипертензия симптомлари.

Реноваскуляр АГ тўғрисида қуйидаги ҳолларда ўйлаш мумкин.

- АҚБ кўтарилиши 30 ёшгача ёки 50 ёшдан кейин тез авж олганда.

- АПФ ингибиторларидан кейин буйрак фильтрацияси камайганда.

- АГли беморларда тўсатдан буйрак фильтрацияси камайганда.

- Эпигастрал сохада, қорин ёки ёнбош сохаларида систолик шовқин аниқланганда.

- Тарқоқ атеросклерозда.

Диагностикаси.

1) буйрак томирлари ангиографияси (буйрак артериялари стенози).

2) Буйрак артерияларининг доплерографияси (турбулент оқим).

3) Буйрак сканиграфияси (препарат абсорбцияси сусайган).

4) Қон зардобида ренин фаоллиги аниқланади.

5) Синама 3 кун олдин гипотензив воситалар (каптоприл) берилади.

Синама мусбат: АРП > 12 нг/мл/ч. Каптоприл берилишидан олдин 30 ва ва берилишидан кейин 60 қон олинади.

1.5. БИРЛАМЧИ АЛЬДОСТЕРОНИЗМ (Қонн синдроми).

Тарқалиши. Барча АГнинг 1% дан камроғини ташкил қилади.

Этиологияси.

1. Буйрак усти безининг аденомаси (60% ҳолларда).

2. Буйрак усти безининг гиперплазияси (40%).

Клиникаси. Касаллик клиникасида 2 хил гурух симптоматика вужудга келади.

1) асосий касаллик симптомлари.

2) Артериал гипертензия симптомлари.

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

Диагностикаси.

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

Буйрак усти аденомаси ёки гиперплазиясини дифференциацияси учун МРТ, компьютер томографияси (КТ) ёки буйрак усти безлари синтографияси ўтказилади. Бирламчи альдостеронизм ташхисини қўйиш учун Иценко-Кушинга синдроми инкор қилиш лозим.

1.6 КУШИНГ СИНДРОМИ.

Тарқалиши. Барча АГнинг 1% дан камроғини ташкил қилади.

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

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

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

Диагностикаси.

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

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

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

1.7 ФЕОХРОМОЦИТОМА.

Тарқалиши. Барча АГнинг 1% дан камроғини ташкил қилади.

Этиология. 80% холларда норадреналин ишлаб чиқарувчи яхши сифатли кечувчи буйрак усти беши ўсмаси, 10% ёмон сифатли ўсма, 10% икки томонлама ва 10% оилавий мойиллик.¹

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

Диагностика. Клонидинли проба қилинади. Беморга 0,3 мг клонидин берилгандан кейин 3 соатдан сўнг плазмада катехоламинлар миқдори пасаймаса, демак бу феохромоцитомадан дарак беради. Ўсмани жойини аниқлаш 90% холларда ўсмани КТ орқали аниқланади. Бошқа усулларга сцинтиграфия ва селектив ангиография киради.

1.8 АОРТАНИНГ КОАРКТАЦИЯСИ.

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

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

Клиник кўриниши. Шикоятлари: товоннинг музлашига ва вақти-вақти билан чўлоқланишига. Теширилганда АБ қўлда оёққа нисбатан баланд, тушнинг юқорисидаги чуқурчада қалтираш, кўкрак қафасининг орқа қисмида систолик шовқин яхши эшитилади, сон артериясида пульс сезилмайди. Рентгенограммада қовурғалар узурацияси, (коллатерал қон айланишнинг

қовурғалараро артериясида кўтарилганлиги сабабли) ва аорта дугасининг деформацияси (3 сонини эслатади). Асоратларига юрак етишмовчилиги, эндокардит, инсультлар бўлиши мумкин. Агар хирургик коррекция қилинмаса беморлар асоратидан оламдан ўтади.

Диагностика: аортография.

1.9 АКРОМЕГАЛИЯ.

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

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

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

Назорат саволлари:

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

Фойдаланилган адабиётлар:

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

МАВЗУ: Юрак ишемик касаллики ва унинг асоратларини ташхислашда замонавий диагностика усулларини қўллаш.

Режа:

1. Юрак ишемик касаллиги. Тарифи. Долзарб муаоллари. Этиологияси. Хавф турдирувчи омиллар.

2. Миокард инфаркти. Тарифи. Тарқалиши. Долзарб муаоллари. Патогенези. Патанатомияси.

3. Миокард инфарктнинг замонавий диагностикаси.

4. Миокард инфарктнинг атипик шакллариининг замонавий диагностикаси.

5. Миокард инфарктнинг асоратларини замонавий диагностикаси.

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

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

Юрак ишемик касаллиги.

2.1.Тарифи. Юрак ишемик касаллиги (ЮИК) - бу тож артериялар тизимидаги патологик жараёнлар натижасида миокардга қон келишининг камайиши ёки тўхташи сабабли юрак мушагининг ўткир ва сурункали зарарланиши. Патологик жараён асосида миокарднинг қон билан таминланишига талаби билан шикастланган артериялардан қоннинг мумкин бўлган миқдорининг оқиб келиши ўртасидаги мувозанатнинг бузилиши ётади.² Бу номутаносиблик миокардни маълум даражада қон билан таҳминланишининг сақланиши, лекин миокард эҳтиёжини кескин ошиши ёки қон билан таҳминланишининг пасайиши натижасида вужудга келиши мумкин

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

ЭТИОЛОГИЯСИ.

• Атеросклероз пиллакчалари мавжуд жойларда тож артериясининг тромб билан бекилиши.

• Тож артерияларининг узок давом этадиган ҳар хил этиологияли ўткир сиқилиши.

• Ўрта калибрдаги қон томирларни, шу жумладан тож артерияларни шикастлайдиган васкулитлар - ревматизм, тугунчали периартериит, системли қизил бўрича, баҳзан ревматоид артрит.

• Инфекцион эндоартритда, қон касалликларида (масалан, эритремия) тож артериялар тромбоэмболиялари.

• Ис гази билан захарланиш, оғир гипоксия.

• Тож артериялар атеросклерози муҳотида ривожланган анемия.

• Нур билан даволаш, айниқса нурланиш соҳасига юрак тушса тож артериялари шикастланади ва жараёнга мос клиник белгиларни вужудга келтиради.

ХАВФ ТУРДИРУВЧИ ОМИЛЛАР.

• Гиперхолестеринемия (паст зичли липопротеинлар даражасининг ортиши ва юқори зичли протеинлар - пасайиши).

• Ирсият. ЮИК ривожланшига оилавий мойиллик мавжуд, бу ҳолат баҳзи бир хавфли омилларнинг насл суриши билан боғлиқ бўлиши мумкин.

• Тамаки чекиш.

• Қандли диабет.

• Хафақон касаллиги.

• Гиподинамия - кам ҳаракатлик.

• Кекса ёш.

• Подагра.

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

Тарқалиши. Миокард инфаркти билан хасталаниш ҳар 100 000 аҳоли сонига ўрта ҳисобда 600 нафардан тўғри келади, кўпинча 40 ёшдан ошган эркакларда (аёлларга нисбатан 5 марта ортиқ;) учрайди. Мазкур хасталик саноти 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, кечишининг ўзига хослиги ва диагностикадаги кийинчиликлар муаммонинг ахамиятлилигини яна бир қарра тасдиқлаб туради.

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

Патологик анатомияси. Тож артериясида қон оқимининг тўсатдан тўхташи натижасида миокардда ишемия, мушак толаларининг дистрофик ўзгаришлари ва уларнинг некрози ривожланади. Некроз соҳасида юрак мушагининг ёрилиши ва перикард бўшлигига қон қуйилиши (юрак тампонадаси) содир бўлиши мумкин. Катта ҳажмдаги миокард инфарктида чандикли тўқима қавати жуда юпқа бўлиши мумкин, натижада унинг бўртиб (дўппайиб) чиқиши (юрак аневризмаси) вужудга келади. Атеросклероз жараёни кўпинча чап тож артериясида ва унинг шахобчаларида жойлашганлиги сабабли миокард инфаркти, аксарият, чап қоринчада ривожланади. Шикастланган миокард ҳажмига нисбатан йирик ва майда ўчоқли миокард инфаркти тафовут қилинади. Бундан ташқари, некрознинг юрак мушаги чуқурлигига тарқалиш даражасига қараб, трансмурал (миокарднинг ҳамма қатлами некрози) ва интрамурал (миокард девори некрози, эндокард ва эпикард шикастланмаган), субэндокард миокард инфаркти (эндокардга ёндашган миокард соҳасининг некрози).

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

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

•Продромал давр ёки дарак берувчи давр (инфаркт олди ҳолати). Илгари беморда кузатилмаган стенокардия хуружи ёки аввал маҳлум бўлган огрик хуружи микдорининг ва характерининг ўзгариши (тез-тез тутиб туриши ва кучайиши), давом этишлигининг чўзилиши (бир неча соатдан бир ойгача), нитроглицерин таъсирининг пасайиши ёки йўқолиши, зўриқиш стенокардиясига осойишталик стенокардия ёки принцметал турининг

қўшилиши билан ифодаланади. ЭКГда S-T оралиги ўрта тўғри (изо) чизикдан юқорига ёки пастга 1-1,5 мм гача силжигани кузатилади.³

- Ўта ўткир давр - миокард соҳасида ишемия ривожланганидан некроз вужудга келгунча оралиқ давр, биринчи вужудга келган миокард инфарктида 95 фоиз беморларда, такрорланган миокард инфарктида эса - 76 фоизида кузатилади. Хасталикнинг классик ёки типик кечиши ангиноз тури тўш суяги орқасида, кўкрак қафасининг чап томонида жойлашган кескин оғриқ хуружи билан ифодаланади. Миокард инфаркти кўпинча эрталаб (уйғонишдан сўнг катехоламинлар миқдори кўтарилиши), жисмоний таранглашишсиз, тинч ҳолатда, деярли сабабсиз ривожланади. Оғриқ босилаётгандек, эзилаётгандек, кенгаяётганлек, куяётгандек сезилади, аксарият чап қўлга, кураклар оралиғига тарқалади ва 20-30 дақиқадан 2 соатгача давом этади, нитроглицерин таъсирида йўқолмайди. Оғриқнинг вужудга келиши тож артерияларининг тўлиқ ёки қисман бекилиши туфайли ишемия ривожланиши билан изоҳланади. Ишемия соҳасида модда алмашинуви бузилиши сабабли кучли оғриқ билан бирга ҳолсизланиш, кўнгил айниши, қайт қилиш, безовталиқ, ваҳима, ўлим кўрқинчи, ҳаво етишмаслик сезгиси, терлаш кузатилади. Оғриқ хуружи вақтида бемор ҳаракати тўхтайтиди, ранг-рўйи бўзаради, тери совуқ тер билан копланади, бўйин венаси бўртиб чиқади, юрак уриши тезлашади (1 дақиқада 100-120 марта). Артериал қон босим пасаяди. Миокарднинг қисқариш фаолияти кучсизланиши оқибатида юрак товушлари бўғик; эшитилади, юрак учида "от дупури" товуши, экстрасистолия эшитилиши мумкин. ЭКГда S-T оралиғи кўтарилган-изочизикдан юқори, T-тишчаси билан қўшилиб, монофазали эгри чизикни вужудга келтиради. Бу ҳолат бир неча соатдан 3 кунгача давом этади.

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

пастга туша бошлайди, изо чизикга бир мунча яқинлашади, чуқур (2 тишчаси (СЭ8) пайдо бўлади, Т тишчаси шаклланади, манфий бўлади.

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

- Инфарктдан кейинги давр (функционал тикланиш давр) - юрак мушагида склеротик ўзгаришлар ривожланиши (чандик зичлиги кўпайиши), сурункали аневризм шаклланиши, юрак-қон томир системасининг янги шароитда ишлашга мослашиш жараёни белгилари билан ифодаланади ва некроз ҳосил бўлган фурсатдан бошлаб 3-6 ой давом этади. Миокарднинг зарарланмаган соҳасида компенсаторли гипертрофия белгилари аниқланади. Юрак етишмовчилиги кўпчилик беморларда йўқолади ёки камаяди. Юрак ритми бузилиши (экстрасистолия) қайтадан вужудга келиши мумкин. Бемор аҳволи яхшиланади, лекин ҳаракатда, юк кўтаришда вақти-вақти билан юрак соҳасида нохуш сезгилар, юракнинг тез уриши, хансираш безовта қилади. ЭКГ да S-T оралиғи изоэлектрик чизикда (QS ёки QR) чуқур ва кенг, Т-тишча бир неча ой ёки йил давомида манфийлигича қолади. Мазкур давр кечиши бўйича сурункали ЮИКнинг ҳар хил турларини эслатади. Шунинг учун беморларга "уйга стационар" буюрилади ёки шаҳар чекасидаги кардиологик сихатгоҳга юборилади.

Майда ўчоқли миокард инфаркти - юрак мушакларида морфологик майда ўчоқли некрозлар ривожланиши, оқибатининг нисбий яхши бўлиши, энгилрок кечиши билан ифодаланади ва умумий миокард инфарктининг 18 фоизини ташкил қилади. Майда ўчоқли миокард инфаркти кечишида, йирик ўчоқли турига нисбатан, даврийлик кам ифодаланган. Шу билан бирга унинг кечишида баҳзан дарак берувчи давр, ўткир давр ва реконвалесценция (касалликдан тузалиб келаётган) давр тафовут қилинади. Хасталикнинг бу турида оғрик синдроми деярли кескин бўлмайди ва узок давом этмайди, айрим ҳолларда юрак соҳасида фақат равшан бўлмаган нохуш сезги, босилаётгандек, сиқилаётгандек ҳиссиёт вужудга келади. Майда ўчоқли миокард инфарктида узок давом этадиган оғрик янги некроз ўчоқлари юзага келиши ёки инфаркт атрофидаги зоналарнинг давомли ишемияси билан изоҳланиши мумкин. Обхектив текширишда тери рангининг бўзарганлиги, артерия босимининг салгина пасайганлиги, тахикардия, юрак товушларининг бўғиқлашганлиги, тана

хароратининг субфебрил даражага кўтарилганлиги, ўртача лейкоцитоз, ЭЧТнинг 16-25 мм/с гача ошиши аниқланади. Амионотрансфераз ва ЛДГ микдорининг кўпайиши, С-реактив протеин пайдо бўлиши жуда кам учрайди ва оз ифодаланган даражада бўлади. Майда ўчоқли миокард инфарктида кардиоген шок (юрак қарахти), аритмиялар, тромбоэмболик асоратлар одатда кузатилмайди. Шундай қилиб, майда ўчоқли миокард инфарктида ҳам йирик турига хос бўлган талайгина клиник белгилар учрайди, лекин ифодаланиш даражаси кам бўлади.

2.4 Миокард инфарктнинг атипик шакллари.

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

• Гастралгик (абдоминал) тури – оғриқ хуружи қориннинг юқори қисмида (эпигастрия соҳасида) вужудга келиши ёки шу соҳага тарқалиши билан характерланади. Хасталикнинг мазкур тури кўпинча чап қоринчанинг орқа девори ёки орқа ён деворининг пастки қисмида жойлашган миокард инфарктида кузатилади ва ўткир миокард инфарктининг 2-3 фоизини ташкил қилади. Тўш суяги орқасидаги ёки юрак соҳасидаги оғриқ эса, аксарият, чап қоринчанинг олдинги ёки олдинги ён девори миокард инфарктида юз беради. Бир вақтда диспепсик шикоятлар: ҳаво билан кекириш, хиқичоқ тутиш, кўнгил айниши, қусиш, қориннинг дам бўлиши, ич кетиш вужудга келади. Қоринни пайпаслаганда эпигастрия соҳасида оғриқ мавжудлиги, мушак қаватининг тарангланиши аниқланади. Баён қилинган меъда-ичак фаолиятининг бузилишлари, меъда яра ёрилиши, ўт касаллиги хуружи, ўткир панкреатит ва холецистит ёки овқат билан заҳарланнш нотўғри ташхис қўйишга олиб келиши мумкин; шу билан бирга бу хасталикларда ҳам харорат кўтарилиши ва лейкоцитоз аниқланади. Ташхис қўйишда янглишмаслик учун ҳар хил қорин оғриғида ЭКГ текширишини ўтказиш шарт.

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

• Миокард инфарктининг церебрал тури ёйилган ёки учоқли мия ишемияси натижасида вужудга келадиган мия қон айланишининг

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

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

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

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

Қайталанувчи миокард инфаркти - олдинги миокард инфарктининг чандиқланиши ҳали бошланмасданок янги некроз ўчоқлари ҳосил бўлиши билан ифодаланади ва кечиши давомли бўлади. Шу билан бирга, бирламчи некроз ўчоғи ривожланишига сабабчи бўлган артериялар ҳавзасида (кўпинча давомли тромбоз натижасида) янги зарарланиш соҳалари вужудга келади. Қайталанувчи миокард инфарктининг клиник манзараси тўш суяги орқасида тез-тез хуружсимон оғриқ пайдо бўлиши билан характерланади. Миокард инфарктининг мазкур тури ташхиси клиник маълумотларни такрорий

гемограмма ўзгаришлари, биокимёвий кўрсаткичлар, қонда ферментлар (АсАТ, ЛДГ, алдолаза ва ҳоказолар) ва ЭКГ текширишлари билан солиштиришга асосланади.

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

2.5. Миокард инфарктнинг асоратлари.

Кардиоген шок - миокард инфарктининг кўп учрайдиган ва оғир асоратларидан ҳисобланади, қоидадек хасталикнинг ўта ўткир даврида ривожланади ва 10-15 фоиз беморларда кузатилади. Мазкур хасталик ривожланиши асосида юрак мушаклари қисқариш фаолиятининг пасайиши, юракнинг систолик ва дақиқалик ҳажмининг камайиши ётади, бу ҳолат артерия системасининг қон билан таҳминланиши етишмовчилигига ва артерия босими пасайишига олиб келади. Миокард қисқариш фаолиятининг пасайиши зарарланган ўчоқлардан рефлектор таъсирланиши ва чап қоринча фаолият кўрсатаётган миокард массасининг камайиши натижасида вужудга келади. Шокда ҳаётгий аҳамиятга эга бўлган ҳамма аҳзоларга 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 бузилади. Бир вақтда тож артерияларда ҳам қон оқиши камаяди; бу ҳолат юрак мушаклари озикланишини ёмонлаштиради ва унинг қисқариш фаолиятини пасайтиради. Некрозлашган юрак мушакларининг парчаланиш маҳсулотлари гистамин хусусиятига эга ва артериоллар мушак тонуси пасайишини вужудга келтириш мумкинлигини инкор қилиб бўлмайди. Метаболик бузилишларнинг оғирлашуви, микроциркуляция шикастланишининг ривожланиши кардиоген шокка хос бўлган ацидозга олиб келади. Хасталикнинг клиник манзараси бемор ташқи кўринишининг ўзгариши билан характерланади: юзи бўзаради, лаблари кўкимтир тус олади, бадан териси ёпишқоқ муздек тер билан қопланган бўлади. Бемор тартибсиз ҳаракат қилади, атрофдагиларга бефарқ қарайди, артерия қон босими кескин пасаяди, сийдик ажралиши сезиларли даражада камаяди (олигурия) ёки мутлақо ажралмайди (анурия).

