

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС
ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ БОШ ИЛМИЙ-МЕТОДИК МАРКАЗИ**

**ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ ХУЗУРИДАГИ ПЕДАГОГ
КАДРЛАРНИ ҚАЙТА ТАЙЁРЛАШ ВА УЛАРНИНГ
МАЛАКАСИНИ ОШИРИШ МАРКАЗИ**

“Тасдиқлайман”
Малака ошириш тармоқ маркази
директори
Доц. Баймаков С.Р.

_____ 2015 йил
“ ___ ” _____

**“Терапиянинг долзарб муамоллари”
модули буйича**

Ў Қ У В – У С Л У Б И Й М А Ж М У А

ТУЗУВЧИ: ДОЦ. З.Ф.УМАРОВА

Тошкент – 2015

МУНДАРИЖА

ИШЧИ ДАСТУР	Ошибка! Закладка не определена.
КАЛЕНДАР РЕЖА.....	8
МАЪРУЗА МАТНИ	9
МАВЗУ.1. Юрак ишемик касаллиги.Долзарб муамоллари	9
2.Сурункали буйрак касаллиги. Долзарб муамоллари	24
ТЕСТ САВОЛЛАРИ	28
НАЗОРАТ САВОЛЛАРИ	30
ГЛОССАРИЙ	32

ИШЧИ ДАСТУР

Мақсади: Терапия соҳаида дарс берувчи педагог кадрларни қайта тайёрлаш ва малака ошириш курс тингловчиларини замонавий терапевтик долзарб муаммолари ҳақидаги билимларини такомиллаштириш, педагогик муаммоларни аниқлаш, таҳлил этиш .

Вазифалари:

- педагогик фаолият, олий таълимда ўқитиш жараёнинини технологиялаштириш билан боғлиқликда юзага келаётган терапевтик муаммоларни аниқлаштириш;
- тингловчиларнинг педагогик муаммоларни таҳлил этиш кўникма ва малакаларини шакллантириш;
- педагогик муаммоларни ҳал этиш стратегияларини ишлаб чиқиш ва амалиётга татбиқ этишга ўргатиш.

Модулни ўзлаштиришга қўйиладиган талаблар

“Терапиянинг долзарб муаммолари” модулини ўзлаштириш жараёнида амалга ошириладиган масалалар доирасида тингловчилар:

- педагогик фаолият билан боғлиқликда юзага келадиган терапевтик Касалликларда учрайдиган долзарб муаммолар ва уларни ҳал этиш стратегияларини билиши керак;
- замонавий педагогик муаммоларга доир кейслар тузиш, улардан амалиётда қўллаш кўникмаларига эга бўлиши зарур;

Модулнинг ўқув режадаги бошқа модуллар билан боғлиқлиги ва узвийлиги

Фан мазмуни ўқув режадаги биринчи блок ва мутаххасислик фанларининг барча соҳалари билан узвий боғланган ҳолда педагогларнинг умумий тайёргарлик даражасини оширишга хизмат қилади.

Модулнинг олий таълимдаги ўрни

Замонавий янги талабларга биноан, медицина кадрларининг тайёрлашнинг асосий вазифаларидан бири ўқув дастурини ва шундан келиб

чиққан ҳолда, ўқув жараёнини такомиллаштириш, ҳамда тиббий педагогларнинг малакасини ошириш билан бевосита боғлиқдир.

Терапия фани доимо ривожланишда бўлиб тасаввурлар янгиланиб туради. Терапия соҳасида “Юрак ишемик касаллиги”, “Сурункали буйрак касаллик.” бўлимларига бўлган, ананавий тасаввурлар ўзгариб борапти ва куплаб янгиликлар киритилапти.

Терапия фани умумий амалиёт шифокорлари тайёрлашда катта роль ўйнайди. Бу фанни муваффақиятли ўзлаштириш эса, талабаларга дарслик дастурларини замонавий талабларга биноан тўғри амал қилишга боғлиқ.

Модул бўйича соатлар тақсимооти:

№	Модул мавзулари	Тингловчининг ўқув юкламаси, соат					
		Ҳаммаси	Аудитория ўқув юкламаси				Мустақил таълим
			жумладан				
			жами	Назай	Амалий машғулот	Кўчма машғулот	
1.	Юрак ишемик касаллиги (ЮИК). Долзарб масалалари	6	4	2	2		2
2.	Сурункали буйрак касаллик (СБК). Долзарб масалалари	4	4	2	2		
	Жами:	10	8	4	4		2

НАЗАРИЙ МАШҒУЛОТЛАР МАЗМУНИ (4 соат маъруза)

1-мавзу. **Юрак ишемик касаллиги (ЮИК). Долзарб муамоллари -2 соат**

Маъруза режаси:

- 1.Юрак ишемик касаллиги. Тарифи. Долзарб муамоллари.
Этиологияси. Хавф турдирувчи омиллар.
2. Миокард инфаркти.Тарифи.Таркалиши.Долзарб муамоллари.
Патогенези. Патанатомияси.
- 3.Миокард инфарктнинг клиникаси
- 4.Миокард инфарктнинг атипик шакллари
5. Миокард инфарктнинг асоратлари

6.МИиокард инфарктни киесий ташхиси

7. Миокард инфарктни даволаши

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

**2-мавзу.Сурункали буйрак касаллик (СБК). Долзарб муамоллари – 2 соат
Маъруза режаси:**

1.СБЕ.Тарифи.Муаммонингдолзарблиги.Этиологияси.