Тромбоэмболик асоратлар. Миокард инфарктида тромбоэмболия вужудга келишида антикоагулянт (қон ивишига қарши) система депрессияси (фаолиятининг сусайиши), қонда коагулянтлар (қон ивиш жараёнини кучайтирувчилар) микдорининг кўпайиши, қон айланиш етишмовчилигида аҳзо ва тўқималарда қон айланишининг бузилиши муҳим роль ўйнайди. Шунингдек, артерияларда ривожланадиган маҳаллий атеросклеротик ўзгаришлар ҳам катта аҳамиятга эга. Кўпинча ўпка артерияси ва унинг шахобчалари тромбоэмболияси кузатилади. Бу асоратнинг клиник манзараси кўп ҳолларда шикатланган қон томирнинг катта-кичиклигига боғлиқ. Кўпинча бу жараёнда

тромблар ўпка артериясида тикилиб қолади. Ўпка артерияси тромбоэмболиясида тўсатдан вужудга келадиган ўткир юрак етишмовчилиги хасталикка хос белги ҳисобланади ва ҳансираш, тахикардия, акроцианоз билан ифодаланади. Баҳзи ҳолларда ўпка шиши, юрак ритми бузилиши (пароксизмал тахикардия), хилпилловчи (мерцательная) аритмия ривожланади. Тромбоэмболия одатда кўкрак қафасида тўсатдан пайдо бўладиган ва чуқур нафас олганда кучаядиган оғриқ, ҳансираш, йўтал, қон тупуриш билан кузатиладиган ўпка инфарктига олиб келади. Рентгенограммада ўпкада асоси плевра томонига қараган учбурчак шаклдаги қора доғ аниқланади.

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

Юрак маромининг бузилиши йирик ўчоқли миокард инфарктининг кўп учрайдиган ва хавфли асоратларидан ҳисобланади, аксарият, қоринча экстрасистолияси, кам ҳолларда бўлмача хилпиллаши юзага келади. Аритмия, аксарият, хасталикнинг ўта ўткир даврида, айниқса ангиноз хуружидан кейинги биринчи соатларда ривожланади. Кўпинча кўп сонли маром ва ўтказувчанлик бузилишлари кузатилади. Одатда улар жуда бекарор, хаотик ҳолатда бир-бири билан алмашадилар, оз муддатга (дақиқа, соат) йўқолиб, яна янгидан пайдо бўлишлари мумкин. Бундай бекарорлик 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 бу-зилишларини, 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 хафтасида 20 фоиз беморларда ривожланади. Мазкур жараён чап қоринчанинг олдинги деворида жойлашганда юрак соҳасида патологик юрак тегиши аниқланади, гоҳида систолик шовқин эшитилади. ЭКГда динамик ўзгариш йўқлиги ("котиб қолган" ЭКГ) S-T оралигининг 2 ой мобайнида ўрта тўғри чизигда тушмаслиги ташхисни тасдиқлайди. Рентген текширишида чап қоринчанинг бўртиб чикдан жойи кўзга ташлайди.

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

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

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

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

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

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

Майда ўчоқли миокард инфарктида оғрик 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 узок йиллар давомида хасталанган беморларда кузатилади.

Миокард инфарктнинг қиёсий ташхиси.

Миокард инфарктининг белгиларини ўхшаш касалликлар билан фарқлаш керак.

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

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

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 босимининг пасайиши билан кузатилади; агар пневмоторакс плеврит билан асоратланмаса, иситмалаш, лейкоцитоз, ЭЧТ ривожланмайди, ЭКГда миокард инфарктига хос ўзгаришлар қайд қилинмайди. Рентген текширишлари ташхисни тасдиқлайди.

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

Амалиётдан мисоллар:

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

Назорат саволлари:

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

Фойдаланилган адабиётлар:

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

МАВЗУ: СУРУНКАЛИ БУЙРАК КАСАЛЛИГЛАРНИ (СБК) ТАШХИССЛАШДА ЗАМОНАВИЙ ДИАГНОСТИКА УСУЛЛАРИНИ ҚЎЛЛАШ.

Режа:

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

***Таянч иборалар:** СБК- сурункали буйрак касаллиги, СБЕ – сурункали буйрак этишмовчилиги, АБ - артериал босим, АГ – артериал гипертензия, ҚАЕ - қон айланиш этишмовчилиги, КФ - коптокчалар фιλтацияси, 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 хил моддалар диализга учрайди.

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

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 кизил тошма, ревматоид артрит, склеродермия, тугунчали периартериит, дерматомиозит, геморагик васкулит, миелом касаллик.

- Эндокрин касалликлар:

Кандли диабет, гиперпаратиреоз

- Сийдик йулларининг механик еки динамик обтурацияси:

Буйрак тош касаллиги, туберкелез уретрити, сийдик чикариш найчаларининг усма билан сиқилиши, простата аденомаси, уретра стриктураси ва б.

ПАТОГЕНЕЗИ

-Буйракнинг ажратиш функциясининг бузилиши ва натижада азот алмашинуви моддаларининг организмда ушланиши (мочевина, креатинин, сийдик кислотаси, аминокислоталар, фосфатлар, сульфатлар, фенол). Бу моддалар

марказий нерв системасига ва бошка орган ва системаларга токсик таъсир этади.

- Электролит моддалар алмашинувининг бузилиши (гипокальциемия, гиперкальциемия⁴ - Суюклик балансининг бузилиши

- Буйракнинг кон ишлаб чиқариш функциясининг бузилиши (эритропоэтин ишланишининг бузилиши).

- Кислота-ишкор алмашинувининг метаболик ацидоз тарафига бузилиши.

- Буйракнинг прессор функциясининг активацияси ва артериал гипертензияга олиб келиши.

- Орган ва системалар оғир дистрофик узғаришлар ривожланиши.

3.2.СБЕ таснифи.

Латент боскич:

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

Компенсатор боскич:

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

Интермиттация боскичи:

Шикоятлари: диспепсия, чанқаш, тез чарчаш, бош оғриги, уйқу бузилиши, кунгил айниши. Диурез - кучли полиурия. Гемоглобин – 67-83. Мочевина – 10.1-19.0 моль/л. Креатинин - 0.3-0.6 ммоль/л. КФ Коптокчалар филтацияси - 20-30 мл/мин. Кон электрлитлари – гипонатриемия, гипокальциемия. Метаболик ацидоз - урта даражада ривожланган.

Терминал боскичи:

Буйракни суюклик ажратиш функцияси сакланган. КФ: 10-15 мл/мин. Азотемия. Ацидоз урта даражада.

Олиго-, анурия, суюклик ушланиши, дисэлектрлитемия. Гиперазотемия. Ацидоз. Юрак-кон системасида узғаришлар бошланади. Артериал гипертензия. КАЕ- II А-Б Оғир уремия, гипертазотемия (>28,5 ммоль/л), дисэлектрлитемия, ацидоз декомпенсацияланган. Оғир юрак ва кон айаниш етишмовчилиги, юрак астмаси хуружлари, анасарка, ички органлар оғир дистрофияси.

3.3.СБЕ клиникаси.

1. Астеник синдром (холсизланиш, уйқусираш)
2. Дистрофик синдром (тери куруклашиши, кахексия)
3. Ошқозон-ичак синдроми (иштаха камайиши, диарея, ошқозон-ичак геморрагияси, стоматит)
4. ЮТС-юрак-томир синдроми (артериал гипертензия, юрак етишмовчилиги, курук еки экссудатив перикардит)
5. Геморрагик синдром (анемия, геморрагиялар)

6. Анемик синдром
7. Суяк-бугим синдроми (остеопороз, иккиламчи подагра)
8. Нерв системасининг шикастланиши (уремик энцефалопатия, полинейропатия)
9. Сийдик синдроми (гипостенурия, протеинурия, микрогематурия, цилиндрурия, никтурия).

СБЕ да замонавий текшириш усуллари:

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

Назорат саволлари:

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

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Judth Tintinalli, J. Stapczynski, O. John Ma, David Cline, Rita Cydulka, Garth Meckler. – Tintinalli’s Emergency Medicine; A Comprehensive Study Guide, (Emergency Medicine Tintinalli) - USA, 2015 McGraw – Hill Education, English.
2. Dennis Kasper, Anthony Fauci, Stephen Hauser, Dan Longo, J Jameson, Joseph Loscalzo. Harrison’s Principles of Internal Medicine 19/E (Vol. 1 Vol2) - USA 2015 English.,P.-332e-1
3. Robert E. David P – Textbook of family medicine – USA, 2016.,P.-33-37
4. John Murtagh - General Practice 6th Revised edition - Australia 2015 English.
5. GadayevA., KarimovM. Sh., AxmedovX.S. Ichki kasalliklar propedevtikasi.- T., 2012, 708 b.
6. Каримов М.Ш. и др. Пропедевтика внутренних болезней методические рекомендации. Ташкент 2011. Часть 1-3.

МАВЗУ: ОШКОЗОН ВА 12 БАРМОҚ ИЧАКНИНГ ЯРА КАСАЛЛИГИНИ ТАШХИССЛАШДА ЗАМОНАВИЙ ДИАГНОСТИКА УСУЛЛАРИНИ ҚЎЛЛАШ.

Режа:

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

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

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

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

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

• Давомли ёки тез-тез қайталанувчи асаб-руҳий тарангланиш, бош миянинг механик шикастланиши (чайқалиши), нерв системасининг дистрофик ўзгаришлари, бошқа аҳзолардан рефлектор таъсир натижасида мия ости ва гипоталамус фаолиятига мия пўстлоғи таъсирининг бузилиши, адашган нерв марказининг барқарор қўзғалиши яра касалликлари ривожланиши сабабларидан бўлиши мумкин.

• Буйрак усти, мия ортиги (гипофиз) ва жинсий безлар гормонлари бошқаруви механизмларининг бузилиши хасталикнинг вужудга келишида алоҳида ўрин эгаллайди. Глюкокортикоидлар меъда шираси таркибидаги хлорид кислотаси микдорининг кўпайишини ва унинг хазм таъсири кучайишини вужудга келтиради. Бахзи беморларда стероидли гормонларни қўллаш меъда ва ўн икки бармоқда яра ривожланиши натижасида кон кетишни

чақиради. Аёлларда, эркекларга нисбатан, яра касалликини кам учраши тухумдон гормонининг таъсири билан боғлиқ. Эҳтимол, эстрогенлар яра касаллиги ривожланишини тўхтатади. Маҳлумки, хомиладорлик яра битишига ижобий таъсир кўрсатади, менопауза эса, яра касаллиги ривожланишига сабабчи бўлади. Хайз кўриш даврида хасталикнинг зўрайиши қонда эстрогенлар миқдорининг камайиши билан боғлиқ.¹

•Ирсий омиллар:

1. якин кариндрларда хасталикка чалиниш хавф-хатари 10 мартадан ортиқ.

2. O (I) гуруҳ қонли одамларда яра касаллигига дучор бўлиш эҳтимоли 30-40%дан юқори.

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

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

Тажовузкор омиллар:

• меъда ширасининг хлорид кислотаси ва пепсин;
•ўн икки бармоқ ичакдан ўтнинг (дуоденал-гастралгик рефлюкс) ошқозонга тушиши;

•меъда ва ўн икки бармоқ ичак дисмоторикаси;

•*Helikobacter pylori*

•Гистамин ва серотонин кислотали пептик омил фаоллигини оширади ва мембрана ўтказувчанлигини кучайтиради.

«Ҳимоячи» омиллар:

•таркибида нейтрал мукополисахаридлар бўлган меъда ва ўн икки бармоқ; шиллиги;

•сиало- ва сулфомуцинлар;

•тўқима регенерацияси;

•нормал маҳаллий қон айланиши;

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

ТАСНИФИ.

•Клиник-морфологик белгиларига қараб: меъда яра касаллиги ва ўн икки бармоқ яра касаллиги тафовути қилинади.

•Шикастланишнинг жойлашишига қараб: кардия қисми, меъданинг кичик эгрилиги, меъданинг препилорик бўлими, ўн икки ичак пиёзчасида, пиёзчадан ташқари бўлим (постбулбар) яра касаллиги.

•Кечиши даврига қараб: зўрайиши, зўрайиш сўниши, ремиссия.

•Кечиши огирлигига қараб: хатарсиз чўзилувчан (барқарорли), жадаллашувли.

1. Хатарсиз кечишида яра иллоти кичик, юза, қайталаниши кам, асоратсиз; консерватив даво бир ой чамасида ифодаланган ижобий самара беради;

2. Чўзилувчан кечишида даволаш самарадорлиги етарли эмас, узок вақт давом этади, бир йил ичида қайталаниши мумкин;

3. Жадаллашувли кечишида даволаш натижаси паст, асоратлар ривожланиши мумкин, қайталаниши тез-тез;

4. Асоратлар мавжудлигига қараб: асоратлашган ва асоратлашмаган.

Клиник кўриниши.

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

Шикоятлари:

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

1. меъда ва пилорус мускулларининг кискариши;

2. томир девори кискариши натижасида вужудга келувчи ишемия;

3. яллигланиш жараёни натижасида қоринпарда таъсирланиши;

4. нордон меъда шираси иштирокида яра сатхининг таъсирланиши.

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

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

Таомни қабул қилишга қараб қуйидаги турларга бўлинади:

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

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

Кучайиши – одатда дагал, шўр, аччиқ, қовурилган таомлар истехмол қилгандан сўнг ривожланади. Дуоденум ярасида огриқ «оч қоринга» ва тунда содир бўлади, овқат ёки сўда эритмаси истехмолидан сўнг, қоринга иситқич

қўйгач, қусишдан сўнг пасаяди. Перигастрит ва перидуоденитда оғрик жисмоний меҳнатда кучаяди.

Фарқланиш хусусиятлари:

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

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

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

Диспепсия ҳолатлари.

Жигилдон қайнаши аксарият овқатлангандан сўнг, кам ҳолларда - наҳорда кузатилади. Бу ҳолат ҳар вақт ҳам маҳда гиперсекрецияси туфайли содир бўлмайди. Унинг механизми қизилўнгач ва ошқозон мотор фаолиятининг бузилиши билан боғлиқ, яҳни 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 боғлиқ¹

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

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

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

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

Пальпация. Хасталикнинг зўрайиш даврида яра меъданинг олдинги ёки ён деворида ёки ўн икки бармоқ ичак ичида жойлашган бўлса қорин пардасининг таъсирланиши натижасида қорин мушакларининг таранглашиши (тўгри 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.

Лаборатория текширишлари.

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

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

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

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

Рентген текширишлари:

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

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

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

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

ҚИЁСИЙ ТАШҲИСИ клиник белгилари ўхшаш касалликлар билан ўтказилади.

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

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

Меъда фаолиятининг бузилишида ҳам яра касаллигига ўхшаш жигилдон қайнаши, «очлик» огриги, меъда гиперсекрецияси кузатилади. Лекин,

функционал диспепсияларда огрикни овкатланишга ва хасталикни цикл билан к-чишига аник борликлиги кузатилади. Анамнезда ошқозондан қон кетганлигига кўрсатма, яра борлигини тасдиқловчи рентген ва эндоскопия маълумотлари, нажасда яширин қон топилиши функционал бузилишларни инкор қилади.

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

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

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

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

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

АМАЛИЁТДАН МИСОЛЛАР:

27 ёшли хайдовчи поликлиникага куйидаги шикоятлар билан мурожат килди - эпигастрал сохада огрик, огрик овкатлангандан сунг 1,5-2 соат утиб ва кечаси кучаяди, жигилдон кайнаш, кабзиятга, озишга. Бир неа ойдан бери касал. Сураганда бемор регуляр овкатланади, купинча курук овкатлар, чекади, спиртли ичимликлар истхемол килади 1-2 марта хафтасига. Беморнинг отаси яра касаллиги билан огриган. Курувда семизли мойиллик, жиззаки. Ўпкада везикуляр нафас. Юрак тонлари аник. Пульс 60та бир минутада ритмик. АКБ 90/60 мм.рт.ст. Тили нам, ок караш билан копланган. Корни пальпацияда юмшок, огрик эпигастрал сохада урта чизикниг унг томонидан.

ХУЛОСА.

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

Назорат саволлари:

1. Ошқозон ва 12 бармоқ ичакнинг яра касаллигини таҳрифи ва тарқалиши кандай?

2. Ошқозон ва 12 бармоқ ичакнинг яра касаллигини этиологиясини гапириб беринг
3. Ошқозон ва 12 бармоқ ичакнинг яра касаллигини келиб чиқиш йуллари қандай?
4. Ошқозон ва 12 бармоқ ичакнинг яра касаллигини тажовузқор омиллар ҳақида нима биласиз?
5. Ошқозон ва 12 бармоқ ичакнинг яра касаллигини “химоячи” омиллар ҳақида нима биласиз?
6. Ошқозон ва 12 бармоқ ичакнинг яра касаллигини клиник симптомларни айтинг?
7. Ошқозон ва 12 бармоқ ичакнинг яра касаллигини таъхислашда замонавий лаборатор диагностика усулларини қўллаш ҳақида нима биласиз?
8. Ошқозон ва 12 бармоқ ичакнинг яра касаллигини таъхислашда замонавий инструментал диагностика усулларини қўллаш ҳақида нима биласиз?
9. Ошқозон ва 12 бармоқ ичакнинг яра касаллигини қиссий таққослаш утқазинг
10. Ошқозон ва 12 бармоқ ичакнинг яра касаллигини асоратларини санаб чиқинг

Фойдаланилган адабиётлар:

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

МАВЗУ: ЖИГАР КАСАЛЛИКЛАРНИ ТАШХИССЛАШДА ЗАМОНАВИЙ ДИАГНОСТИКА УСУЛЛАРИНИ ҚЎЛЛАШ.

Режа:

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

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

Жигар циррози термини Лайенек томонидан 1819 йилда киритилган.

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

Этиология ва патогенези: Жигар циррозининг асосий сабаблари 70-80% беморларда В,С,Д гепатит ҳисобланади, 15-20% беморларда сабаби ноаниқ бўлади. Жигар циррози сабаби бўлиб қон айланиш етишмовчилиги, ўт ажралишнинг бузилиши, дорилар билан захарланиш, гемохроматоз ва Вильсон-Коновалов касалликлари, 1 антитрипсин етишмовчилигида.⁵ Жигар циррози учун портал гипертензия хос. Портал гипертензия натижасида портал нанстомозлар ҳосил бўлади (қизилўнғач шиллиқ ости қавати веналари ва ошқозон кардиал қисми веналарнинг варикоз кенгайиши).

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

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

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

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

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

Лаборатор кўрсаткичлар: ЭЧТ тезлашган. Лейкопения, баҳзида тромбоцитопения, 80-90% беморларда қонда аминотрансферазалар

миқдорининг 2-5 баробар кўпайиши, ГГБ миқдори ортиши кузатилади. Мезенхимал яллиғланиш синдроми индикаторлари ўзгариши γ -глобулин. Тимол ва сулема пробалари. Гепатодепрессия индикаторларининг ўзгариши ПТИ, холинэстераза, альбумин, БСБ, ЦЦЗ пробаси²

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

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

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

ЖИГАР ЦИРРОЗИНИНГ АСОСИЙ АСОРАТЛАРИ.

Асцит: беморда асцитни юзага келиши прогностик ёмон белги ҳисобланади.

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

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

Диуретиклар таъсири фонидида электролит алмашинуви лаборатор кўрсаткичларни аниқлаш зарур.

Гепаторенал синдром: ортиб боровчи ва давога резистент асцит. Жигар функционал кўрсаткичлари бузилиши, натрий экскрециясининг кескин камайишига сабаб бўлади. Гепаторенал синдромни юзага чиқарувчи сабаб бўлиб қон кетиш, қайт қилиш, диарея, септицемия ҳисобланиши мумкин.

Гепаторенал синдром асосида буйрак пўстлоқ қавати ташқи қисмида вазоконстрикцияси ётади.

Гепаторенал синдром плазмада креатинин ва мочевино миқдори ошиши, олигоурия билан кечади. Беморлар кескин астения, апатия, уйқучанлик, анорексияга шикоят қилади. Уларда ошқозон ва ичак атонияси, чанқаш, тери тургорининг пасайиши, шиш кузатилади.⁶

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

АМАЛИЁТДАН МИСОЛ

32 ёшли бемор, 2 йил аввал вирусли гепатитнинг оҳир турини ўтказган. Юқумли касалликлар шифохонасида 64 кун давомида даволанган. Касалхонадан чиққандан кейин 1 ой пархез қилган, амбулатор даволанган. Қон таҳлилларида бир неча бор фермент ва билирубин ошганлиги қайд қилинган. Йил бошида стационарда сурункали гепатит, циррозга ўтиши ташхиси билан даволанган. 3 ойдан сўнг аҳволи оғирлашиб, гастроэнтерология бўлимига

ётқизилган. Келганда аҳволи ўртача оғирликда, териси склераси сарғимтир, терида кичишиш. Кечқурунлари тана ҳароратининг 38° гача кўтарилади. Жигар +5-6 см. Қаттиқлашган. УҚАда гемоглобин, эритроцитлар, лейкоцитлар, тромбоцитларнинг камайиши, билирубин ва АЛТ, АСТ, ЛДГ ферментларининг ошиши аниқланган. Сканирланганда жигар катталашган, жигар тўқимасида тугунчалар шаклида бириктирувчи тўқима ўсганлиги аниқланди.

ХУЛОСА

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

Назорат саволлари:

1. Жигар цирроз хакида тушунча беринг ва таҳрифланг
2. Жигар циррозининг эпидемиологияси хакида нима биласиз?
3. Жигар циррознинг этиологияси хакида нималарни биласиз?
4. Жигар циррознинг патогенезини еритиб беринг
5. Жигар циррознинг замонавий таснифи
6. Жигар циррознинг асосий клиник синдромларни санаб утинг
7. Жигар циррозни ташхислашда замонавий лаборатор диагностика усуллари қўллаш хакида нима биласиз?
8. Жигар циррозни ташхислашда замонавий инструментал диагностика усуллари қўллаш хакида нима биласиз?
9. Жигар циррознинг лаборатор синдромларини тушунтириб беринг
10. Жигар циррознинг асоратларини айтиб кетинг
11. Жигар циррознинг киесий таккослашни кандай касалликлар билан утказамиз?

Фойдаланилган адабиётлар:

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

МАВЗУ: БИРИКТИРУВЧИ ТУЎҚИМАНИНГ СИСТЕМАЛИ КАСАЛЛИКЛАРНИ ТАШХИСЛАШДА ЗАМОНАВИЙ ДИАГНОСТИКА УСУЛЛАРИНИ ҚЎЛЛАШ.

Режа:

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

БИРИКТИРУВЧИ ТЎЎҚИМАНИНГ ДИФФУЗ КАСАЛЛИКЛАРИ.

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

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

ТҚБ нинг КЛИНИК БЕЛГИЛАРИ.

Тери зарарланиши – **90% беморларда**

20-25% ҳолатларда тери синдроми касалликнинг дастлабки белгиси.

Таянч-ҳаракат тизимининг зарарланиши –

Артралгиялар – артритлар 90-100% беморларда Миалгиялар – 35-45% беморларда

Юрак зарарланиши –

Перикардит, Миокардит

Либмана – Сакс эндокардит

Панкардит,

Ўпкалар зарарланиши

50-80% - қуруқ ва экссудатив перикардит люпус пневмонит

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

Буйраклар зарарланиши

Нефрит минимал пешоб синдроми билан

Нефрит нефротик синдром билан

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

Асаб тизими зарарланиши.

Периферик ва бош миядан чиқувчи нервлар – 1/3 беморларда

Хорея, Тиришиш синдроми

Рухий бузилишлар

Аффектив синдром

Органик мия симптомлари

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

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

ТҚБ кечиши вариантлари ишчи таснифи

Касаллик кечиши характери	Жараён фаоллиги фазаси	Зарарланишларнинг клиник – морфологик характеристикаси						
		Тери	Бўғимлар	Сероз каватлар	Юрак	Ўпкалар	Буйраклар	Асаб тизими
Острое	Фаол даври Фаоллик даражаси: юқори (III)		Артралгия Ўткир, Ўткир ости, сурункали полиартрит	Полисерозит (плеврит, перикардит) эксудатив	Миокардит, эндокардит	Ўткир, хронисурункали пневмонит	Люпусневрит	Менинго-Энцефалополирадикуло неврит, полиневрит
Қайталанувчи полиартрит Дискоидной волчанка синдроми	Ўртача (II) минимал (I)	Эксудатив эритема, кирмизи Дискоид волчанка ва бошқ.						
Рейно синдроми Верльгоф синдроми Шегрен синдроми	Нофаол даври (ремиссия)			Қурук адгезивн перигепатит, периспленит	Митрал клапанлари шмовчилиги	пневмосклероз	пешоб синдроми	

6.3 ЛАБОРАТОР ТЕКШИРУВЛАР.

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

АМАЛИЁТДАН МИСОЛЛАР

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

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

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

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

Назорат саволлари:

1. ТКБ сабалари?
2. ТКБ клиник мезонлари?
3. ТКБ замонавий диагностиу усуллари фарқлай билиш талаб қилинади?

Фойдаланилган адабиётлар:

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

МАВЗУ. ЎПКА КАСАЛЛИКЛАРНИ ТАШХИССЛАШДА ЗАМОНАВИЙ ДИАГНОСТИКА УСУЛЛАРИНИ ҚЎЛЛАШ.

Режа:

1. Ўпка касалликлар ва уларнинг тарқалиши хақида тушунча бериш
2. Ўпка касалликларнинг замонавий таснифи ва ташхисслаши
3. Ўпка касалликларни ташхисслашда замонавий диагностика усулларини қўллаш

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

Бронхиал астма (БА) – бу нафас йулларининг сурункали яллигланиш касаллиги бўлиб, семиз хужайралар, эозинофиллар, лимфоцитлар, аллергия ва яллигланиш медиаторлари иштирокида, мойиллиги булган кишиларда бронхларнинг гирерреактивлиги ва вариабель обструкцияси билан кечади ва бунда бўғилиш хуружи, хириллашлар, йутал ва нафас олиши кийинлашиши билан кузатилади.⁷

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

Бронхиал астма **этиологиясида** қуйидагилар аҳамиятга эга:

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

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

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

Бронхиал астма (БА)нинг патогенези:

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

- альвеоляр макрофаглар ва нейтрофилларнинг фагоцитар фаоллигининг бузилиши ва натижада бронхларда инфекцион агентлар фаоллигининг ошиши;

- IgA нинг синтезини камайиши ва натижада бронхларда инфекцион агентларнинг фаоллигини ошиши;

- Т-супрессор лимфоцитлар фаоллигининг сустлиги;

- Узининг туқималарига иммунологик толерантликнинг бузилиши ва аутоаллергик реакцияларнинг бузилиши;

- Семиз хужайралар, макрофаглар, лизосома нейтрофиллари мембранасини ностабилиги протеолитик ферментларнинг ва биологик фаол моддаларнинг ҳаддан ташқари кўп ишлаб чиқарилишига олиб келади.

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

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

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

Иммунологик механизмлар

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

боскич). Секин ривожланувчи алллергик реакция (иммунокомплекс тури) циркуляция килувчи IgG, IgA, IgM турдаги антителолар ва комплемент оркали ривожланади. Иммунокомплексларнинг семиз хужайралар, эозинофиллар ва Т-лимфоцитлар билан боғланиши натижасида яллиғланиш медиаторлари ажралиб чиқади ва бронхлар обструкциясига олиб келади.

Ноиммунологик механизмлар

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

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

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

7.2 Таснифи:

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

Бронхиал астма таснифи

I. Бронхиал астма ривожланиши этаплари.

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

- а) маҳаллий ва умумий иммунитетнинг ўзгариши.
- б) «тез жавоб қайтариш» реакцияси (семиз хужайралар, макрофаглар, эозинофиллар, тромбоцитлар) мавжудлиги.
- в) мукоцилиар клиренс ўзгариши.

- г) эндокрин тизим ўзгариши
- д) ўпка томирлари эндотелийсининг метаболик дисфункцияси.
- ж) арахидон кислота метаболизмининг бузилиши.
- з) шахснинг нерв-психик ҳолати хусусияти.
- и) бронхлар ва ЛОР органлари реактивлигининг ўзгариши.

Биологик нуқсонлар клиник жихатдан БА ривожланишига туртки бўлиши мумкин.

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

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

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

1. Иммунологик шакли.
2. Ноиммунологик шакли.

III. БА нинг клиник – патогенетик шакллари:

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

IV. Оғирлигига кўра:

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

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

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

V.Кечишига кўра:

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

VI.Асоратланишига кўра:

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

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

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

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

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

Клиникаси:

Бронхиал астманинг клиникасида 3 та давр фарқланади:

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

2-босқич.Авж олиш даври-экспиратор типли бўғилиш хуружи, яҳни,қисқа нафас олиш, нафас чиқаришнинг 2-4 марта узайиши,нафас чиқаришнинг қийинлиги, масофадан эшитилувчи хириллашлар хос.Бемор мажбурий ҳолатни, яҳни, ортопноэ ҳолатида, ўтирганда оёқларига тиранади ёки олдинга эгилиб утиради ва тирсақлари билан тиззаларига ёпишади ёки қўллари билан стол четига, кровать четига тиранади, оғиз билан ҳаво “тутишга” ҳаракат қилади. Бемор гапира олмайди, юзида кўрқиш аломати,. юзи шишган, совук тер билан копланган, диффуз цианоз. Нафас олишда бурун қанотлари шишади. Кўкрак қафаси максимал нафас ютиш ҳолатида. Нафас олиш актида ҳамма ёрдамчи

мушаклар қатнашади, ўмров усти чуқури ва қовурғалар совуқ тер билан қопланган, бўйин веналари бўртган, кўкрак қафаси эмфизематоз, перкуссияда тимпаник товуш, аускультацияда дағал нафас асосида қуруқ, хуштаксимон хириллашлар, пульси тезлашган, юракнинг нисбий чегаралари ўнгга кенгайган, юрак тонлари бўғиқ, хуруж “шишасимон”, ёпишқоқ, кам ажралувчи балғам кўчгач ўтади.

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

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

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

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

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

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

7.3 Бронхиал астманинг диагностикаси.

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

қонда иммуноглобулинларнинг, Т-супрессорларнинг, IgE нинг микдорининг ошиши. (атопик астмада)

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

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

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

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

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

Ташқи нафас олиш функциясини инструментал текшириш.

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

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

Тиффно индексининг пасайиши (ТНЧ1/ЎТХХ), асосан 75% дан камрок

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

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

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

БА да ПНТ қуйидагича ўзгаради:

- қисқа таъсир этувчи бетта –2 – стимуляторнинг кабулидан 15-20 минутдан сўнг ПНТ нинг 15% га ошиши.

- бронхолитиклар қабул қилувчи беморларда ПНТ 20% ва ундан кўпроққа суткада тебранади, бронхолитиклар қабул қилмайдиган беморларда эса – 10% га.

- ПНТ нинг суткалик тебраниши қуйидаги формула орқали аниқланади:

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

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

Бронхиал астманинг диагностика мезонлари:

1. Нафас чиқаришнинг қийинлиги билан кечувчи бўғилиш хуружи ва у ўпкада куруқ ҳуштаксимон хириллашлар (ҳатто бу хириллашлар масофадан ҳам эшитилади) кечади.

2. Бронхиал астманинг хуружига эквивалент равишда тунда хуружсимон йўтал, у беморнинг уйқусини бузади, нафас чиқаришнинг қийинлиги ёки кўкрак қафасида сиқилиш ҳисси, ҳансираш ва ҳуштаксимон хириллашларнинг йилнинг маҳлум пайтида маҳлум бир антигенлар билан тўқнашилганда ёки физик зўриқишдан сўнг безовта қилиши;

3. Ташқи нафас функцияси кўрсаткичлари (НЧХ, Тиффно индекси, нафас чиқариш ҳажмининг максимал нуқтаси ва ҳ,) натижаларига кўра нафас етишмовчилигининг обструктив типини аниқлаш;

4. Ташқи нафас функцияси кўрсаткичларининг бронходилататорлар қабул қилгандан сўнг ошиши ва нафас чиқаришнинг енгиллашуви;

5. Ҳавода бронхиал астманинг биологик маркери- азот оксиди (NO) нинг кўплиги.

Бронхиал астманинг бўйича клиник патогенетик вариантларининг диагностика мезонлари.

1. Атопик шаклли БА нинг диагностика мезонлари:

1. Аллергологик анамнез. Ирсий мойиллик. Аллергик конституция: беморда аллергия касалликларнинг “диатез, аллергия ренит, эшак еми, Квинке шиши, чанга, озиқ-овқатларга нисбатан аллергия” ёшлиқдан аниқланиши.

Касбий омилларга нисбатан аллергиянинг мавжудлиги.

2. Нисбатан ёш (30 ёшгача 75-80% холда)

3. Маҳлум аллергия билан ўзказилган тери синамаси мусбат.

4. Тезлаштирувчи (назал, конъюктивал, ингалацион) синамалар мусбат (кўрсатмага биноан).

5. Озиқ-овқатга нисбатан аллергияни кундалик юритиш орқали аниқлаш

6. Лаборатор мезонлар: қонда IgE, нинг ошиши, қон ва балғамда эозинофиллар ошиши, Шелли синамаси (базофилли синама) мусбат.

Лимфоцитларнинг адреналинга нисбатан гликогенолиз ҳолатининг ошиши.

2. Инфекцион қарам шаклли БА диагностик мезонлари:

Беморни клиник текшириш: шикоятлари, анамнез, обхектив маълумотлар, бронхиал астманинг респиратор инфекция, ўткир бронхит, грипп, пневмония, сурункали бронхит билан боғлиқлиги.

УҚТ: лейкоцитоз, ЭЧТ нинг ошиши.

Қонни биохимик текшириш: СРО нинг пайдо бўлиши, сиал кислота, α_2 , γ -глобулинлар, серомукоид, гаптоглобинларнинг ошиши.

Умумий балғам тахлили: шиллиқ - йирингли, суртмада нетрофилли лейкоцитларнинг топилиши.

Ўпканинг 3 та проекциясида рентгенограммаси, кўрсатмага биноан бронхография, томография, гаймор бўшлиқлари рентгенографиясида инфильтрат соялар, ўчоқли ёки диффуз пневмосклероз белгилари, гаймор бўшлиқлари қоронғилашуви топилади.

Фибробронхоскопияда бронхларда яллиғланиш белгилари топилади.

Белгилар	Атопик БА	Инфекцияга қарам БА
Оилада аллергик касалликлар мавжудлиги	Тез-тез учрайди	Кам (БА дан ташқари)
Анамнезида атопик анамнез	Тез-тез	Кам
Маълум бир аллерген билан хуружнинг боғлиқлиги	Хос	Хос эмас
Астманинг бошланиши бронхопальмонал тизим ёки бурун-ҳалқум инфекцияси билан	Хос эмас	Хос
Бурун патологияси	Аллергик риносинусит инфекция белгиларисиз	Аллергик риносинусит, полипоз, инфекция белгилари
Бронхўпкада инфекцион жараён	Хос эмас	Асосан сурункали бронхит, пневмония.
Хуружнинг хусусияти	Ўткир бошланиб, тез ривожланиши, хуружнинг давомийлиги кам, асосан енгил хуружлар.	Секин-аста бошланиб, хуруж кўп вақт давом этади, асосан, оғир персиистирланувчи кечиш.
Қон ва балғамда эозинофилиянинг мавжудлиги	Кам ифодаланган (эозинофилов сони қонда 10-12% дан ошиқ эмас)	Кўпроқ (эозинофиллар сони қонда 20% гача).
Балғамда нейтрофил лейкоцитларнинг топилиши	Камроқ	Кўпроқ.
Қонда IgE миқдори	Ошган	Нормада.
Инфекцион аллергенлар билан терида синамалар	Мусбат	Манфий
Физик зўриқишли тест	Асосан манфий	Асосан мусбат.
Элиминацион терапиядан самарадорлик	Самарали	Элиминацион терапияни ўтказишнинг иложи йўқ.
Асоратлар (энфизема, пневмосклероз, сурункали ўпка ва юрак етишмовчилиги)нинг ривожланиши	Асоратлар кеч ривожланади.	Асоратлар эрта ривожланади.
β_2 адреностимуляторлар билан даволаш	Жуда самарадор	Кам самарали
Холинолитиклар билан даволаш	Кам самарадор	Самарали
Интал билан даволаш	Самарали	Самарадорлик жуда кам
Антибактериал терапия	Самарали эмас	Бронхо –пальмонал яллиғланишни даволаш БАнинг кечишини яхшилайд.
Оқибати	Бир мунча хавфсизроқ.	Кўпроқ хавфлироқ

1. Бактерияларга нисбатан тери ичига қўйилган синамалар мусбат.
2. Балғамни микологик текширув. *Candida* симон замбуруғлар топилади.

3. Вирусологик текширувлар: иммунофлюоресценцияда вирусга нисбатан антигенлар топилиши.

4. Оториноларинголог, стоматологлар кўриги (юқори нафас йўллари, бурун халқум ва оғиз бўшлиғи инфекциян ўчоқларини топиш мақсадида).

3. Аутоиммун шаклли БА нинг диагностик мезонлари:

1. Касалликнинг оғир, узлуксиз кечиши.

2. Аутолимфоцитлар билан тери ичига ўтказилган синаманинг мусбатлиги.

3. Қонда нордон фосфотазанинг юқорилиги.

4. Фитогемагглютинин билан ўтказилган реакциянинг мусбатлиги.

5. Қонда комплемент миқдорининг камайиши ва ўпка тўқимасига нисбатан антитела ва иммун бирикмаларининг топилиши.

6. Глюкортикоид теракиядан асоратларнинг ноғиронликка олиб келиши мавжудлиги.

4. Адренергетик дисбалансли БА нинг диагностик мезонлари:

1. Беморни клиник кузатиш – адренергик дисбаланснинг шаклланишга олиб келувчи омилларни симпатомиметикларни суистехмол қилиш, вирусли инфекция, гипоксемия, ацидоз, стресс туфайли эндогенли гиперкатехоламинемия, астматик статус ҳолатига БА хуружининг ўтиши

2. Симпатомиметикларнинг пародоксал таъсири – уларни кўллаганда бронхоспазмнинг кучайиши.

3. Лаборатор диагностика:

А) ТНФ и да селектив β_2 адреномиметиклар ингаляцияси қабул қилишгача ва қабул қилгандан сўнг ҳам ЎҚСК камайиши

Б) адреналинга нисбатан гипергликемик жавоб реакциясининг камайиши

В) адреналин юборилгандан сўнг, эозинофиллар сонининг камайиши.

Г) лимфоцитлар гликогенолизм.

5. БА нинг нерв – психик шаклининг диагностик мезонлари:

1. Преморбид даврида нерв-психик бузилишларни аниқлаш, анамнезда рухий стресс, бош мия жароҳатлари, оилада ва ишда конфликт ҳолатларнинг мавжудлиги, ятроген таъсирлар, диэнцефал бузилишлар мавжудлиги.

2. Психотерапевт кўригида истероидсимон, невраатеноидсимон, психоистеноидсимон механизмларнинг аниқланиши.

6. Холинергик шаклли БА нинг диагностик мезонлари:

1. Бронхлар ўтказувчанлигининг бузилиши йирик ва ўрта калибрли бронхларда рўй беради.

2. Бронхорея

3. Ингаляцион холинолитиклардан самарадорлик юқори.

4. Ваготониянинг бошқа хил кўринишлари, яхни, яра касаллиги, брадикардия, гипотензия, тери рангпарлиги, кафт кўп терлаши мавжудлиги.

5. Лаборатор белгилар: ацетилхолиннинг қонда юқорилиги, холинестеразанинг қон зардобида камайиши

6. Пульсаметрияза парасимпатик нерв-системаси тонусининг устунлиги белгилари.