Патогенези.

2.СБЕ таснифи

3.СБЕ клиникаси. Текшириш усуллари

4.СБЕни даволаши

Маърузада тингловчиларга СБЕнинг долзарб муаммолари кенг ёритиб берилади. Шу муаммога қизиқтириш уйғотилади ва шу касалликни диагностикаси ва даволашдаги охириги янгиликлар билан таништирилади. Маъруза давомида СБЕ - ни даволаш ва олдин олиш хақида тингловчиларнинг билимлари чуқурлаштирилади ва мустахкамланади. Замонавий адабиётлар билан мустакил ишлашга қизиқиш уйғотилади.

Демак, сурункали буйрак етишмовчилигининг оғир касаллик. Уларни ўз вақтида аниқлаш, бир-биридан фарқлай билиш, касалликни даволашнинг самарасини оширувчи омиллардан бири бўлиб ҳисобланади. Асосий касалликни аниқлашда текшириш усулларининг аҳамияти катта эканлигини ҳисобга олиш талаб қилинади.

АМАЛИЙ МАШҒУЛОТЛАР МАЗМУНИ

Мавзу: Миокард инфарктнинг атипик шакллари ва асоратлари. Даволаши.
Долзарб муамоллари (2 соат)

Режа:

1. Кириш қисм.

2. Назарий қисм

3. Аналитик қисм: вазиятли масалалар, тестлар ечиш, ЭКГ таҳлили.

4. Якуний қисм.

1 Кириш қисмида миокард инфарктнинг долзарб муамоллари, мазмуннинг мохияти, таркалиши, ички касалликлар патологиясида урни ва ахамияти айтиб утилади.

2. Назарий қисмида тингловчиларга миокард инфарктнинг этиологияси ва патогенези тўғрисида маълумотлар берилади; миокард инфаркти таснифи билан, клиникаси ва унда кузатиладиган синдромлар билан ,миокард инфарктнинг атипик шакллари билан таништирилади ва даволаш принципларни ургатилади.

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

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

4. Якуний қисм. Хулоса

МУСТАҚИЛ ТАЪЛИМ МАВЗУЛАРИ

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

АДАБИЁТЛАР РЎЙҲАТИ

1. Ўзбекистон Республикасининг Конституцияси. – Т.: Ўзбекистон, 2010.
2. Ўзбекистон Республикасининг "Таълим тўғрисида"ги Қонуни. Т, 1997.
3. Ўзбекистон Республикаси "Кадрлар тайёрлаш Миллий дастури". Т, 1997.
4. Ўзбекистон Республикаси Давлат бошқаруви академияси магистратурасига қабул қилишда тест синовларини ташкил этиш ва ўтказиш тартиби

- тўғрисидаги Низом (АВ томонидан 01.08.2012 й. 2384-сон билан рўйхатга олинган Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Давлат тест маркази директорининг 30.07.2012 й. 01-172-сон буйруғи билан тасдиқланган).
5. Ўзбекистон Республикаси олий таълим муассасаларининг бакалавриятига талабаларни қабул қилишда тест синовларини ўтказиш тартиби тўғрисидаги Низом (АВ томонидан 08.07.2011 й. 2242-сон билан рўйхатга олинган Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги давлат тест маркази директорининг 06.07.2011 й. 01-222/1-сон буйруғи билан тасдиқланган).
 6. 1998/99 ўқув йилида ЎзР Олий таълим муассасаларига қабул тўғрисида (ЎзР ВМ 25.05.1998 й. 228-сонли Қарори).
 7. Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг 1994 йил 14 майдаги “Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузурида Давлат тест маркази ташкил этиш тўғрисида” ги 258-сонли қарори
 8. Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг 2004 йил 24 июндаги 293-сонли «Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Давлат тест маркази фаолиятини такомиллаштириш тўғрисида»ги қарори.
 9. Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг 1998 йил 5 январдаги 5-сонли “Узлуксиз таълим тизими учун давлат таълим стандартларини ишлаб чиқиш ва жорий этиш тўғрисида”ги қарори;
 10. Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг 1998 йил 11 мартдаги “Давлат тест маркази таркибида кадрлар тайёрлаш сифатини назорат қилиш, педагог кадрлар ва таълим муассасалари аттестатсияси бошқармасини ташкил этиш тўғрисида”ги 109-сонли қарори;
 11. Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2012 йил 10 декабрдаги “Чет тилларни ўрганиш тизимини янада такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида”ги ПҚ-1875-сонли қарори.
 12. Каримов И. Асарлар тўплами. 1-20 жилдлар. Т. Ўзбекистон. 1996-2012.
 13. Внутренние болезни. Том 1,2. Мартынов А.И. и др. Москва, 2008 год
 14. Внутренние болезни. М. ГЭО. Мухин Н.А., Моисеев В.С., 2006г.1,2 том
 15. Ички касалликлар Бободжанов С.Н.Тошкент 2010. Лотин ёзувида,
 16. Клинические рекомендации и фармакологический справочник. М. 2005 г.
 17. Окорочков А.Н. Диагностика и лечение болезней внутренних органов. Том 1-12. Минск. 2004г.
 18. Стандарты диагностики и лечения внутренних болезней. Б.И. Шулуток. С.В. Макаренко. Санкт-Петербург.2007
 19. Струтынский А.В., Ройтберг Г.Е., и соавт. Основы семиотики заболеваний внутренних органов. М. МЕДпресс-информ. 2008г
 20. Терапия М.А. Хўжамбердиев - лотин ёзувида, Тошкент 2006й.

21. Голиш Л.В. Проектирование и планирование педагогических технологий: /Серия «Современные технологии обучения». Издание 2-е, Ташкент. ТГЭУ, 2010.- 151с.
22. Проектирование и планирование педагогических технологий в медицине Учебно-методическое пособие под редакцией проф. Тешаева О.Р. Ташкент. ТМА, 2010. – 139 с.
23. Ходиев Б.Ю., Голиш Л.В., Д.П.Хашимова. Способы и средства организации самостоятельной учебной деятельности. Учебно-методическое пособие для студентов. Ташкент, ТГЭУ. 2010год.

Интернет маълумотларн:

1. www.ziyounet.uz
2. www.edu.uz
3. www.pedagog.uz
4. www.tdpu.uz
5. <http://nces.ed.gov/pubsearch/index>.
6. <http://emedicine.com/ent/NASAL AND SINUS DISEASES.htm>
7. <http://www.emedicine.com/ent/MEDICAL TOPICS.htm>
8. www.tma.uz,
9. www.medline.ru,
10. [www.rambler.ru \oncology\](http://www.rambler.ru/oncology)
11. www.oncoweb.ru,
12. www.esmo.org
13. www.stvolkletki.ru
14. www.cbio.ru

2.КАЛЕНДАР РЕЖА

№	Мавзулар	Машғулоти тури	Соати	Ўтказилиш муддати
1.	Юрак ишемик касалликлари. Долзарб муамоллари	маъруза	2	Ойнинг 4 хафтаси
2.	Сурункали буйрак касаллик. Долзарб муамоллари	маъруза	2	Ойнинг 4 хафтаси
3.	Терапевтик касалликларнинг долзарб муамоллари. Миокард инфарктнинг атипик шакллари ва асоратлари. Даволаши.	амалий	2	Ойнинг 4 хафтаси
4.	Берилган мавзулар буйича мустакил иш.	Мустакил таълим	2	Ойнинг 4 хафтаси

МАЪРУЗА МАТНИ

1 МАВЗУ: ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИК (ЮИК). МИОКАРД ИНФАРКТИ. ДОЛЗАРБ МУАМОЛЛАРИ.

Маъруза режаси:

- 1.Юрак ишемик касаллиги. Тарифи. Долзарб муаоллари.
Этиологияси. Хавф турдирувчи омиллар.
2. Миокард инфаркти.Тарифи.Таркалиши.Долзарб муаоллари.
Патогенези. Патанатомияси.
- 3.Миокард инфарктнинг клиникаси
- 4.Миокард инфарктнинг атипик шакллари
5. Миокард инфарктнинг асоратлари
- 6.Миокард инфарктни киесий ташхиси
7. Миокард инфарктни даволаши

Таянч иборалар

Резорбцион-некротик синдром- МИ уткир даврининг асосий клиник-лаборатор белгиси булиб хисобланади.У некротик массанинг резорбцияси ва некроз сохасидаасептик яллигланиш билан намоен 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 чўкиш тезлиги

ЎАТЭ -ўпка артерияси тромбоемболияси

КШ – кардиоген шок

ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИГИ

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. Бу номутаносиблик миокардни маълум даражада қон билан таъминланишининг сақланиши, лекин миокард эҳтиёжини кескин ошиши ёки қон билан таъминланишининг пасайиши натижасида вужудга келиши мумкин.

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

ЭТИОЛОГИЯСИ.

- Атеросклероз пиллакчалари мавжуд жойларда тож артериясининг тромб билан бекилиши.

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

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

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

- Ис гази билан заҳарланиш, оғир гипоксия.

- Тож артериялар атеросклерози муҳитида ривожланган анемия.

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

ХАВФ ТУРДИРУВЧИ ОМИЛЛАР.

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

- Ирсият. ЮИҚ ривожланшига оилавий мойиллик мавжуд, бу ҳолат баъзи бир хавфли омилларнинг насл суриши билан боғлиқ бўлиши мумкин.

- Тамаки чекиш.

- Қандли диабет.

- Хафақон касаллиги.

- Гиподинамия - кам ҳаракатлик.