7. Глюкокортикоид етишмовчилик шаклли БА нинг диагностик мезонлари:

1. Беморни клиник кузатиш орқали глюкокортикоид етишмовчилик белгиларини, яъни: глюкокортикоид қарамлик, терида пигментация, артериал гипотензия, астматик статус ҳолатига преднизолонни тўхтатганда ёки дозасини камайтирганда тушиб қолишни аниқлаш.

2. Қонда кортизол, 11 ОКС нинг, сийдикда 17 ОКС ларнинг камайиши.

Дизовариал шаклли БА нинг диагностик мезонлари:

1. Менстуациядан олдин ва менструация вақти, ҳомиладорлик, климактерик даврларда бемор ҳолатининг ёмонлашуви.

2. Қин суртмасини текшириш: прогестерон миқдорининг камайиши (ановуляция ёки 2-фаза етишмовчилиги)

3. Базал температуранинг менструал циклнинг 2-даврида пасайиши

4. Радиоиммунологик текширувларда: қон плазмасида эстерогенларнинг ошиши 2-фазада топилиши.

“Аспиринли астма” нинг диагностик мезонлари:

1. Бўғилиш хуружининг аспирин ёки бошқа НЯҚП лар қабул қилиш билан сақловчи моддалар шунингдек, ўзида салицилатлар ва сариқ ранг берувчи тартразин моддасини қабул қилиш билан боғлиқлик.

2. Бўғимли хуружининг хусусиятлари: бўғилиш хуружи аспирин қабул қилгандан сўнг, бир соат ўтгач бошланиб, тумов, кўз ёши ажралиш, гиперемия билан кечади. Хуруж пайтида кўнгил айниш, қайт қилиш, гиперсаливация, эпигастрал соҳада оғриқ бўлиб, А/Б пасаяди. Вақт ўтиш билан бронхиал астма ўзига хосликка эга бўлади: мавсумийлик йўқолади, астма белиглари, беморни доимо безовта қилади, хуружлараро даврда кўкрак қафасида “босиб қолиш ҳисси”, бронходилатацион терапия кам самарали, аста-секинлик билан БА авж ола боради.

3. Астматик триада қуйидагиларни ўз ичга олади:

1. аспиринли астма авж олиб бориш

2. аспирин ва бошқа НЯҚП ларни кўтара олмаслик

3. Риносинусит ва рецидивланувчи бурун полипозиди (рентгенда риносинусопатия аниқланади).

4. Қонда простагландинларнинг турли гуруҳларининг индометацин қабул қилгандан сўнг ошиши ($P_g F_2$) ошади, $P_g E_1$ камаяди.

5. Ацетил кислотали тезлаштирувчи синама мусбат, яъни, беморга ацетил кислота қуйидаги дозада берилади:

1-кун 10 мг

2-кун 20 мг

3-кун 40 мг

4-кун 80 мг

5-кун 160 мг

6-кун 320 мг

7-кун 640 мг

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

Бронхлар реактивлигининг бирламчи ўзгарганлиги диагностика мезонлари:

1. Беморни клиник кузатиш – бўғилиш хуружининг физик зўриқишидан сўнг, совуқ ёки иссиқ ҳаводан нафас олгандан кейин, об-ҳавонинг ўзгаришида ўткир хидлар ва тамаки тутунидан нафас олгандан сўнг юзага келиши мумкин.

2. Спирография ва пикфлоуметрия кўрсаткичларининг совуқ ҳаводан нафас олгандан сўнг ва ацетилхолинли, обзиданли синамаларидан сўнг пасайиши. (Бронхлар реактивлигининг ўзгариши³)

3. Ацетилхолинли тест синамасининг мусбатлиги (В.И.Пқцкий ва хаммуал., 1999). Текширишдан олдин ацетилхолиннинг 0.001%; 0.01%; 0.1%; 0.5%; ва 1% концентрацияли эртималарини тайёрланади, ТНФ ва Тиффно индекси аниқланади. Сўнгра аэрозолли ингалятор орқали ацетилхолиннинг энг кучли (0.001%) эритмасидан 3 дақиқа давомида нафас олинади. (Агар 3 дақиқадан олдин йўтал пайдо бўлса, ингаляция тўхтатилади). 15 дақиқадан сўнг бемор ахволи баҳоланади, ўпка аускультацияси ўтказилиб, КНФЧХ₁ (кучли нафас чиқариш хажм тезлиги ва Тиффно индекси аниқланади). Агар клиник ва инструментал текширувларда бронхларнинг ўтказувчанлиги бузилиши аниқланмаса, текширишни кейинги концентрацияли эритма билан такрорланади. Синама Тиффно индекси 20 ва ундан ортиқ фоизга пасайса, мусбат ҳисобланади. Баҳзи ҳолларда бронхларнинг гиперреактивлигини аниқлаш учун ингаляцион гистаминли синама ўтказилади. Бунда гистаминнинг < 8 мг/мл концентрацияси КНФЧХ₁ ни < 20% га олиб келса, бронхлар гиперреактивлигимавжуд ҳисобланади.

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

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

Юрак астмасига аралаш турдаги ҳансираш, нотекис нафас, кўпиксимон пушти балғам хос. Ўпканинг пастки қисмларида жарангсиз, хўл хириллашлар

эшитилади. Юрак астмаси клиник белгилари шу патологияни чакирган юрак-томир системаси касалликлари клиник белгилари балан кечади.

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

АСТМАТИК СТАТУС

Бу бронхиал астманинг асосий ва оғир, хавфли асоратларидан бири.

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

Астматик статус (АС) — бу БА нинг оғир чузилиб кетган хуружи булиб, нафас йули обструкцияси туфайли уткир прогрессияланувчи нафас олиш етишмовчилиги билан кечади, ва дориларга резитентлик ривожланиши билан характерланади (В. С. Щелкунов).

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

Этиологияси:

Қуйидагилар АС нинг келиб чиқишида рол ўйнайди.

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

Астматик статус таснифи:

I.Патогенетик вариантлари:

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

II.Босқичлари фарқланади

Биринчиси — нисбий компенсация.

Иккинчиси — декомпенсация ёки “соқов ўпка” босқичи.

Учинчиси — гипоксик гиперкапник кома.

Патогенези:

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

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

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

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

Анафилактоидли астматик статус. Асосида нафас йўллариининг механик, физик, кимёвий (совуқ ҳаво, ўткир ҳидлар ва б.) таъсирлари туфайли рецепторларнинг таъсирланишига бронхлар рефлектор спазм билан жавоб беради. Иккинчи турини ҳам тез ривожланувчи реакциялар турига киритиш мумкин, лекин анафилактик АС дан фаркли уларок бу жароаен иммунологик механизмга эга эмас.

Юкорида келтирилган патогенетик механизмлардан ташкари АС нинг ҳамма шаклларига хос умумий механизмлар бор. Бронхиал обструкция туфайли ўпканинг якуний ҳажми ошади, резерв нафас ютиш ва чиқариш камаёди, натижада уткир эмфизема ривожланади, коннинг юракга веноз кайтиш механизмқ бузилади, унғ коринча хайдаш ҳажми сустлашади. Кўкрак қафаси ва альвеоляр босим кутарилиши ўпка гипертензияси ривожланишига олиб келади. Коннинг веноз кайтиши, антидиуретик ва альдостероннинг купайиши организмда суюклик ушланиб қолинишига олиб келади. Бундан ташкари, баланд кўкракичра босим лимфани кўкрак лимфатик томир оркали веноз тармоқка кайтишини бузади, бу эса гипопропротеинемия, онкотик босимни конда камайиб кетишига ва интерстициал суюклик микдорини ошишига олиб келади⁶.

Астматик статуснинг ривожланишида қуйидаги 3 та босқич мавжуд:

1- босқич вентиляциян бузилишларсиз ёки компенсация босқичи.

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

Юрак кон томирлар тизимида- тахикардия, аритмия, А/Б нинг нормадалиги ёки ошганлиги. Ҳазм килиш органлари тизимида – жигарнинг

катталашганлиги, асаб рухий сфера тизимида кузгалувчанлик, бахзан алахлаш галлюцинациялар аникланади.

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

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

Беморлар аҳволи ўта оғир бўлиб, хансираш, ўпкада нафас олиш юзаки, ортопноэ ҳолати, бўйин веналари бўртган, тери қатламлари кулранг, нам, бахзида қўзғалишларнинг бефарклик билан алмашиши. Аускультацияда нафас шовкини эшитилмаслиги («соқов ўпка») фақат бахзи жойларида кам миқдорда хириллашларнинг эшитилиши, А/Б- нинг пастлиги, юрак тонларининг бўғиклиги, «от дупури» нинг пайдо бўлиши аникланади.

Лаборатор таҳлилларда – ифодаланган артериал гипоксемия (РаО, 50-60 мм сим.уст.) ва гиперкапния (РаСО, 50-70 . ва ундан ошиқ мм сим.уст.).

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

3-босқич гипоксемик, гиперкапник кома.

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

Лаборатор таҳлиллар натижаси – ифодаланган оғир артериал гипоксемия (РаО, 40-55 мм сим.уст.) ва жуда яққол гиперкапния (РаСО, 80-90 мм сим.уст.).

Қоннинг нордан-ишқорий тенглиги — метаболик ацидоз. ЭКГ да – ўнг бўлмача ва ўнг қоринча зўриқиши.

Диагностикаси:

Астматик статус диагнозини тўғри қўйишда қуйидагилар муҳим рол ўйнайди:

1. Анамнестик маълумотлар ва беморни орган-тизимлар буйича текшириш.

2. Умумий қон таҳлилида – полицитемия, коннинг биохимик текширувида альфа 2, гамма глобулинларнинг, фибриноген, серомукоид, сиал кислотасининг ошиши.

3. ЭКГ да ўнг бўлмача ва ўнг қоринчанинг зўриқиш белгилари.

Назорат саволлари:

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

8. Бронхиал астмани ташхислашда замонавий инструментал диагностика усулларни қўллаш хақида гапириб беринг
9. Бронхиал астмани асоратлари қандай?
10. Бронхиал астмани таккосашини еритиб беринг

Фойдаланилган адабиётлар:

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

IV. АМАЛИЙ МАШҒУЛОТ МАТЕРИАЛЛАРИ

АМАЛИЙ МАШҒУЛОТ: АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНИЯЛАР (АГ) АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНИЯЛАРНИ ДИАГНОСТИКАСИДА ЮҚОРИ ТЕХНОЛОГИЯЛАРНИ ҚУЛЛАШ.

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

Масаланинг қўйилиши:

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

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

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

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

Ишни бажариш учун намуна:

Замонавий тушунчаларга кўра ҳар хил ташқи омиллар таъсирида бош миянинг АҚБ ни 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 гипертонаия.
5. Бирламчи альдостеронизм.
6. Кушинг синдроми.
7. Феохромоцитома.

Назорат саволлари:

1. Артериал гипертензияга қандай касалликлар олиб келади?
2. Симптоматик артериал гипертонаияларнинг таснифи?
3. Артериал гипертензиянинг тарқалиши қандай?
4. Қайси буйракнинг паренхиматоз касалликларда артериал гипертонаия учрайди? Замонавий диагностикаси?
5. Реноваскуляр гипертонаияларни сабабларини айтинг?
6. Вазоренал гипертонаияни замонавий диагностикаси?
7. Қайси эндокрин касалликларда симптоматик артериал гипертонаия учрайди?
8. Феохромоцитомадаги артериал гипертонаияни клиник хусусиятлари қандай?
9. Феохромоцитоманинг замонавий текшириш усуллари?

Фойдаланилган адабиётлар:

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

АМАЛИЙ МАШҒУЛОТ: ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИКНИ ВА УНИНГ АСОРАТЛАРИНИ ДИАГНОСТИКАСИДА ЮКОРИ ТЕХНОЛОГИЯЛАРНИ ҚЎЛЛАШ.

Ишдан мақсад:

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

Масаланинг қўйилиши:

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

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

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

Ишни бажариш учун намуна:

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

Яқуний қисм.Хулоса

Назорат саволлари:

1. ЮИК га таҳриф беринг.
2. ЮИКнинг хафли омиллар нимадан иборат?
3. МИнинг нечта босқичини биласиз?
4. МИнинг босқичларнинг клиникаси?
5. МИнинг замонавий лаборатор диагностикаси?
6. МИнинг замонавий инструментал диагностикаси
7. МИнинг қандай атипик шакллари биласиз?
8. МИнинг атипик шаклларнинг замонавий диагностикаси?
9. МИнинг эрта асоратларини клиникаси ва замонавий диагностикаси?
10. МИнинг кечки асоратларини клиникаси ва замонавий диагностикаси?
11. МИни қайси касалликлар билан таққослайсиз?

Фойдаланилган адабиётлар:

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

АМАЛИЙ МАШҒУЛОТ: СУРУНКАЛИ БУЙРАК КАСАЛЛИГИНИ ДИАГНОСТИКАДА ЮКОРИ ТЕХНОЛОГИЯЛАРНИ ҚЎЛЛАШ.

Ишдан мақсад:

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

Масаланинг қўйилиши:

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

Ушбу амалий иш давомида қуйидагиларни бажариш лозим:

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

Ишни бажариш учун намуна:

Тингловчилар вазиятли масалалар, тестлар ечадилар, анализлар тахлил қиладилар.

Назорат саволлари:

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

Фойдаланилган адабиётлар:

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

АМАЛИЙ МАШҒУЛОТ: ОШКОЗОН ВА 12 БАРМОҚ ИЧАКНИНГ ЯРА КАСАЛЛИГИНИ ДИАГНОСТИКАСИДА ЮКОРИ ТЕХНОЛОГИЯЛАРНИ ҚЎЛЛАШ.

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

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

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

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

Ишни бажариш учун намуна:

Тингловчилар вазиятли масалалар, тестлар ечадилар, рентгенларни таҳлил қиладилар.

Яқуний қисм. Хулоса

Назорат саволлари:

1. Ошкозон ва 12 бармоқ ичакнинг яра касаллигини ташхислашда замонавий лаборатор диагностика усулларини қўллаш хақида нима биласиз?
2. Ошкозон ва 12 бармоқ ичакнинг яра касаллигини ташхислашда замонавий инструментал диагностика усулларини қўллаш хақида нима биласиз?
4. Ошкозон ва 12 бармоқ ичакнинг яра касаллигини қиссий таккослаш утказинг
5. Ошкозон ва 12 бармоқ ичакнинг яра касаллигини асоратларини санаб чиқинг

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.

АМАЛИЙ МАШҒУЛОТ: ЖИГАР КАСАЛЛИКЛАРНИ ТАШХИСЛАШДА ЗАМОНАВИЙ ДИАГНОСТИКА УСУЛЛАРИНИ ҚЎЛЛАШ.

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

Масаланинг қўйилиши:

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

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

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

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

Ишни бажариш учун намуна:

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

Назорат саволлари:

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

Фойдаланилган адабиётлар:

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

АМАЛИЙ МАШҒУЛОТ: БИРИКТИРУВЧИ ТУКИМАНИНГ СИСТЕМАЛИ КАСАЛЛИКЛАРНИ ТАШХИССЛАШДА ЗАМОНАВИЙ ДИАГНОСТИКА УСУЛЛАРИНИ ҚЎЛЛАШ”.

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

Масаланинг қўйилиши: лаборатор текширувларни ахамиятини ўрганиш

1. Қон умумий таҳлили
2. Пешоб умумий таҳлили
3. LE хужайралар
4. Антинуклеар антитаналар
5. ЦИК
6. РФ паст титрларда
7. ЭКГ
8. ЭхоКС
9. Юрак-қон томир, нафас, ошқозон-ичак, буйрак, марказий асаб тизимларини лаборатор-инструментал текшириш
10. IgG. IgM
Ушбу амалий иш давомида қуйидагиларни **бажариш лозим:**
11. Бириктирувчи туқиманинг системали касалликларни ташхисслашда биопсия натижаларини таҳлил қилиш.
12. Бириктирувчи туқиманинг системали касалликларни ташхисслашда МСКТ кўрсаткичларини баҳолаш
13. Бириктирувчи туқиманинг системали касалликларни ташхисслашда УТТ натижаларини таҳлил қилиш.

Ишни бажариш учун намуна:

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

Назорат саволлари:

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

Фойдаланилган адабиётлар:

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

АМАЛИЙ МАШҒУЛОТ: ЎПКА КАСАЛЛИКЛАРНИ ТАШХИСЛАШДА ЗАМОНАВИЙ ДИАГНОСТИКА УСУЛЛАРИНИ ҚЎЛЛАШ.

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

Масаланинг қўйилиши: лаборатор текширувларни ахамиятини ўрганиш

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

тизимларини лаборатор-инструментал текшириш

9. IgG, IgM

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

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

Ишни бажариш учун намуна:

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

Бронхиал астманинг диагностикаси.

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

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

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

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

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

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

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

Ташқи нафас олиш функциясини инструментал текшириш.

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

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

Тиффо индексининг пасайиши (ТНЧ1/ЎТХХ), асосан 75% дан камрок

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

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

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

БА да ПНТ куйидагича ўзгаради:

- қисқа таъсир этувчи бетта –2 – стимуляторнинг қабулидан 15-20 минутдан сўнг ПНТ нинг 15% га ошиши.

- бронхолитиклар қабул қилувчи беморларда ПНТ 20% ва ундан кўпроққа суткада тебранади, бронхолитиклар қабул қилмайдиган беморларда эса – 10% га.