- Кекса ёш.

- Подагра.

2.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 якунловчи босқичи, фожияли 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 ортик;) учрайди. Мазкур хасталик саноати ривожланган мамлакатларнинг шаҳар аҳолиси орасида кишлоклардагига нисбатана анча кенг тарқалган.

МУАММОНИ ДОЛЗАРЪЛИГИ. Миокард инфаркти муаммоси ички касалликлар патологиясида асосий уринлардан бирини эгаллайди. Касалликнинг кенг тарқалганлиги, кечишининг ўзига хослиги ва диагностикадаги кийинчиликлар муаммонинг ахамиятлилигини яна бир карра тасдиқлаб туради.

ПАТОГЕНЕЗИ. Миокард инфаркти ривожланишида артерия интемаси сатҳининг ўзгариши, атеросклероз пиллакчаларининг ёрилиши ва тромбоцитларнинг адгезия ва агрегация хусусиятларининг кучайиши муҳим роль ўйнайди. Миокарднинг оксиген билан таъминланишига бўлган эҳтиёжининг ошишини вужудга келтирувчи ҳар хил сабаблар, хусусан жисмоний ва руҳий таранглашиш, артерия босимининг тўсатдан кўтарилиши, алкоголь билан заҳарланиш, жуда кўп чекишлик кўзгатувчи омил бўлиши мумкин. Охирги вақтларда миокард инфарктининг вужудга келишида юрак мушаклари метаболизми ҳолатига катта аҳамият бериляпти. Тож артериялар қон айланиши етишмовчилигида жисмоний зўриқиш юрак мушакларида катехоламин тўпланишига олиб келади. Унинг кўп миқдорда йиғилиши юракка қонни кучланиш билан етказиб беришни талаб қилади. Миокард инфаркти ривожланишида шунингдек юрак мушагида электролитлар мувозанатининг бузилиши аҳамиятга эга. Кейинроқ хужайра инфльтрацияси ва грануляция тўқима (яра ўрнида ҳосил бўладиган ёш тўқима) ривожланиши билан кузатиладиган реактив яллигланиш зонаси вужудга келади. Кейинчалик шикастланган ўчок сўрилади, унинг ўрнини бириктирувчи тўқимали чандиқ 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 чандиқли тўқима қавати жуда юпқа бўлиши мумкин, натижада унинг бўртиб (дўппайиб) чиқиши (юрак аневризмаси) вужудга келади. Атеросклероз жараёни кўпинча чап тож артериясида ва унинг шаҳобчаларида жойлашганлиги сабабли миокард инфаркти, аксарият, чап қоринчада ривожланади. Шикастланган миокард ҳажмига нисбатан йирик ва майда ўчоқли миокард инфаркти тафовут қилинади. Бундан ташқари, некрознинг юрак мушаги чуқурлигига тарқалиш даражасига қараб, трансмурал (миокарднинг ҳамма қатлами некрози) ва интрамурал (миокард девори некрози, эндокард ва эпикард шикастланмаган), субэндокард миокард инфаркти (эндокардга ёндашган миокард соҳасининг некрози).

3. МИОКАРД ИНФАРКТНИНГ КЛИНИКАСИ - некроз жойлашишига ва унинг ҳажмига, ҳамда вегетатив нерв системасининг рефлектор бузилишлари даражасига боғлиқ.

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

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

- 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 микдори кўтарилиши), жисмоний таранглашишсиз, тинч ҳолатда, деярли сабабсиз ривожланади. Оғриқ босилаётгандек, эзилаётгандек, кенгаяётганлек, куюётгандек сезилади, аксарият чап қўлга, кураклар оралиғига тарқалади ва 20-30 дақиқадан 2 соатгача давом этади, нитроглицерин таъсирида йўқолмайди. Оғриқнинг вужудга келиши тож артерияларининг тўлиқ ёки қисман бекилиши туфайли ишемия ривожланиши билан изоҳланади. Ишемия соҳасида модда алмашинуви бузилиши сабабли кучли оғриқ билан бирга ҳолсизланиш, кўнгил айнаши, 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 кўшилиб, монофазали эгри чизикни вужудга келтиради. Бу ҳолат бир неча соатдан 3 кунгача давом этади.

- Ўткир давр - некроз ўчоғи ва миокард миомалацияси (юмшаши) шаклланиши вақтига тўғри келади ва 2 кундан 10 кунгача давом этади. Бу даврда оғриқ анча камаяди ёки бутунлай йўқолиши мумкин. Юрак етишмовчилиғи ва артерия қон босимининг пастлиғи, ҳамда юрак ритми бузилишининг сақланиши натижасида беморнинг умумий аҳволи оғирлиғича 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 баъзи бир ферментлар (аспарагин трансаминаза-АсАТ, лактатдегидрогеназа - ЛДГ, креатинфосфокиназа - КФК) ажралиб чиқиши натижасида қонда уларнинг фаоллиги кўтарилади. Кўпинча мўътадил гликемия ва диспротеинемия топилади (албумин миқдори камаяди, глобулин ва фибриноген эса кўпаяди, патологик С-реактив оқсил пайдо бўлади). ЭКГда кўтарилган S-T сегменти пастга туша бошлайди, изо чизикга бир мунча яқинлашади, чуқур (2 тишчаси (СЭ8) пайдо бўлади, Т тишчаси шаклланади, манфий бўлади.