- ПНТ нинг суткалик тебраниши куйидаги формула орқали аниқланади:

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

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

Назорат саволлари:

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

Фойдаланилган адабиётлар:

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

Визуал материаллар
МАВЗУ : АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНИЯЛАР. ЗАМОНАВИЙ
ДИАГНОСТИКАСИ



АРТЕРИАЛГИПЕРТОНИЯДА
БЕМОРНИКОН БОСИМИНИ УЛЧАШИ

Беморни объектив куриш

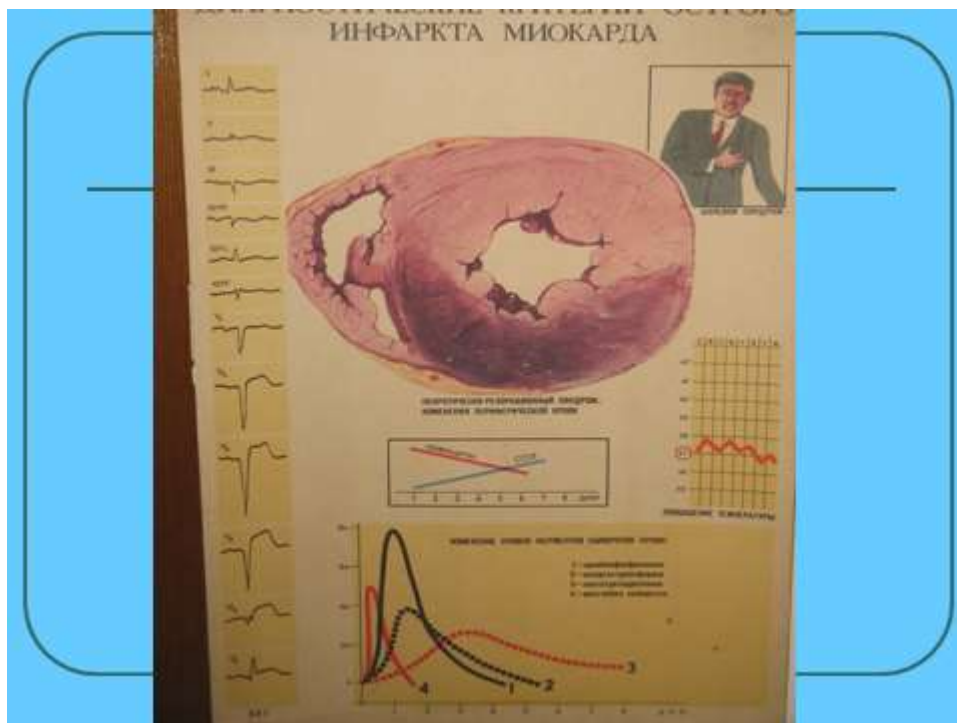
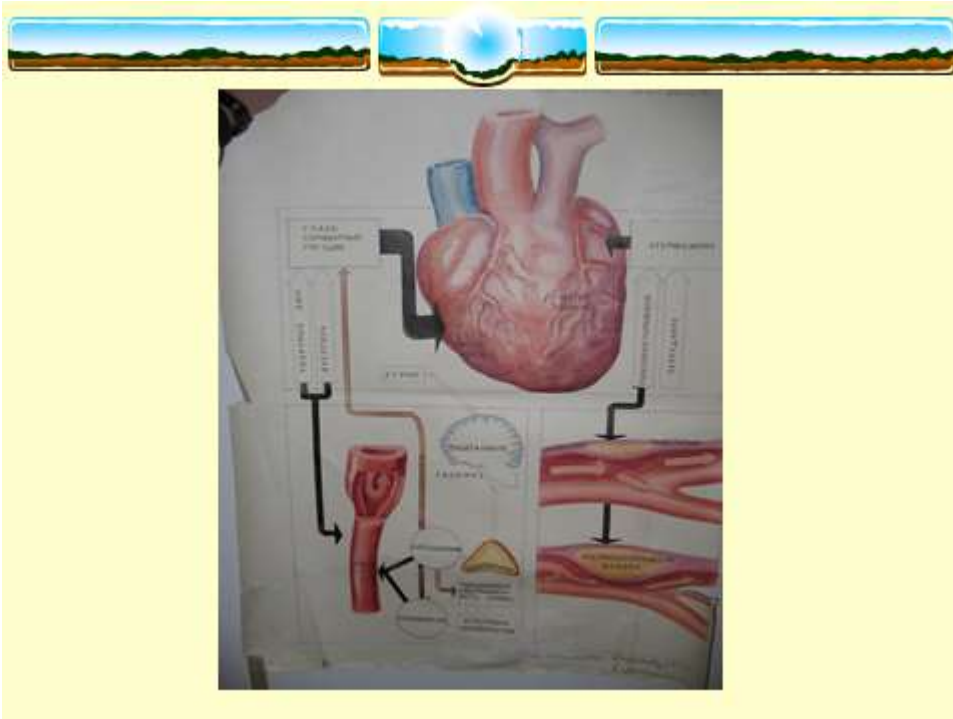


ФЕОХРОМОЦИТОМА



МАВЗУ: ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИКНИ ВА УНИНГ АСОРАТЛАРИНИ ТАШХИССЛАШДА ЗАМОНАВИЙ ДИАГНОСТИКА УСУЛЛАРИНИ ҚЎЛЛАШ.

Маърузага визуал материаллар



тишсиз нотрансмурал миокард
инфарктида ЭКГ



МИОКАРД ИНФАРКТИ-

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

ХАВФЛИ ОМИЛЛАРИ

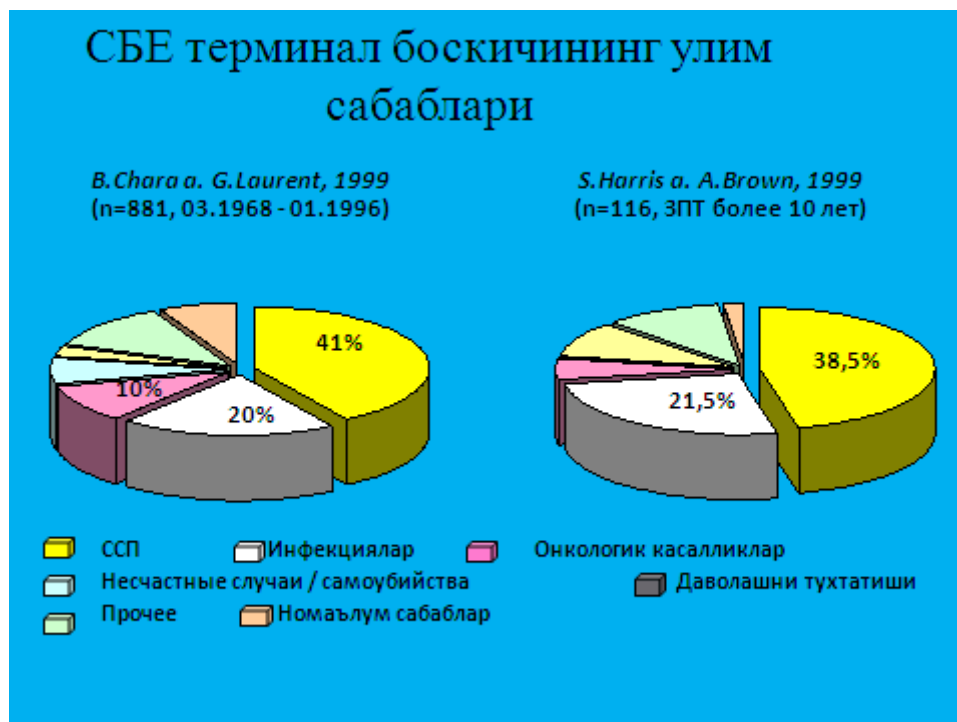
1. ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЯ
2. ИРСИЙ МОЙИЛИК
3. ЧЕКИШ
4. ҚАНДЛИ ДИАБЕТ
5. АРТЕРИАЛГИПЕРТЕНЗИЯ
6. ПОДАГРА
7. ГИПЕРТРИГЛИЦЕРИДЕМИЯ
8. ЭРТА ҚАРИЛИК ЁЙИ
9. ҚУЛОҚДАГИ ДИАГОНАЛАЖИНЛАР





Уткир коронар синдром

**МАВЗУ: СУРУНКАЛИ БУЙРАК КАСАЛЛИГЛАРНИ (СБК)
ТАШХИССЛАШДА ЗАМОНАВИЙ ДИАГНОСТИКА
УСУЛЛАРИНИ ҚЎЛЛАШ
Маърузага визуал материаллар**



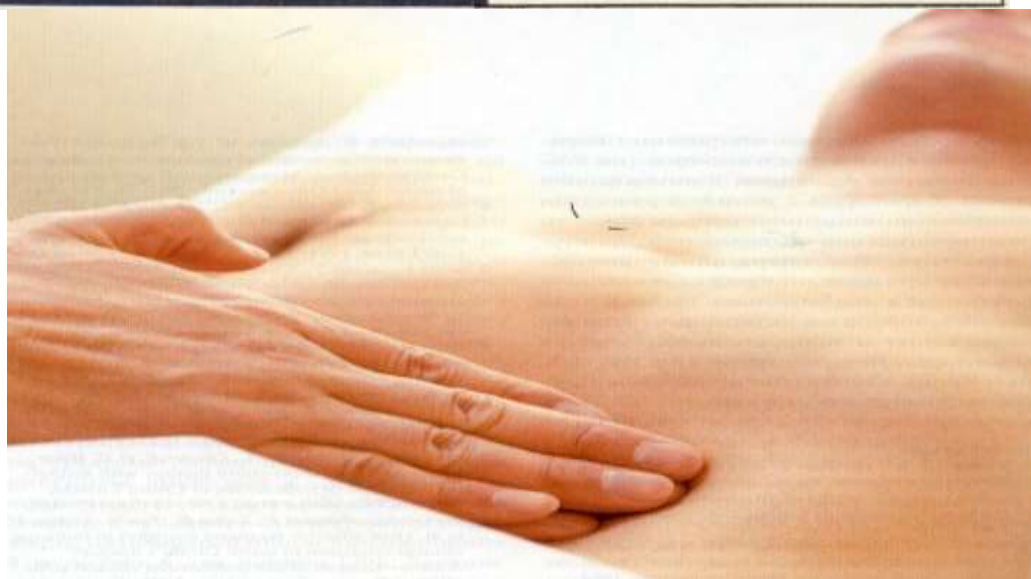
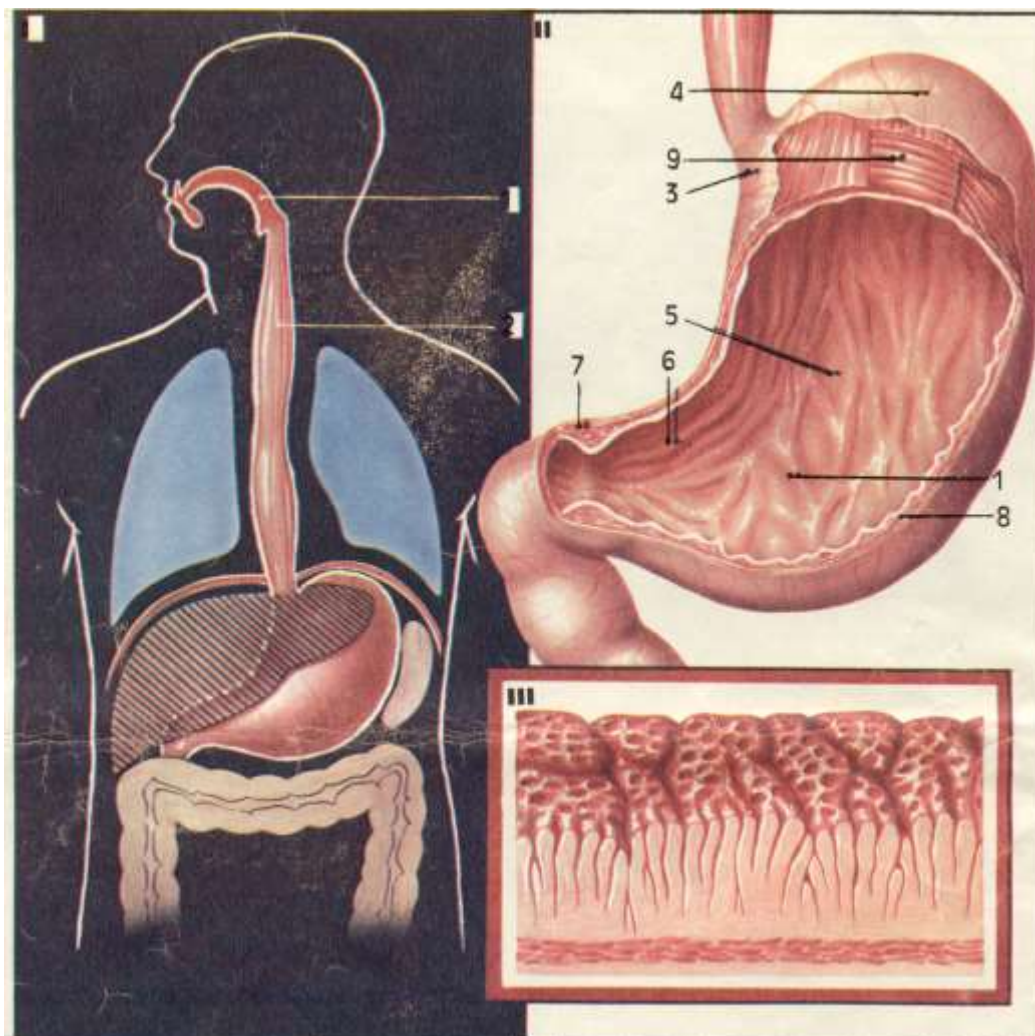


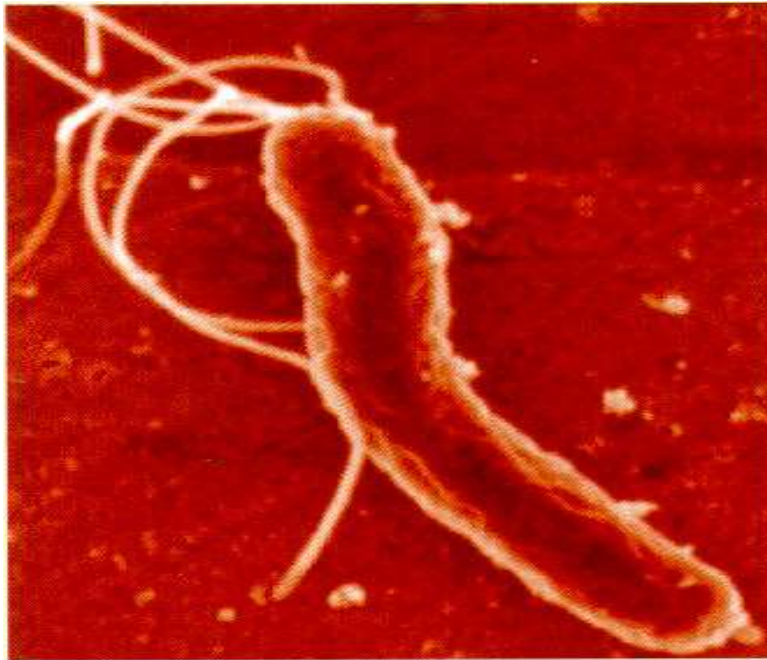
Сурункали буйрак касаллигининг этиологияси



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

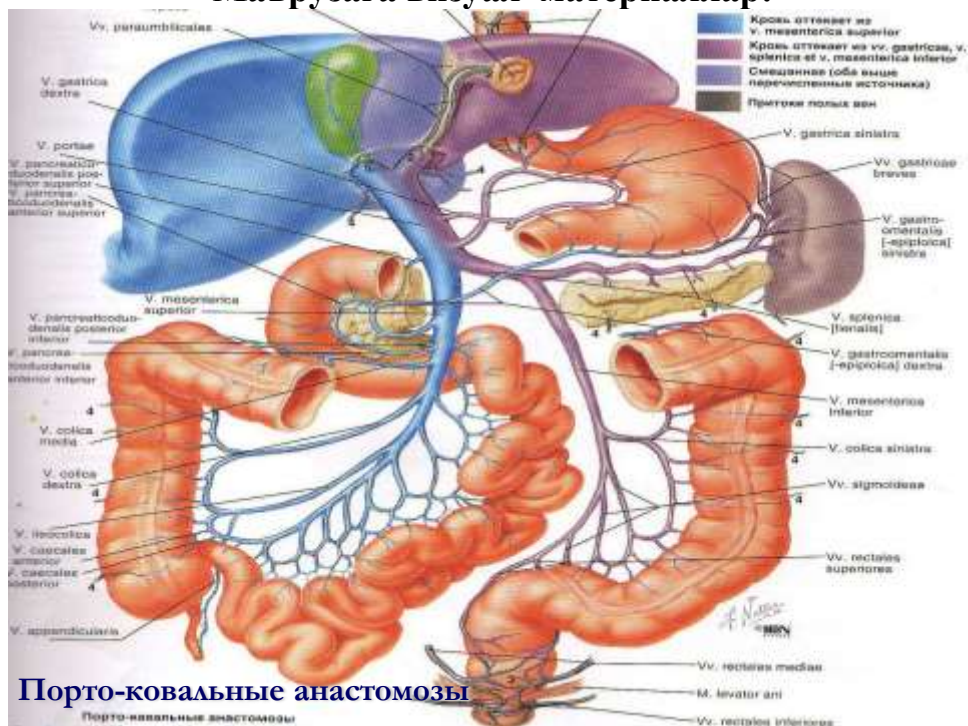
**МАВЗУ: ОШКОЗОН ВА 12 БАРМОҚ ИЧАКНИНГ ЯРА
КАСАЛЛИГИНИ ТАШХИССЛАШДА ЗАМОНАВИЙ ДИАГНОСТИКА
УСУЛЛАРИНИ ҚЎЛЛАШ**





**МАВЗУ: ЖИГАР КАСАЛЛИКЛАРНИ ТАШХИССЛАШДА ЗАМОНАВИЙ
 ДИАГНОСТИКА УСУЛЛАРИНИ ҚЎЛЛАШ**

Маърузага визуал материаллар:





АСЦИТ



**МАВЗУ:БИРИКТИРУВЧИ ТУКИМАНИНГ СИСТЕМАЛИ
КАСАЛЛИКЛАРНИ ТАШХИСЛАШДА ЗАМОНАВИЙ ДИАГНОСТИКА
УСУЛЛАРИНИ ҚЎЛАШ**



**Рис. 9.2. Системная красная волчанка
Диссеминированные очаги**



**Рис. 9.4. Системная красная волчанка
Распространенная альpecia**



Рис. 9.5. Системная красная волчанка
Синдром Рейно

Назорат саволлари:

1. Артериал гипертензияни даволаш тамойиллари нимадан иборат?
2. Артериал гипертонияларнинг долзарб муамоллари нимадан иборат?
3. Артериал гипертонияларни диагностикасида қанақа усуллари бор?
4. Артериал гипертонияларни қиёсий таққослашда қандай диагностик усуллардан фойдаланамиз?
5. Замонавий гипотензив воситаларнинг таснифини биласизми?

V. КЕЙСЛАР БАНКИ

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

Педагогик йўриқнома

Кейсдан мақсад:

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

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

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

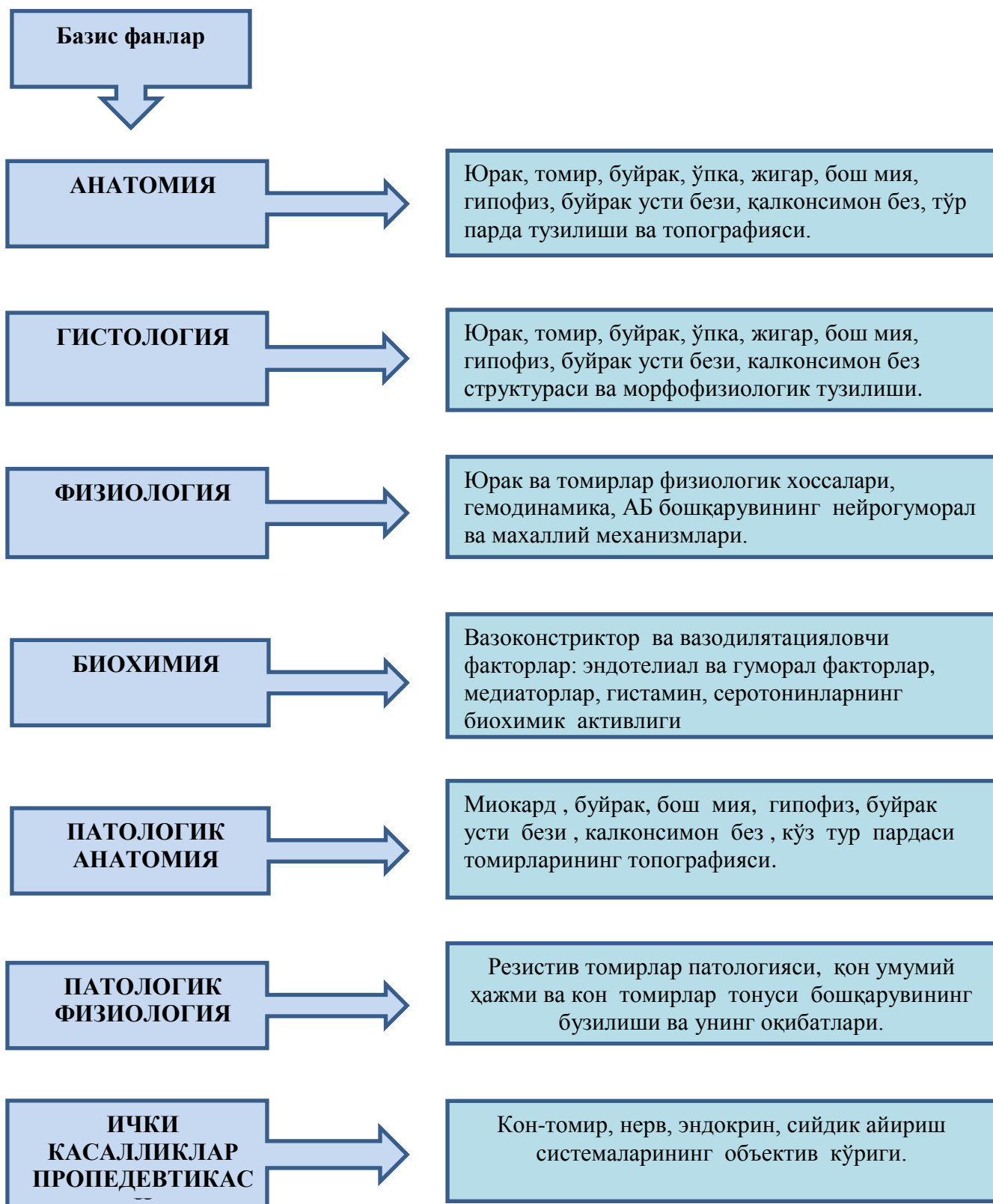
Ушбу кейс бирламчи звено шароитида реал вазиятга ва диагностик алгоритм билан ишлашни ўзида акс этиради.