- Ўртача ўткир давр - 4-8 хафта давом этади, чандикланиш жараёни тугалланади: некроз ўчоғи грануляцион (бириктирувчи) тўқима билан қопланади. Коллатераллар ривожланади, васкуляризация (миокарднинг томирлар орқали қон билан таъминланиши) 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 меъёрлашади. Эритроцитлар чўкиш тезлигининг юқорилиги ва диспротеинемия некроз ўчоғи бутунлай чандикланиб битгунча (бир неча хафта) сақланади. ЭКГда S-T сегменти изоэлектрик чизикда жойлашади, Т-тишчаси манфий, патологик чуқур Q тишчаси (QS) пайдо бўлади.

- Инфарктдан кейинги давр (функционал тикланиш давр) - юрак мушагида склеротик ўзгаришлар ривожланиши (чандик зичлиги кўпайиши), сурункали аневризм шаклланиши, юрак-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, ҳансираш 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, енгилроқ кечиши билан ифодаланади ва умумий миокард инфарктининг 18

фоизини ташкил қилади. Майда ўчоқли миокард инфаркти кечишида, йирик ўчоқли турига нисбатан, даврийлик кам ифодаланган. Шу билан бирга унинг кечишида баъзан дарак берувчи давр, ўткир давр ва реконвалесценция (касалликдан тузалиб келаётган) давр тафовут қилинади. Хасталикнинг бу турида оғриқ 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 оғриқ янги некроз ўчоқлари юзага келиши ёки инфаркт атрофидаги зоналарнинг давомли ишемияси билан изоҳланиши мумкин. Объектив текширишда тери рангининг бўзарганлиги, артерия босимининг салгина пасайганлиги, тахикардия, юрак товушларининг бўғиқлашганлиги, тана ҳароратининг субфебрил даражага кўтарилганлиги, ўртача лейкоцитоз, ЭЧТнинг 16-25 мм/с гача ошиши аниқланади. Амионотрансфераз ва ЛДГ микдорининг кўпайиши, С-реактив протеин пайдо бўлиши жуда кам учрайди ва оз ифодаланган даражада бўлади. Майда ўчоқли миокард инфарктида кардиоген шок (юрак қарахти), аритмиялар, тромбоэмболик асоратлар одатда кузатилмайди. Шундай қилиб, майда ўчоқли миокард инфарктида ҳам йирик турига хос бўлган талайгина клиник белгилар учрайди, лекин ифодаланиш даражаси кам бўлади.

4.МИОКАРД ИНФАРКТНИНГ АТИПИК ШАКЛЛАРИ - 20 фоиз инфаркта кузатилади. Хасталикнинг у ёки бу белгиларининг устунлигига қараб кўйидаги 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, ҳиқичок тутиш, кўнгил айниши, қусиш, қориннинг дам бўлиши, ич кетиш вужудга келади. Қоринни пайпаслаганда эпигастрия соҳасида оғриқ мавжудлиги, мушак қаватининг таранглиниши аниқланади. Баён қилинган меъда-ичак фаолиятининг бузилишлари, меъда яра ёрилиши, ўт касаллиги хуружи, ўткир панкреатит ва холецистит ёки овқат билан заҳарланнш нотўғри ташхис кўйишга олиб келиши мумкин; шу билан бирга бу хасталикларда ҳам ҳарорат кўтарилиши ва лейкоцитоз аниқланади. Ташхис кўйишда 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 огриксиз юзага келади. Объектив текширишда чап қоринча ўткир етиш мовчилигининг клиник белгиларидан ташқари митрал қопқоқ етишмовчилигининг аускултатив симптоматикаси аншутанади. Бу ҳолатда нисбий митрал етишмовчилиги ривожланиши билан кузатиладиган, ўткир юрак декомпенсациясига олиб келадиган, 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 таъминланишининг бузилиши ётади. Миокард инфарктида мияда қон айланишининг бузилиши белгилари ҳар хил бўлиши мумкин: бир гуруҳ беморларда бош мия ишемиясининг жуда равшан бўлмаган белгилари кузатилади (кўнгил айниши, қусиш, бош айланиши, бош огриги, 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 (огриксиз, "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 беҳолик, 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 чандикланиши ҳали бошланмасданок янги некроз ўчоқлари ҳосил бўлиши билан ифодаланади ва кечиши давомли бўлади. Шу билан бирга, бирламчи некроз ўчоғи ривожланишига сабабчи бўлган артериялар ҳавзасида (кўпинча давомли тромбоз натижасида) янги зарарланиш соҳалари вужудга келади. Қайталанувчи миокард инфарктининг клиник манзараси тўш суяги орқасида тез-тез хуружсимон 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 ҳавзасида юзага келади.