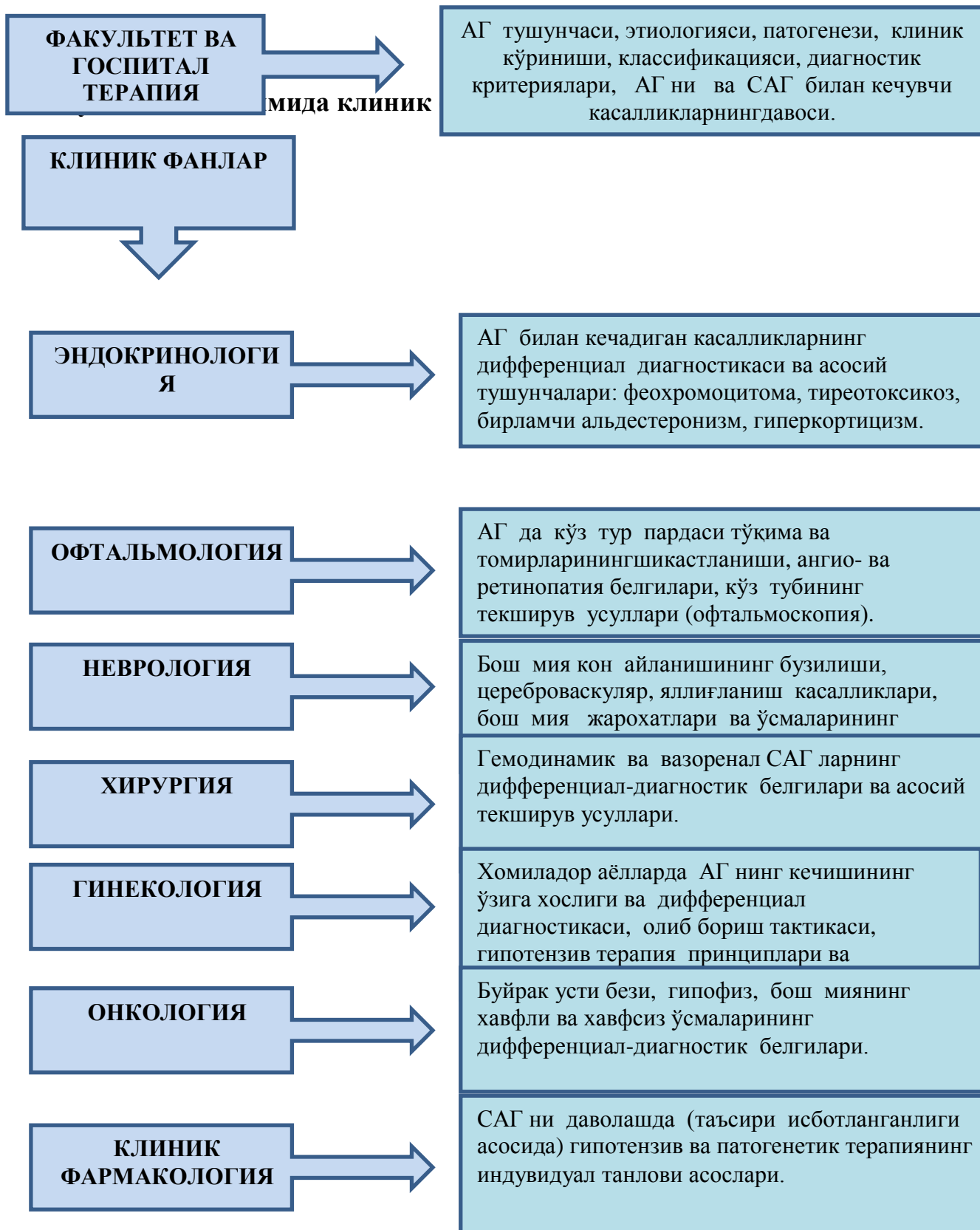
Кейсни типологик ва дидактик характерли белгилари: ушбу кейс иллюстратив-ўқув вазият категориясига киритилган бўлиб, у хажмли ва

структуравийдир. Тренингли кейс ҚВП шароитида реал вазиятда фикрлашни кучайтиради.

Тингловчилар ушбу кейсни самарали ечиши учун қуйидагиларни билиш керак:

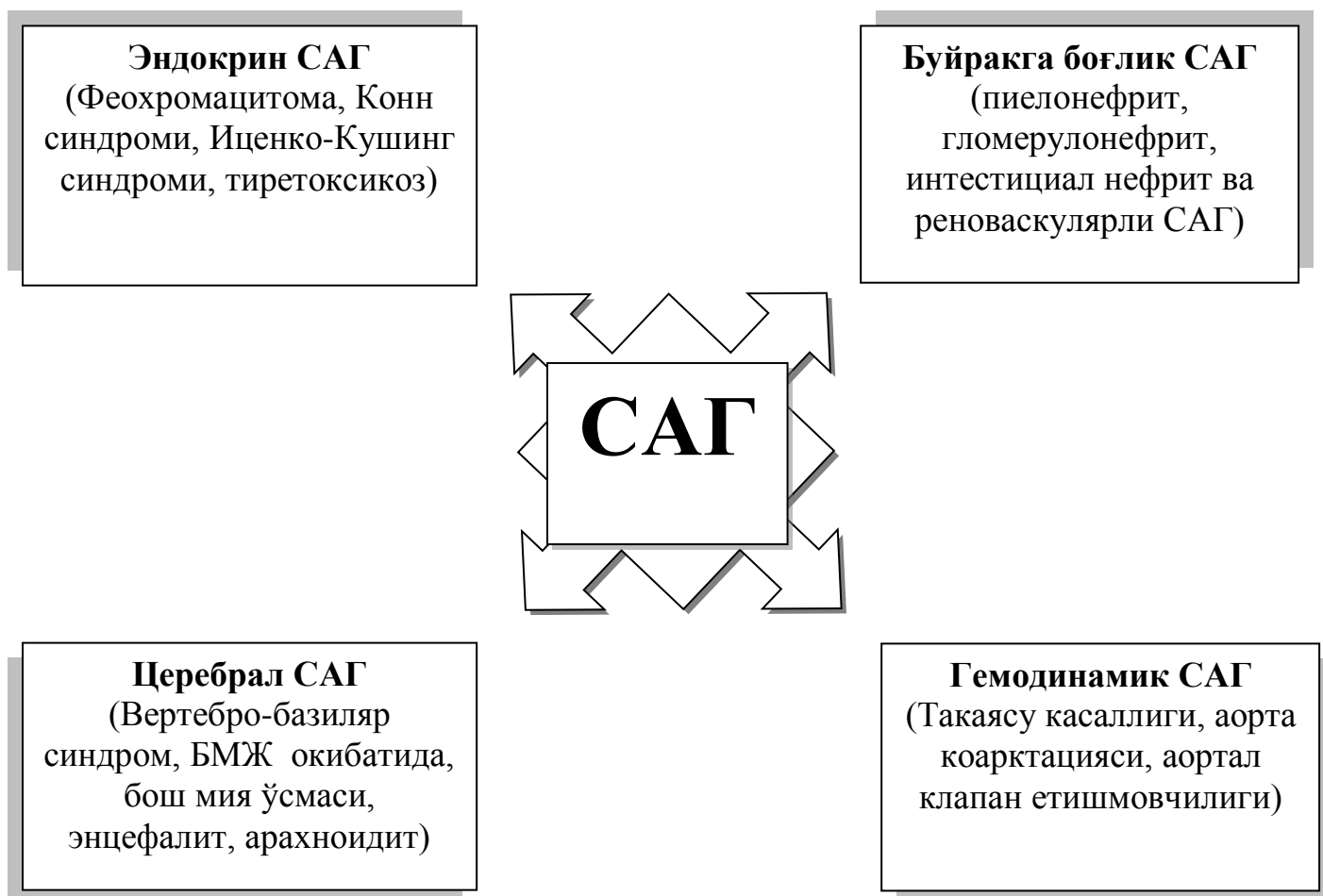
АГ муаммосини ечимида базис фанларнинг вертикал интеграцияси



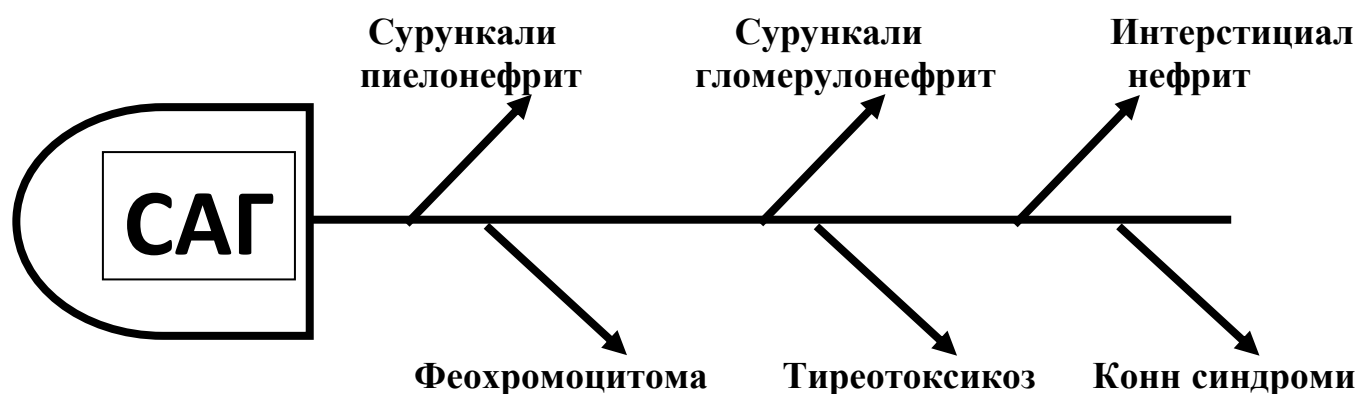


САГ муамосини ечиш алгоритми.

1.САГни асосий сабаблари.



«Балик скелети» схемаси



2. САГ ли беморларнинг шикоятлари.

Асосий:

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

Қўшимча:

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

САГ да А/Д ни ошишининг дифференциал диагностикаси.



САГ да бош оғришининг дифференциал диагностикаси.



ОРГАНАЙЗЕР - Буйрак-паренхематоз САГ лари дифференциал диагностикаси.

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

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

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

ОРГАНАЙЗЕР - Эндокрин этиологияли САГ дифференциал диагностикаси

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

<p>Специфик диагностик методлар</p>	<p>Метанефриннинг суткалик экскреция микдори (>1,3мг), плазмадаги катехоломин микдори, КТ, МРТ, сцинтиграфия с I³¹, селектив ангиография.</p>	<p>T3,T4,ТТГ гормонларини микдорини аниқлаш, ТТГ рецепторларига қарши антителани аниқлаш, қалқонсимон без сцинтиграфияси ва УЗИ си, КТ и МРТ</p>
<p>Текширув натижалари (интерпретация)</p>	<p>Криз вақтида лейкоцитоз, эозинофилёз ва лимфоцитоз, гипергликемия. Суткалик сийдик таркибида адреналин экскрецияси (>30мкг), норадреналин (>100мкг) ва ванилилминдал кислота метаболити (>6 мг).</p>	<p>Қалқонсимон без T3 ва T4 гармонлари микдорининг ортиши, ТТГ микдорининг камайиши. Қалқонсимон без ўлчамларининг катталашиси, ЭКГда хилпилловчи аритмия.</p>
<p>АГ нинг медикаментоз коррекцияси. Тор мутахасис куриги.</p>	<p>Эндокринолог, қон-томир жаррохи консультацияси. Жаррохлик йули билан ўсмани олиб ташлаш. Криз вақтида вена ичига фентоламинни 2-4 мг киритиш, 10минутдан сўнг криз бартараф бўлгунча қайта киритиш. Доимий равишда альфа-адреноблокаторлардан: доксазозин, празозин. Ёки эффектив альфа-метилпаратирозин қабул қилиб юриш.</p>	<p>Эндокринолог кўриги. АГ коррекцияси учун – бета адреноблокаторлар буюриш. Базис даво сифатида тиреостатиклар – меркаптоимидазол, пропилтиоурацил ва радиоактив йод. Жаррохлик амалиёти: Қалқонсимон без субтотол резекцияси.</p>

ОРГАНАЙЗЕР - САГ дифференциал диагностикаси ва гемодинамикаси

САГ турлари	САГ гемодинамикаси	
Касаллик	Такаясу касаллиги	Аорта коарктацияси
АГ ривожланиш патогенези	Аорта ва унинг равоғлари деворларининг специфик яллиғланиши ва деструктив ўзгариши билан бир вақтда унинг стенози. Орган ва системаларда қон айланишининг бузилиши билан намоён бўлади. Асосан буйрак артерияларининг шикастланиши натижасида ишемиянинг вужудга келиши ва РААС ни кучайиши кузатилади.	Аортани торайган қисмидан юқорида АҚБ ни турғун ошганлиги ва шу билан бирга қўл ва оёқларда систолик ва ўртача қон босимини фарқли бўлиши кузатилади.
Касалликка хос белгилар	Оёқ ва қўлларда ҳолсизлик, жисмоний юклама вақтида ўтиб кетувчи оқсоқликка, артерия йўналиши бўйлаб оғриққа, кўришнинг бузилишига, хушдан кетишга, юрак соҳасидаги оғриққа шикоят қилади. АҚБ ва пульснинг қўлларда ассиметриклигига, томирлар устида шовқин эшитилади.	Турғун АГ, беморлар оёқлардаги оғриқ ва ўтиб кетувчи оқсоқликка шикоят қиладилар. Кўрганда танани юқори қисмини яхши ривожлангани ҳолда пастки қисмини гипотрофияси ва рангпарлиги аниқланади. АҚБ ни қўлда оёқлардан юқори бўлиши ва пульсни қўлларда ва оёқларда ҳар хил бўлиши хос.
Стандарт диагностик методлар	Ўткир фазали синамалар, Реберг синамаси, Зимницкий, Ничепаренко КФТ ни санаш, ЭКГ, ЭхоКГ, буйраклар УТТ.	Кўкрак қафаси органларининг рентген текшируви.

<p>Диагностикнинг специфик методлари</p>	<p>Каптоприл синамаси (рениннинг плазмадаги активлигини баҳолаш учун), изотопли ренография, буйрак артериялари ангиографияси.</p>	<p>Аортография, доплерография ва аортанинг КТ, МРТ си.</p>
<p>Текширувлар натижалари (интерпретация)</p>	<p>Қонда ЭЧТ ошиши, лейкоцитоз, Ig-G ва Ig-A ошиши, кўкрак кафаси рентгенографиясида, аорта сояланишини кенгайиши, калцификацияланиши, қовурғалар контурларининг нотекслиги аниқланади. Ангиографияда буйрак артериялари стенози.</p>	<p>Рентгентда аортанинг торайган қисмидан юқорироқда сезиларли даражада пулсация, стеноздан кейин эса, аортанинг кенгайиши, юракнинг аортал конфигурацияси, қовурғалар узурацияси.</p>
<p>АГ нинг медикаментоз коррекцияси. Тор мутахасис кўриги.</p>	<p>Қон-томир жаррохи кўриги. Даволашнинг радикал методлари: Хирургик реконструктик аралашув. Медикаментоз: диуретиклар, кальций антагонистлари, альфа-адреноблокаторлар.</p>	<p>Қон-томир жаррохи кўриги. Хирургик коррекция– ангиопластика. Гипотензив препаратлардан АПФ ингибиторлари, кальций антагонистларини қўллаш мақсадга мувофиқ.</p>

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

Сурункали пиелонефрит-САГ.

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

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

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

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

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

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

УСТ: шаффоф, зичлиги- 1018, оқсил – 0,066 %, эпители.-3-4/1 , лейкоц.-7-8/1, эр-0-1/1, шиллиқ++, бактерия+.

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

Нечипоренко синамаси: лейкоц.-5000, эр.-1000, цилиндр.-10.

Буйрақлар УТТ: Ўнг буйрақда косача жом системаси кенгайган, экзогенлиги ошган, ўнг буйрақда тош $d=4,0$ мм.

Сийдик бактериологик экмаси: E.Coli.