5.МИОКАРД ИНФАРКТНИНГ АСОРАТЛАРИ.

Кардиоген шок - миокард инфарктининг кўп учрайдиган ва оғир асоратларидан ҳисобланади, қоидадек хасталикнинг ўта ўткир даврида ривожланади ва 10-15 фоиз беморларда кузатилади. Мазкур хасталик ривожланиши асосида юрак мушаклари қисқариш фаолиятининг пасайиши, юракнинг систолик ва дақиқалик ҳажмининг камайиши ётади, бу ҳолат артерия системасининг қон билан таъминланиши етишмовчилигига ва артерия босими пасайишига олиб келади. Миокард қисқариш фаолиятининг пасайиши зарарланган ўчоқлардан рефлектор таъсирланиши ва чап қоринча фаолият кўрсатаётган миокард массасининг камайиши натижасида вужудга келади. Шокда ҳаётий аҳамиятга эга бўлган ҳамма аъзоларга қон кам келади, шу сабабли жигарда некроз, меъда-ичак деворла-рида 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 аъзо ва тўқималарда қон айланишининг бузилиши муҳим роль ўйнайди. Шунингдек, артерияларда ривожланадиган маҳаллий атеросклеротик ўзгаришлар ҳам катта аҳамиятга эга. Кўпинча ўпка артерияси ва унинг шахобчалари тромбоэмболияси кузатилади. Бу асоратнинг клиник манзараси кўп ҳолларда шикатланган қон томирнинг катта-кичиклигига боғлиқ. Кўпинча бу жараёнда тромблар ўпка артериясида тикилиб қолади. Ўпка артерияси тромбоэмболиясида тўсатдан вужудга келадиган ўткир юрак етишмовчилиги хасталикка хос белги ҳисобланади ва ҳансираш, тахикардия, акроцианоз билан ифодаланади. Баъзи ҳолларда ўпка шиши, юрак ритми бузилиши (пароксизмал тахикардия), хилпилловчи (мерцательная) аритмия ривожланади. Тромбоэмболия одатда кўкрак қафасида тўсатдан пайдо бўладиган ва чуқур нафас олганда кучаядиган оғриқ, ҳансираш, йўтал, қон тупуриш билан кузатиладиган ўпка инфарктига олиб келади. Рентгенограммада ўпкада асоси плевра томонига қараган учбурчак шаклдаги қора доғ аниқланади.

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

Юрак маромининг бузилиши йирик ўчоқли миокард инфарктининг кўп учрайдиган ва хавфли асоратларидан ҳисобланади, аксарият, қоринча экстрасистолияси, кам ҳолларда бўлмача хилпиллаши юзага келади. Аритмия, аксарият, хасталикнинг ўта ўткир даврида, айниқса ангиноз хуружидан кейинги биринчи соатларда ривожланади. Кўпинча кўп сонли маром ва ўтказувчанлик бузилишлари кузатилади. Одатда улар жуда беқарор, хаотик ҳолатда бир-бири билан алмашадилар, оз муддатга (дақиқа, соат) йўқолиб, яна янгидан пайдо бўлишлари мумкин. Бундай беқарорлик

сабабини ўткир тож артериялар етишмовчилигида ривожланадиган морфологик, метаболик, гемодинамик ўзгаришларида қидириш керак. Аритмиянинг вужудга келиши миокард инфарктининг кечишини ва оқибатини огирлаштиради, чунки аритмия кўпгина гемодинамик бузилишларини, авж олиб борувчи юрак етишмовчилигини чақиради ва кўпинча юрак тўхташига ҳам олиб келади.

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

6. МИОКАРД ИНФАРКТНИНГ ҚИЁСИЙ ТАШХИСИ. Миокард инфарктининг белгиларини ўхшаш касалликлар билан фарқлаш керак.

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

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

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

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

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

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

7.МИОКАРД ИНФАРКТНИНГ ДАВОЛАШИ.

Даво самарадорлиги ва хасталиқ оқибати ўз вақтида ташхисни аниқлашга, зудлик билан жадал даво кўрсатиладиган хонага ётқизишга, юрак-қон томир системаси ҳолатига ва хасталиқнинг клиник кўринишига нисбатан даволаш воситаларини эрта қўллашга бевосита боғлиқ. Бемор камида 24 соат ўринда

ётиши шарт, чунки пассив ҳолат миокарднинг оксигенга бўлган эҳтиёжини камайтиради, шикастланиш соҳаси кенгайишига қаршилиқ кўрсатади, ҳар хил асоратлар ривожланишининг олдини олади, шикастланган миокардда реператив (чандикланиш) жараёни тезлаштиради. 2-куни ўринда пассив ҳаракатга руҳсат берилади. Агар асоратлар кузатилмаса 3-куни ўринда ўтириш мумкин. Беморнинг эрта фаоллашуви димланиш пневмониясида ривожланадиган тромбоэмболик асоратларни олдини олишда аҳамиятли, ҳамда беморнинг руҳий ҳолатига ижобий таъсир кўрсатади. Бемор ҳолати барқарорлашгунча томир орқали овқатлантирилади, кейинчалик мол ёғи ва ош тузи чегараланган таом берилади. Беморни даволашдаги терапевтик тадбирлар куйидаги мақсадларни кўзлайди:

- ўткир оғриқ хуружини йўқотиш;
- кардиоген шокни даволаш;
- юрак мароми бузилишининг олдини олиш;
- қон ивиши системасини бошқариш;
- юрак мушаклари метаболизмини яхшилаш;
- парҳез ва дори-дармон орқали қонда холестерин, триглицерид

липидларни миқдорини пасайтириш. Бундай кенг кўламдаги тадбирлар ўлимни минимумга (энг кам миқдорга) туширишга ва касаллик оқибатини яхшилашга имкон беради.

Оғриқсизлантирувчилар:

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

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

Тож артерияларда қон оқимини тиклаш.

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

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

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

Антикоагулянтлар - таъсир қилиш механизми бўйича 2 гуруҳга бўлинади.

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

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

- Аспирин 325 мг дан кунига бир маҳал ичилади.

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

Миокардда некроз ҳажминм чегаралаш.

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

- Бетта - блокаторлар.

Метопролол - 5 мг физиологик эритмада вена томирига қуйилади, 15 дақиқа ўтгач, 50 мг дан ҳар 6 соатда ичилади.

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

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

Бетта-блокаторлар брадиаритмияда, юрак етишмовчилигида бронх спазмасида берилмайди.

Юрак мароми бузилишининг олдини олиш беморни ўлимдан саклаб қолишга ёрдам беради. Шу мақсадда лидокаин, новокаинамид, Р - адренегик рецепторлари блока-торлари, атропин иўлланилади. Бемор орасида айниқса лидокаин фаол антиаритмик восита ҳисобланади ва бошланғич миқдори 10 мг ҳисобида вена томирига юборилади, ке-йинчалик ҳар 30-40 дақиқа

оралиғида 50-10 мг да такроран кўйилади. Бундай даволаш хасталик бошланишининг 1-2 -кунларида ўтказилади.

Кардиоген шокни даволаш.

- Прессор аминлар: мезатон (1 фоизли эритмадан 0,5-1 мл) ёки норадреналин (0,2 фоизли эритмадан 1 мл) глюкозанинг 5 фоизли 200 мл эритмасида томчи ҳолида вена томирига кўйилади. Булар оғрикни босиш, артерия босимини кўтариш хусусиятига эга.
- Плазма ўринбосарлари: реополиглюкин, реомакродекс, кичик молекуляр декстрант айланиб юрвучи кон ҳажмини кўпайтириш, пасайган артерия кон босимини кўтариш мақсадида қўлланилади. Улар қоннинг ёпишқоқлигини камайтиради, тромбоцитлар агрегацияси олдини олади, $\Gamma > \text{у}$ ҳолат микроциркуляция бузилишини тиклашда ахамиятли.
- юрак гликозидлари: строфантин, коргликон.
- Глюкокортикостероидлар - преднизолон катта дозада, хасталикнинг оғир ҳолатида бир кеча - кундузда 1000 мг г;1ч.-1 венага юборилади. Даволаш оксиген терапияси муҳитида, кислота асослари мувозанатини созлаш асосида ўтказилади.

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

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

Бемор касалхонада 30-40 кун даволанади, сўнгра реабилитация-саломатликни тиклаш мақсадида ихтисослашган кардиология санаторийсига ўтказилади. У ерда бемор ҳам жисмоний (даволи жисмоний тарбия, дозали юриш - кунига 5-8 км гача), ҳам руҳий жиҳатдан тикланади. 3-6 ойдан сўнг бемор ўз ишига қайтиши мумкин. Агар беморнинг иши жисмоний зўр беришликни талаб қиладиган бўлса ёки тунги сменада ишлашга тўғри келса, уни енгилроқ ишга ўтказилади ёки ногиронлик нафақаси тайинланади.

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 оғрик тўхтамаган. Врач беморнинг уйига келганда унда хаво етишмаслиги кучайган ва совуқ тер босган, артерия босими 110/60 гача пасайган. Қисқа вақт ичида юраги гоҳ тез уриб, гоҳ секинлашган. Наркотик дорилар берилганда оғрик бутунлай қолмаган. Юраги тез ураётганда телефон орқали ЭКГ килинган.

НАЗОРАТ САВОЛЛАРИ

- 1.ЮИК бу нима?
- 2.ЮИКнинг хафли омиллар нимадан иборат?
- 3.МИнинг нечта босқичини биласиз?
4. МИнинг атипик шакллари нимага кирди?

- 5.МИнинг асоратлари хакида нима биласиз?
6. МИни қайси касалликлар билан таққослайсиз?
- 7.МИ даволаш тактикаси қанақа?
- 8.МИни олдин олиш чоралари нимадан иборат?