1	Беморни ШАМ билимлари демонстрацияси билан кутиб олди	АҚБни шифокоргача булган қабул кабинетида текширгандан сўнг артериал босимни коррекцияси учун зарур чоратадбирларни ўтказиш. Паспорт маълумотларини йиғиш. Беморга исмини айтиб мурожат қилиш. Бемор учун тушинарли бўлган сўзлар билан гаплашиш.
2	Асосий ва қўшимча шикоятларни аниқлаш	Асосий шикоятлари: қориннинг ўнг ёнбош қисмида ва ўнг бел соҳасида кескин оғриқ ва оғриқ билан кечадиган пешоб ажралишига шикоят қилди. Оғриқ сон ва ташқи жинсий аҳзоларига тарқалади. Қўшимча шикоятлари: Умумий холсизлик
3	Anamnesis morbi	Юқоридаги хуружсимон оғриқлар илгари ҳам кузатилган.
4	Anamnesis vitae	Болалик пайтита вирусли гепатит “А” касаллиги билан инфекцион касалхонасида даволаниб “Д” назоратида турган. Оилавий, 2 та фарзанди бор, ўй бекаси. Хомиладорлик АҚБ

		кўтарилиши билан кечган.
5	Хавф омилларини аниқлаш	Бошқариб бўлмайдиган: Жинси, ёши. Бошқариладиган: Хомиладорлик
6	Бемор муаммоси	Асосий: қориннинг ўнг ёнбош қисмида ва ўнг бел соҳасидаги оғриқ ва оғриқли пешоб ажралиши. Кўшимча: Умумий холсизлик
7	Обектив кўрик ўтказиш	Умумий ахволи ўрта оғирликда, тери қопламлари рангпар, периферик лимфа тугунлари катталашмаган. Юрак тонлари бўғиқлашган, ритмик, аорта устида II тон акценти. АҚБ 160/100 мм сим.уст., пульс 1 дақиқада 90 та. Қорни юмшоқ, ўнг ёнбош қисмида оғриқлар кузатилмоқда. Ўнг томонлама туртки симптоми кескин мусбат.
8	Дастлабки ташхис ва категория хизмати	Асосий: Сурункали ўнг томонлама пиелонефрит, актив яллиғланиш даври. САГ II даража. Ёндош: Цистит. Категория 1
9	Текширув режасини тузиш	3.1.: УҚТ, УСТ, ЭКГ, офтальмоскопия. 3.2.: КБТ (мочевина, креатинин, умумий оксил, қонда қанд микдори), Нечипоренко синамаси, Зимницкий синамаси, Реберг синамаси, сийдик бактериологик экмаси, УЗИ (буйраклар, кичик чанок бўшлиғи ахзолари), коагулограмма, обзор урография, зарур бўлганда ретроград уретропиелография.
10	Мустақил бажариладиган амалий кўникма	ЭКГ, офтальмоскопия.
11	Лаборатор-иструментал текширув натижалари тахлили	УҚТ: Нв-100, эр-3,5, лейкоц.-7,2, ЭҚТ-15 мм/ч, КБТ: мочевино-7,3, креатинин- 0.08, ум. оксил-74г/л, қанд-5.4 ммоль/л, УСТ: шаффоф, зичлиги- 1018, оксил излари, эпит.-3-4/1, лейкоц.-4-5/1, эр-0-1/1, шиллик++, бактерия+. Нечипоренко синамаси: лейкоц.-5000, эр.-1000, цил.-10. Буйраклар УТТ: Ўнг буйракда косача жом системаси кенгайган, эхогенлиги ошган, ўнг буюракда тош d=4,0мм Сийдик бактериологик экмаси: E.Coli.
12	Дифференциал диагностика	Гломерулонефрит, интерстициальнқй нефрит, буйрак амилоидози, диабетик нефропатия.
13	Яқуний ташхис кўйиш ва категория хизматини кўрсатиш	Асосий: БТК. Ўнг буйрак тош касаллиги. Сурункали ўнг томонлама пиелонефрит, актив яллиғланиш даври, САГ II даража. Категория II
14	Беморни профилактик анинг кайси турига мухтожлигини аниқлаш	Иккиламчи Б профилактика- таъсири исботланган дорилар билан касалликни даволаш. Учламчи А профилактика- Асоратларни олдини олиш, реабилитация ва диспансеризация

15	Номедикаментоз даволаш	Соқлом турмуш тарзи, диета № 7, рационал овқатланиш, физиотерапевтик муолажалар, ЛФК, меҳнат ва дам олиш режасига риоя қилиш, инфекция ўчоқлар санацияси, санатор-курорт даволаш, Фитотерапия (буйрак чайлари, пол-пола).
16	Медикаментоз даволаш	<p>Стационар шароитда.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Антибиотиклар: Ампициллин 2-4 г/сут 4 маҳал, Амоксициллин 1,5-3 г/сут, 3 маҳал, ципрофлоксацин 0,5-1 г/сут, 2 маҳал 2. Гипотензив терапия: АПФ ингибитори, Антагонист кальций, АРА- II. 3. Уроантисептиклар: 5-Нок, Фуромаг, канефрон. 4 Буйракларда қон айланишни яхшилаш учун: Трентал, курантил 400-600 мг\сут 8-12 ойгача даври узайтириш. 4. Дезинтоксикацион терапия, натрий гидрокарбонат 102 г 3 маҳал суткасига
17	Қайта боғланиш	Мутахасисга юбориш, УАШ га мутахасисда даво олгандан сўнг қайтади. Бемордан даволаш натижаси буйича ҳаммаси тушунарли бўлганлигини сўраш, номедикоментоз ва медикаментоз терапия бўйича саволлар, муамоллар қолмаганлигига, ҳаммаси тушунарли бўлганлигига амин бўлиш, қайта кўрик санасини белгилаш.
18	‘Д’ кузатув гуруҳини аниқлаш	<p>ДЗ – даволашга муҳтож бўлган, сурункали касалликлар</p> <ol style="list-style-type: none"> а. – компенсация (кам кўзувчи касалликлар, ишга лаёқатлигининг сақланиши) б. – субкомпенсация (тез-тез кўзувчи, ишга лаёқатлигини камайиши билан) в. – декомпенсация (ишга лаёқатсиз).
19	Профилактик аниқ назарий билимлари ва амалий қадамлари	<p>1-ламчи профилактика: соғлом турмуш тарзи, турмуш даражасини ошириш, яшаш шароитини яхшилаш, меҳнат ва дам олиш тартибига риоя қилиш.</p> <p>2-ламчи профилактика: касалликни эрта муддатларда аниқлаш (профилактик кўриклар, скрининг). Номедикаментоз ва таъсири исботланган дорилар билан медикаментоз даволаш.</p> <p>3-ламчи профилактика: касалларни ўз вақтида кузатиш, ўткир ва сурункали асоратларни профилактикаси, лаборатор-инструментал текширувлар мониторинги. Асоратларни сифатли реабилитацияси.</p>
20	Диспансеризация этаплари ҳақида назарий билимлар ва амалий қадамлар.	<ol style="list-style-type: none"> 1 – касалликнинг назалогик формасини асослаш ва Д кузатув гуруҳига олиш (ДЗ). 2– йил давомида кўриклар сонини белгилаш (йилига 4 марта) 3– агар зарур бўлса мутахасислар кўригига юбориш (бир йилда 2 марта уролог кўриги, кўрсатмага биноан кардиолог кўриги) 4– йил давомидаги лаборатор – инструментал текширувларни сонини белгилаш ва аниқлаш (УҚТ, УСТ 2 марта/йилига, УТТ 2 марта/йилига, ҚБТ 2 марта/йилига) 5– шу йилга даволаш режасининг кетма- кетлигини тузиш. 6– Д-кузатувни юқоридаги нозологияда кейинги Д- кузатув гуруҳига бемор ҳолатига қараб узгартириш.

Сурункали гломерулонефрит. САГ.

Кейсни ўқутувчи кейсолог томонидан ечим намунаси уйга чақирув.

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

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

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

1	Беморни ШАМ билимлари демонстрацияси билан қутиб олди	Бемор билан саломлашиш, хуши ва ҳолатига баҳо бериш, беморга исми билан мурожат этиш, беморга оддий сўзлар билан мурожат этиш.
2	Асосий ва кўшимча шикоятларни аниқлаш	Асосий: кун давомида ўтиб кетувчи бош оғриғи, юзи, қўли ва оёқларида эрталабки шишлар. Кўшимча: уйқусизлик, иштаханинг пасайиши, кўнгил айнаши, қусиш, баданда қичишиш.
3	Anamnesis morbi, vitae	Бемор “Д” назоратида туради, беморда 4 йил олдин совиб кетишдан сўнг биринчи маротаба шишлар пайдо бўлган ва мустақил қайтиб кетган. Ангина ўтказгандан сўнг аҳволи кескин ёмонлашган. Уйланган, 1 фарзанди бор, асалари боқади (асал етиштиради). Чекмайди, спиртли ичимликлар истехмол қилмайди.
4	Хавф омилларини аниқлаш. Бемор муаммоси	Бошқариб бўлмайдиган: Жинси, ёши. Бошқариладиган: ўчоқли инфекция, совқатиш . Асосий : бош оғриғи, юзи, қўли ва оёқларида шишлар, қон босимини юқорилиги. Ёндош: тез тез ангина бўлиб туриши, уйқусизлик, иштаханинг пасайиши, кўнгил айнаши, қусиш, баданда қичишиш
5	Объектив кўрик ўтказиш	Бемор озгин, тери қоплами рангпар. АҚБ 200/120 мм сим.уст. Юрак чегаралари чапга силжиган, аортада II тон акценти.
6	Дастлабки ташхис ва категория хизмати	Асосий: Сурункали гломерулонефрит, аралаш шакли, хуруж даври. САГ III. Асорати: СБЕ. Категория 2. Нефрология бўлимига госпитализация.
7	Текширув режасини тузиш ва тор доирадаги мутахасис консултатсиясига ёки стационарга юбориш	3.1.: УҚТ, УСТ, мочевино, қонда қанд микдори, офтальмоскопия, ЭКГ. 3.2.: ҚБТ (креатинин, умумий оксил, мочевино, холестерин, креатинин), Нечипоренко синамаси, Зимницкий синамаси, Реберг синамаси, сийдик бактериологик экмаси, коагулограмма. Буйраклар УТТ, обзор урография, зарур бўлса ретроград уретропиелография, Буйраклар биопсияси. Нефролог, кардиолог кўриги ва стационарга госпитализация.
8	Бемор уйида шошилишч бажарилиши мумкин бўлган лаб.-инст. текширувлар.	АД ўлчаш ЭКГ олиш
9	Мустақил қилинадиган амалий кўникма	ЭКГ, офтальмоскопия
10	Лаборатор-иструментал текширув натижалари тахлили	УҚТ: Нв-75 г/л, эритро.- $2,7 \times 10^{12}$ /л, лейкоцит- $6,2 \times 10^9$ /л, ЭЧТ-10 мм/ч ҚБТ: холестерин -5,4 ммоль\л, қонда қанд- 5,5 ммоль\л, мочевино-10 ммоль\л, креатинин - 0,5 ммоль\л, умумий оксил – 60 г\л УСТ: зичлиги-1030, оксил - 0,99%, лейкоцит -2-3/1, эритроцит 8-9/1, гиалинли цилиндрлар -4-5/1. ЭКГ: Синусли ритм, ЮКС - 94 та/мин. $R_{II} > R_I > R_{III}$, Чап кўкрак тармоқларида ($V_{5,6}$) R тишча амплитудаси қисман кўтарилган, ўнг кўкрак тармоқларида ($V_{1,2}$) S тишча чуқурлашган. Нечипоренко синамаси: лейкоцитлар -3000, эритроцитлар -4000, цилиндрлар -40, Реберг синамаси: КФ – 40 мл/мин.
11	Дифференциал диагностика	Гипертония касаллиги. Пиелонефрит. Буйраклар амилоидози, интерстициал нефрит, диабетик нефропатия
12	Яқуний ташхисни координация қилиш	Асосий: Сурункали гломерулонефрит, аралаш шакли, хуруж даври. САГ III .

		Ёндош: Камконлик II даража Асорати: СБЕ, интерметрловчи боскичи.
13	Беморни стационар даводан кейинги қайта кўрув	Кўрик пайтидаги бемор ҳолатига қайта баҳо бериш ва келгусидаси тактикани танлаш.
14	Беморни профилактиканинг қайси турига миҳтожлигини аниқлаш	Иккиламчи Б профилактика- тасири исботланган (диуретиклар, АПФ ингибиторлари, АРА II ва калций каналлари блокаторлари) дорилар билан касалликни даволаш. Учламчи А профилактика – Асоратларни олдини олиш реабелитация ва диспансеризация. Доимий юқори ва паст хароратли, юқори намликли, жисмоний зўриқишли ва кимёвий моддали муҳитда ишлаш мумкин эмас. Даволашни давом эттириш ва касалликни сифатли реабелитацияси.
15	Номедикаментоз даволаш	Пархез стол № 7, рационал овқатланиш (ош тузини 4гр/қунига камайтириш, рационга сут ўсимлик маҳсулотлари, балиқ гўшти киритиш). Соғлом турмуш тарзи, физиотерапевтик муолажалар, совқотишни олдини олиш, ЛФК, меҳнат ва дам олиш режасига риоя қилиш инфекция ўчоқлаир санацияси, санатор-курорт даволаш, Фитотерапия (буйрак чайлари, пол-пола).
16	Медикаментоз даволаш	Цитостатиклар: Азотиапирин (имуран) 150-200 мг\сут ёки циклофосфамид 100-150 мг\сут, ёки циклоспорин (сандимман) 350-450 мг\сут 4-8-10 хафта давомида. Бу даволаш схемасини ½ ёки 1/3 дозасини ушлаб турувчи миқдорда 6-12 ой давом эттириш. Антиагрегантлар: Курантил 400-600 мг\сут 8-12 ойгача. Антикоагулянтлар: Гепарин 5000 ЕД х 4 мах бир суткада, препарат дозаси секин-асталик билан камайтириб борилади ва тўхтатилади. Антигипертензив препаратлар: Калций каналлари антогонистлари, АПФ ингибиторлари, АРА-2. Диуретиклар: сийдик миқдорига қараб доза белгиланади. Электролит баланси коррекциялаш мақсадида: Сорбентлар. Азотемияга қарши препаратлар – хофитол, леспенефвил. Ацидоз коррекцияси - натрий гидрокарбонат 102 г х 3 мах ичишга ёки 100 мл 3% эритмаси вена ичига. Анемияга қарши препаратлар: Венофер 5мл физиологик эритмага 100 мл кўшиб вена ичига юбориш. №5
17	Қайта боғланиш	УАШ га стационар даво олгандан сунг қайта кўрик давомида бемордан даволаш натижаси бўйича ҳамма нарса тушунарли бўлганлигини сўраш, номедикоментоз ва медикаментоз терапия бўйича саволлар, муамоллар қолмаганлигига, ҳаммаси тушунарли бўлганлигига амин бўлиш, қайта кўрик санасини белгилаш.
18	Д' кузатув гуруҳини аниқлаш	Д Ш-Б гуруҳига киради – даволашга муҳтож бўлган, сурункали касалликли беморлар олинади Йилига 4 марта ҚВПда УАШ кўриги. Беморга кўрсатма асосида: Нефролог, стоматолог, отоларинголог, офтальмолог, кўриклари. Бир йилда икки марта УКТ, УСТ, ҚБТ (креатинин, умумий оксил, мочевина, креатинин, холестерин), Нечипоренко синамаси, Реберг синамаси, ЭКГ. Буйраклар УЗИ кўрсатма бўлганда йилига 1 марта.
19	Профилактиканинг назарий билимлари ва амалий қадамлари.	1-ламчи профилактика: соғлом турмуш тарзи, турмуш даражасини ошириш, яшаш шароитини яхшилаш, меҳнат ва дам олиш тартибига риоя қилиш, инфекция ўчоқлари санацияси. 2-ламчи профилактика: касалликни эрта муддатларда аниқлаш (профилактик кўриklar, скрининг). Номедикаментоз ва таъсири исботланган дорилар билан медикаментоз даволаш.

		3-ламчи профилактика: касалларни ўз вақтида кузатиш, ўткир ва сурункали асоратларни профилактикаси, лаборатор-инструментал текширувлар мониторинги. Асоратларни сифатли реабилитасияси.
20	Диспансеризасия этаплари ҳақида назарий билимлар ва амалий қадамлар.	1 – касалликнинг назалогик формасини асослаш ва Д кузатув гуруҳига олиш (ДЗ). 2 – йил давомида УАШ кузатув сонини белгилаш (йилига 4 марта) 3 – агар зарур булса мутахасислар кўригига юбориш (нефроло офтальмолог, кардиолог, ЛОР кўриги йилда 1 марта) 4 – йил давомидаги лаборатор – инструментал текширувларни сонини белгилаш ва аниклаш (УҚТ, УСТ 2 мартта/йилига, ҚБТ, Реберг синамаси 2 мартта/йилига, ЭКГ, УЗИ 1 мартта/йилига). 5 – шу йилга даволаш режасининг кетма- кетлигини тузиш. 6 – Д-кузатувни юқоридаги нозологияда кейинги Д- кузатув гуруҳига бемор ҳолатига қараб ўзгартириш. (Д – II).

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

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

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

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

Реберг синамаси: КФ – 40 мл/мин.

Тузувчи:

Насриддинов Акмалжон Нажмиддинович –ТТА ҳузуридаги ХТФ ҳарбий дала жарроҳлиги кафедраси бошлиғи

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

Машғулот ўтказиш жойи: стационар бўлим ,палата

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

Мўлжалланган ўқув натижалари:

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

Ушбу кейсни муаффақиятли ечишда талаба билиши зарур

- ✓ ўпка касалликларига боғлиқ, кўкрак қафасидаги оғриқ билан кечувчи турли ва хавфли касалликлар ҳалқаси
- ✓ ўпка касалликларига боғлиқ, кўкрак қафасидаги оғриқ билан кечувчи касалликлар келиб чиқиш эҳтимол сабабларини аниқлаш ва қиёсий ташхис ўтказиш
- ✓ шифохона шароитида текшириш режасини асослаш ва ташхислаш усулларини санаб ўтинг
- ✓ тор мутахассис маслаҳати, госпитализация ва даволаш муассалари профили зарурлигини асослаш
- ✓ давомли кўриклар зарурлигини баҳолаш (номедикаментоз ва медикаментоз)
- ✓ ушбу кейс стационар шароитдаги реал жараённи кўрсатиб беради

Кейс информация манбаи: касаллик тарихи

кейс типологик белгиларга муофиқ

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

Кейснинг дидактик мақсади реал клиник ҳолатларда фикрлашни ривожлантиради.

Ўпка касалликлари билан боғлиқ бўлган, кўкрак қафасидаги оғриқ

Кириш. Кўкракдаги оғриқ соғлиқни сақлашнинг бирламчи бўғинидаги врачлар амалиётида тез учраб туради. Бундай ҳолатларда ҳар хил сабабларга асосланган касалликларни диагностикасида УАШ ишини кучайтириш. Ўпка касалликларига боғлиқ, кўкрак қафасидаги оғриқ ҳамда плеврит асоратлари

аниқланганда УАШ уни аниқлашдан ташқари, сабабини қидириш, ҚВП ёки ОП шароитида тиббий ёрдам курсатиш ёки махсус стационарга йунналтириш. Шундай ҳолат бу синдром билан касаллик тарихини туғри тузишда ва олиб боришда асос бўлади.

Клиник ҳолат

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

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

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

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

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

Талабалар учун кўрсатма:

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

Кейс ечими

Касалхона маслаҳат поликлиникасида беморнинг тиббий варақасини тўлдириш

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

Ўзбекистон Республикаси
Соғлиқни Сақлаш Вазирлиги

(Муассасаноми)

КТУТ бўйича муассаса коди
Уз.РССВ 2000 йил 29 майда 283-
буйруқ билан тасдиқланган
025/х ШАКЛДАГИ
ТИББИЙ ХУЖЖАТ

**Беморнинг шифохонадаги
тиббий варақаси №**

Фамилияси, исми, отасининг исми _____

Жинси: Э/А __ Туғилган куни _____ телефон: (уйники,
хизмат) _____

Беморнинг турар жойи: вилоят, туман, куча, уй
№ _____ хона _____

Хизмат: иш жойи _____ бўлим _____

Касби, лавозими _____ қарамоғида _____

Хисобга олинган кун	Хисобдан чиқарилган кун

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

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

Титул варақ

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

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

Бўлим (бемор йўлланган бўлим) __пульмонология__ хона №__5__

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

Даво муддати (кун) _____ 10 кун _____

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

Қон группаси _____ I _____ резус фактор _____ - _____

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

1. Ф.И.Ш _____ *Жумаев Довронбек* _____ 2.жинси эркак
3. ёши 32
4. Доимий яшаш манзили ва тел.: шаҳар, кишлоқ (чизилсин) _____
Ишлаш жойи, касби _____ *деҳкон (пахта терувчи)* _____
5. Ногиронлар учун, гуруҳ; уруш катнашчиси _____
6. Бемор қаердан юборилган (даволаш муассаса номи) Бектемир тумани
маслаҳат поликлиника 12
7. Шошилиш келдими: ха, йук (чизилсин) _____
Қандай транспортда _____ *шахсий* _____
8. Ўйланма ташхис (юборилган муассаса ёки тез тиббий ёрдам шифокори,
берилган ҳолатда УАШ қўйган ташхис) *Асосий: Касалхонадан ташиқари*
ўнг томонлама пастки бўлак зотилжами. Асорат: Ўнг томонлама қуруқ
плеврит.
9. Қабул бўлимида қўйилган ташхис (бу ташхис, қабул бўлими шифокори
кўригидан кейин қўйиладиган ташхис). *Асосий: Касалхонадан ташиқари*
ўнг томонлама пастки бўлак зотилжами. Асорат: Ўнг томонлама қуруқ
плеврит.

Расм 2

Қабул бўлимида шифокор кўриги

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

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

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

Status praesens obektivus.

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

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

Тери қопламлари: рангпар

Тана ҳарорати _____ 37.6 _____ Конституцияси (гиперстеник, астеник, нормостеник)

Суяк-бўғим тизими (деформацили, деформациясиз) _____

Лимфа тугунлари: катталашган, катталашмаган чакан пастки _____

Нафас олиш тизими

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

Юрак қон томир тизими

Юрак чегаралари: катталашган, катталашмаган

Сердечнке тонк: приглушенк, яснке

АКБ _____ 120/70 мм.см.уст. Пульс _____ 110 дақ _____

Ошқозон-ичак тизими

Тили *тоза*, карашт _____ қорин: *юмиоқ*, қаттиқ: *оғриқли*, *оғриқсиз*

Жигар *катталашмаган*, катталашган Талоқ *катталашмаган*, катталашган

Ич келиши *доимий*, қабзиятга моил_

Сийдик чиқариш тизими

Буйрақлар *пайпасланмайди*, пайпасланади

Диурез *мустақил*, *адекват*

Туртки симптоми: *нусбат*, манфий.

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

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

Расм 3

Сана вақти

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

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

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

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

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

Нафас олиш тизими. Нафас олиш мустақил, бурун орқали. Кўкрак қафаси

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

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

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

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

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

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

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

Дастлабки ташхис:

Асосий : Касалхонадан ташқари ўнг томонлама пастки бўлак зотилжами.

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

Текшириш ва даволаш режаси ССВ 452 буйруқ асосида тузилган.

Тешириш режаси:

Rw, HBsAg

ҚУА, СУА

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

Қондаги канд.

Коагулограмма (фибриноген, ТТ, ПТИ, эталон тест)

Қон ивиш вақти

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

ЭКГ динамикада, ЭХО КС

Холтер текшируви.

КК Рентгенографияси.

Даволаш режаси:

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

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

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

Симптоматик даво:

-Витамин С, никотин к-та

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

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

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

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

Врач _____

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

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

Расм 4

Сана вақти **Пульмонология бўлимида доцент ёки профессор кўриги**
Келгандаги шикоятлари (асосий, ёндош): Асосий: тана хароратининг

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

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

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

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

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

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

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

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

Ташхис:

Асосий: Касалхонадан ташқари ўнг томонлама пастки бўлак зотилжами.

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

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

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

Сана вақти **Клиник ташхисни асослаш**

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

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

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

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

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

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

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

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

Клиник ташхис:

Асосий: Касалхонадан ташқари ўнг томонлама пастки бўлак зотилжами.

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

Тавсия: Даво режа асосида.

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

Расм 5

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИКНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ЧИҚАРУВ ЭПИКРИЗИ №...

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

Асосий: Касалхонадан ташқари ўнг томонлама пастки бўлак зотилжами.

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

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

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

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

ЭКГ (келган кундан): Синусли тахикардия. ЮЭЎ силжимаган. ЮУС 110 та

дақ., паствольтажли, якка қоринчалар экстрасистолияси.

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

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

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

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

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

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

Тавсия:

Пархез №10

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

Амиодарон 1 таб х 1 махал кунига (1хафта)

Даво гимнастикаси.

Дав. шифокор _____

Бўлим бошлиғи _____

Бош шифокор _____

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

-Номедикаментоз давони олиб бориш тўғрисида тавсиялар

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

Насвой ва чекиш таҳқиқланади.

Диспансер назорати

Пневмониядан кейинги ҳолат (Д III)

2. 6 ойда 3 марта, терапевт

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

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

5. Режим, витаминотерапия, даволовчи ФК, сауна, инфекция ўчоқларини санацияси, санатор курорт даво.
6. Тузалиш, ўпка вентиляциясини нормага келиши. Диспансер гуруҳ Д I га ўтказиш.

Пневмония профилактикаси

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

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

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

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

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

Мавзулар бўйича вазиятли масалалар

1-Масала.

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

1. Ташхис?
2. Текшириш режаси.

2-Масала.

45 ёшли бемор, оёқ ва қўл кафти бармоқларида, тизза бўғимларида оғриққа ва унинг кечкурунлари кучайишига, А/Б нинг ошишига, бош оғриши, бош айланиши, бел соҳасида симилловчи оғриққа, оғиз қуришига шикоят қилмоқда. Объектив: бемор вазни ошган, тирсак бўғимлари, қўлок супраси атрофидаги тери остида турли улчамдаги тофуслар мавжуд, юракнинг нисбий чегаралари чапга силжиган.

1. Ташхис?
2. Текшириш режаси.

3-Масала.

48 ёшли бемор, банкетдаги зиёфатдан сўнг тунда оёқ кафти бармоқларидаги кучли оғриқдан уйғониб кетди, тана ҳарорати 39 градусгача кўтарилди. Анамнездан: қизил вино, шоколадга ўч. Объектив: 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, баҳзида белда симилловчи оғриқа шикоят қилиб тушди. Анамнездан: 7 йилдан буён бемор, касби паст ҳарорат ва сув билан боғлиқ, охириги икки йилдан буён қон босими ошмоқда. Текширувларда: УКТ – лейкоцитлар $10,2 \cdot 10^9$ г/л; ЭЧТ-45 мм/с; УСТ – оқсил изи, лейкоцитлар 10-15 та куриш майдонида, КБТ – сийдик кислотаси 0,54 ммоль/л; Радиоизотоп рентгенография – буйраклар функцияси бузилган; Рентгенда – бугим оралиги торайган.

1. Ташхис?
2. Даволаш.

Топшириқ № 1.

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

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

Умумий сийдик анализида: оқсил 6.6 г/л, микрогематурия, цилиндрурия. Умумий қон тахлили: гемоглобин 90 г/л, лейкоцит-8000, СОЭ 45 мм/с, холестерин 7.5 ммоль/л, 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 каватидан биопсия	20	10-20	5-9	0-4
3.	Асос: Бронхоэктатик касаллик Асор: Иккиламчи буйрак амилоидози нефротик синдром	30	20-30	5-19	0-4
4.	Асосий касалликни дволаш. Делагил, хом жигар, унитиол, диуретиклар	20	10-20	5-9	0-4

Топширик №2.

42 ёшли бемор. Кандли диабет I тип билан 15 йилдан буён огрийди. 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 айнаши пайдо бўлди, диурез кескин камайди.

Текширувда: умумий сийдик тахлилида оқсил 9.9 г/л.

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

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

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

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

Топширик № 3.

20 ёшли успирин совукда колгандан сўнг: юзида, қўл-оёқларида шиш пайдо бўлганлигини, умумий холсизлик ва диурез камайганлигини таҳқидлади.

Яшаш жойида стационар даволанган, эффе́кт бўлмагач, 2 ойдан сўнг нефрология булимига етказилган.

Объектив: тери копламлари рангпар, курук. Юзида в ақўл оёқларида шиш, асцит аниқланади. Ўпка перкуссиясида курак 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 ташхис қўйинг.
2. Қандай қўшимча текширув керак
3. Диета ва патогенетик давони тався қилинг.

№	ЖАВОБЛАР	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қоникарсиз жавоб
1.	Сурункали гломерулонефрит нефротик шакли.	40	30-40	5-29	0-4
2.	Ум. қон ва сийдик тахлили, ум. оқсил ва оқсил 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 қўл бармоқлари увишиши ва музлашига, қўл оёқ бўғимларида оғриқ, овқат ютиш бузилганлиги, оғиз атрофида тортишиш ҳисси, қуруқ йўталга шикоят қилади. Ўзини 2 йилдан буён касал ҳисоблайди: касаллик бўғимларда оғриқ, қўл увишиши ва музлашишидан бошланган. 1 йил олдин юз терисида ўзгариш ва овқат ютиш бузилиши пайдо бўлган.

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

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

Умумий қон анализиди: анемия, СОЭ ошган.

Рентгенографияда: базал пневмосклероз аниқланади.

1. Қандай 2 та текширув диагноз куйишга имкон беради?

2. Клиник диагноз қўйинг

3. Қандай препаратлар фиброз авж олишини тўхтатади?

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

Топширик №5.

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

1. Дастлабки ташхис.

2. Ташхисни тасдиқловчи текширув метиди.

3. Даволаш.

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

Топширик № 6.

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

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

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

Топширик № 7

22 ёшли талаба тизза бўғимлари, чап болдир. Товон бўғим. Оёқ катта бармоқлар бўғимларда, чап думба соҳасида оғриқ, кўз ачишиши. Кўз намланиши безовта қилади. Сийганда кучсиз ачишиш бор. 2 ойдан буён касал. Жинсий алоқалари тартибсиз. 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 юкори малумот берди.
2. Ташхис.
3. Даволаш режаси

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

Топширик № 8.

33 ли эркек 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.

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

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

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

Топширик № 9.

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

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

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

Топширик № 10.

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

Объектив: Иштахаси кам. Тили 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, аминаокапрон кислота, м-холиноблокатор, метоклопрамид, баралгин, промедол, фермент препаратлар.	40	30-40	5-29	0-4

Топширик № 11.

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

Обхектив: 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 муҳим?
3. Ташхис қўйинг.
4. Даво тавсия этинг.

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

Топширик № 12.

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

ЭКГ: Р Тиш йўқ, R-R оралиги ҳар хил.

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

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

Топширик № 13.

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

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

Электролитлар текширувидаги натижалар ва буйрак томондан қилинган текширувлар

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

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

Топширик № 14.

Бемор К, 52 ёш. Балғамли йўтал, нафас чиқаришнинг қийинлашуви, хансираш, қориннинг катталашуви, оёқларда шишга шикоят қилмокда. Бир неча йилдан бери сурункали бронхит билан оғрийди. Бир неча марта стационар даволанган. Шишлар бир йил аввал пайдо бўлиб кўпайиб бормокда. 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 курук хириллашлар эшитилади. Жигар +3 см катталашган.

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

№	ЖАВОБЛАР	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қон-сиз жавоб
1.	Сурункали ўпка-юрак декомпенсия даври.	30	20-30	5-19	
2.	Ўнг булмача ва қоринча гипертрофияси. Юрак 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 учокли миокард инфаркти билан шифохонага ётган эди. 2 кун олдин яхши холатда шифохонадан чиқарилди. Кеча туш ортида интенсив оғриқ бўлди, оғриқ кўкрак қафаси тез тарқалди. Сўнгра титраш, тана ҳароратининг ошиши кузатилди. 38.6 С гача. Перикард ишқалиниш шовқини эшитилмокда.

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

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

Топширик № 16.

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

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

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

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

Топширик № 17.

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

Объектив: Пульс асимметрик, АКБ (ўнгда 180/100, чапда 160/94 мм.с.у.).

Қорин аортаси устида систолик шовқин эшитилади. Ҳароратнинг даврий кўтарилиши 37.5-38.0, УКТ: анемия, ЭЧТ тезлашиши. Ўткир фаза курсаткичлари ошган.

1. Ташхисни 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, яллигланишни 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 оғриклар 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 филтрацияси ва каналчалар реабсорбцияси. Буйрак УТТсида: буйрак улчамлари кичрайган, паренхимаси кискарган.	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 сохасида. УКТ: анемия, лейкопения, тромбоцитопения. Биохимик тахлилларда% 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, ишкорий фосфатаза, Коагулограмма, холестерин, мочевино. креатинин. УЗИ қорин бушлиги. Жигарни сканирлаш. Жигар биопсияси. ЭФГДС.	30	20-30	5-19	0-4
3.	Диета: стол № 5. Верошпирон, фуросемид, гепатопротектор, витаминлар, лактулоза, Н-2 гистамин рецепторлари блокаторлари, урсосан	40	30-40	5-29	0-4

Топширик № 20.

Бемор 32 ёшда. 2 йил олдин ВГ билан оғриган. Юкумли касалликлар шифохонасида 63 кун даволанган. Сўнг 1 йил пархез 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 кутарилади. Жигар +5-6 см. Каттиклашган, оғриқли, тугунчалар мавжуд. Талоқ 1-2 см катталашган, қаттиқ. УКТ: Нб, 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 синамасы, ишкорий фосфатаза, Коагулограмма, холестерин, мочевино. креатинин. УЗИ қорин бушлиги. Жигарни сканирлаш. Жигар биопсияси. ЭФГДС.	30	20-30	5-19	0-4
2.	Жигар циррози, вирусдан кейинги фаол даври, субкомпенсацияланган.	30	20-30	5-19	0-4
3.	Диета: стол № 5. Верошпирон, фуросемид, гепатопротектор, интерферон, витамин, лактулоза, блокатор Н-2 рецепторов гистамина, урсосан	40	30-40	5-29	0-4

VI. МУСТАҚИЛ ТАЪЛИМ МАВЗУЛАРИ

Мустақил ишни ташкил этишнинг шакли ва мазмуни

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

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

Тузувчи: Насриддинов Акмалжон Нажмиддинович, ГТА хузуридаги ХТФ
Ҳарбий дала жарроҳлиги кафедраси бошлиғи

Мустақил таълим мавзулари:

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

VII. ГЛОССАРИЙ

Термин	Ўзбек тилидаги шарҳи	Инглиз тилидаги шарҳи
Кардиоген шок	миокард инфарктининг кўп учрайдиган ва оғир асоратларидан ҳисобланади, бу асорат хаста ликнинг ўта ўткир даврида ривожланади ва 10-15 фоиз беморларда кузатилади.	This is one of the common complication of miocard infarction. This compliacion follows on 10 -15% of pactions with IM
Юрак ишемик касаллиги (ЮИК)	бу тож артериялар тизимидаги патологик жараёнлар натижасида миокардга қон келишининг камайиши ёки тўхташи сабабли юрак мушагининг ўткир ва сурункали зарарланиши.	The desiasе occurred with defeating of coronal arteries by pathologic process and following ischemia of myocard.
Артериаль гипертензия	бу ҳар хил патологик жараёнлар натижасида касаллик симптоми сифатида вужудга келадиган артерия гипертониясини симптоматик ёки иккиламчи гипертония деб аталади.	Its caused by different diseases, which follows by high arterial preassure. Most of cases etiology is unknown, its called primary BPD, is it caused by disease – secondary AP
Миокард инфаркти	тож артерияларда қон айланишининг мутлақ ёки нисбий етишмовчилиги натижасида юрак мушагида ўткир ишемик некроз ривожланиши билан ифодаланади	Is acute process, when blood don't supply heart muscles, it can be total or relatively insufficiency of blood supply, which follows heart musce necrosis
Ошқозон ва 12 бармоқ ичакнинг касаллиги	Қайталаниб турувчи ва жадаллашишга мойил касаллик бўлиб, меъда ва ўн икки бармоқ ичакда яра илллати содир бўлиши билан ифодаланади.	Its recurrent ulceric desiasе of stomach and duodenum.
Юрак астмаси ва 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.	Caused by heart's left ventricular insuffency. It's following by blood staining in left auricle and lungs, which incereace capilars transpereny in small blood circle.
Тромбоэмболик асоратлар	- миокард инфарктида тромбоэмболия вужудга келишида антикоагулянт (қон ивишига қарши) система депрессияси (фаолиятининг сусайиши), қонда коагулянтлар (қон ивиш жараёнини кучайтирувчилар) микдорининг кўпайиши, қон айланиш	Its caused basicly by failing of blood anti coagulation system, blood circle failuring, And increasing of coagulation system.

	етишмовчилигида аҳзо ва тўқималарда қон айланишининг бузилиши муҳим роль ўйнайди.	
Сурункали буйрак касаллиги (СБК)	– бу ҳамма прогрессияланувчи буйрак касалликларида ривожланувчи симптомокомплекс булиб, асосида нефронларнинг босқичма-босқич халок булиши етади, бу эса буйракнинг экскретор функциясининг ва инкретор функциясининг, модда алмашинувининг, орган ва системаларнинг функциясининг, нордон-ишкорий мувозанатнинг бузилишига олиб келади.	This is all progressive kidney diseases' complex of symptoms which based on which defeating nephrons in different levels of tissue, which following by kidney failure Excretory failure, metabolism failure and etc.
Дресслер синдроми	бир вақтда перикард (юрак олди халтаси), плевра (ўпка пардаси) ва ўпканинг яллигланиши билан ифодаланади.	One of the IM complication, which followed by acusing pericardium (heart's extra cover) pleura (lungs cover) and defeating lung(s)
«Далилларга асосланган тиббиёт»	мижоз муаммосини ҳал этиш учун энг ишончли клиник тадқиқот натижаларидан, ўз тажрибасига суянган, беморнинг истак-хоҳишларини эҳтиборга олган ҳолда виждонан, мантиқан, оқилона фойдаланиш. Жамоат соғлиқини яхшилашнинг самарали тадбирларини ишлаб чиқиш учун ишончли маълумотлар берувчи энг замонавий статистик усуллар ёрдамида илмий тадқиқотлар ўтказиш.	evidence-based medicine (EBM) is the conscientious, explicit, and judicious use of current best evidence in making decisions. about the care of individual patients. The words “evidence-based” are used to describe lots of things in medicine, healthcare and beyond. EBM, evidence-based practice, evidence-based policy, and – in a different part of society – evidence-based social work and evidence-based education.
Мета - анализ (meta analysis)	бир хил мавзуга бағишланган турли муаллифлар томонидан ҳар хил бажарилган тадқиқотларнинг бир турли натижаларини баҳолашда уларнинг сифат жиҳатидан ишончилигини оширишга имкон берадиган жамлаш методологиси.	The methodology of combining diverse and made by various authors of studies related to the same topic, to improve the reliability of estimates of the same name results.
PubMed	бу электрон қидирув системаси NLM да ишлаб чиқилган. PubMed ўз ичига олади: - MEDLINE (медлайн) - PreMEDLINE - Нашриётлар	this electronic search system was developed in the National Library of Medicine (NLM). PubMed includes: - MEDLINE - PreMEDLINE - Description of

	баёни.	publications
MEDLINE	тиббиёт маълумотларининг базаси, у 1960-йилдан бошлаб 22 миллиондан ортиқ бутун дунё бўйича тиббий маълумотлар нашрларининг библиографик баёнларини ўз ичига олади. Ҳозирда MEDLINE bepул интернетдан маълумот кидиришга ёрдам беради.	MEDLINE is the National Library of 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.
Entrez PubMed	бу сарлавҳа остида PubMed тўғрисида турли маълумотномалар манбалари ҳақида муҳим кўрсаткичлар (сқлки) жойлаштирилган.	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

VIII. АДАБИЁТЛАР РУЙХАТИ

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.,305p
2. Dennis Kasper, Anthony Fauci, Stephen Hauser, Dan Longo, J Jameson, Joseph Loscalzo. – Harrison’s Principles of Internal Medicine 19/E (Vol. 1 Vol2) - USA 2015 English., 2716p
3. Robert E. David P – Textbook of family medicine – USA, 2016
4. John Murtagh - General Practice 6th Revised edition - Australia 2015 English.,402p
5. GadayevA., KarimovM. Sh., AxmedovX.S. Ichki kasalliklar propedevtikasi.- T., 2012, 708 b.
6. Каримов М.Ш. и др. Пропедевтика внутренних болезней методические рекомендации. Т., 2011. Часть 1-3.
7. Сабиров Ж.Р., Насриддинов А.Н. Ҳарбий дала жаррохлиги. Тошкент 2017 йил.
8. Гуманенко Е.К. Военно-полевая хирургия национальное руководства. ГЭОТАР Медиа2009 год
9. Вишневский А.А. Военно-полевая хирургия. Медицина москва 2000 год

Интернет ресурслар:

10. [www. Ziyonet. uz](http://www.Ziyonet.uz)
11. www. edu. Uz
12. Infocom.uz электрон журнали: www.infocom.uz
13. Ўзбекистон Республикаси Президентининг Матбуот маркази сайти:
14. www.press-service.uz
15. Ўзбекистон Республикаси Давлат Ҳокимияти портали: www.gov.uz
16. Ахборот-коммуникатсия технологиялари изохли lug'ati, 2004, UNDP DDI: Programme www.lugat.uz, www.glossaiy.uz
17. Ўзбек интернет ресурсларининг каталоги: www.uz

Тузувчи: Тошкент тиббиёт Академияси ҳузуридаги
Ҳарбий тиббиёт факултети
Ҳарбий дала жарроҳлиги кафедраси бошлиғи
тиббиёт хизмати подполковниги А.Н. Насриддинов.