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ

1. Внутренние болезни. Том 1,2. Мартынов А.И. и др. Москва, 2008 год
2. Внутренние болезни. М. ГЭО. Мухин Н.А., Моисеев В.С., 2006г.1,2 том
3. Ички касалликлар Бободжанов С.Н.Тошкент 2010. Лотин ёзувида,
4. Клинические рекомендации и фармакологический справочник. М. 2005 г.
- 5.Окороков А.Н. Диагностика и лечение болезней внутренних органов. Том 1-12. Минск. 2004г.
- 6.Стандарты диагностики и лечения внутренних болезней. Б.И. Шулуток. С.В. Макаренко. Санкт-Петербург.2007
- 7.Струтынский А.В., Ройтберг Г.Е., и соавт. Основы семиотики заболеваний внутренних органов. М. МЕДпресс-информ. 2008г
8. Терапия М.А. Хўжамбердиев - лотин ёзувида, Тошкент 2006й.
9. Голиш Л.В. Проектирование и планирование педагогических технологий: /Серия «Современные технологии обучения». Учебно-методическое пособие для тренинга. - Ташкент. ТГЭУ, 2010.- 151с.
10. Проектирование и планирование педагогических технологий в медицине Учебно-методическое пособие под редакцией проф. Тешаева О.Р. Ташкент. ТМА, 2010. – 139 с.

Интернет маълумотларн:

1. www.ziyonet.uz
2. www.edu.uz
3. www.pedagog.uz
4. www.tdpu.uz
5. <http://nces.ed.gov/pubsearch/index>.
6. [http://emedicine.com/ent/NASAL AND SINUS DISEASES.htm](http://emedicine.com/ent/NASAL_AND_SINUS_DISEASES.htm)
7. [http://www.emedicine.com/ent/MEDICAL TOPICS.htm](http://www.emedicine.com/ent/MEDICAL_TOPICS.htm)
8. www.tma.uz,
9. www.medline.ru,
10. [www.rambler.ru \oncology\](http://www.rambler.ru/oncology/)
11. www.oncweb.ru,
12. www.esmo.org
13. www.stvolkletki.ru
14. www.cbio.ru

2 мавзу « СУРУНКАЛИ БУЙРАК КАСАЛЛИК

Маъруза режаси

- 1.СБК.Тарифи .Муаммонинг долзарблиги.
- 2.СБК нинг этиологияси ва патогенези.
- 3.СБК таснифи
- 4.СБЕ клиникаси. Текшириш усуллари
- 5.СБЕни даволаши

Таянч иборалар:

СБК- сурункали буйрак касаллиги

СБЕ – сурункали буйрак етишмовчилиги

АБ - артериал босим

АГ – артериал гипертензия

ҚАЕ - қон айланиш етишмовчилиги

КФ - коптокчалар филтацияси

ЮТС- юрак-томир синдроми

ЭКГ – электрокардиограмма

ЭхоКГ - эхокардиография

Гемодиализ- ярим ўтказувчан мембрана орқали азот алмашинуви

ҳосилалари қондан диффузия йўли орқали тозаланади

Перитонеал диализ- бунда қорин бўшлиғига юборилган эритма орқали қон

ва организмдаги суюқликлардан турли хил моддалар диализга учрайди.

СБК. ТАРИФ. Сурункали буйрак касаллик – бу ҳамма прогрессияланувчи буйрак касалликларида ривожланувчи симптомокомплекс бўлиб, асосида нефронларнинг босқичма-босқич ҳалок бўлиши 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 моддаларинг 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, гиперкальциемия).

- Суюклик балансининг бузилиши

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

-Кислота-ишкор алмашинувининг метаболлик ацидоз тарафига бузилиши.

-Буйракнинг прессор функциясининг активацияси ва артериал гипертензияга олиб келиши.

-Орган ва системалар огир дистрофик узгаришлар ривожланиши.

2.СБК 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 электорлитлари – нормада. Метаболлик ацидоз-йук.

Компенсатор боскич:

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

Интермиттация боскичи:

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

Терминал боскичи:

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

Азотемия. Ацидоз урта даражада.

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

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

3.СБК КЛИНИКАСИ

1. Астеник синдром (холсизланиш, уйкусираш)
2. Дистрофик синдром (тери куруклашиши, кахексия)
3. Ошкозон-ичак синдроми (иштаха камайиши, диарея, ошкозон-ичак геморрагияси, стоматит)
4. ЮТС-юрак-томир синдроми (артериал гипертензия, юрак етишмовчилиги, курук еки эксудатив 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 текшириш усуллари:

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

4. СБК ни ДАВОЛАШИ

1. Пархез оксилни чегаралаш билан олиб борилади (0.8-0.6-0.4 г/кг/сут). Суюклик истеъмоли: диурез+500 мл.
2. Диуретиклар: фуросемид, урегит
3. Гиперкалиемияни камайтириш: кальций тузлари, диуретиклар, ичак диализи сорбит билан
4. Метаболик ацидоз коррекцияси: 20-30 ммоль натрий бикорбанати томир ичига (4.2%-100-150 мл натрий бикорбанати)
5. Кальций-фосфор алмашинувини коррекцияси: витамин D3 препаратлари.
6. Гипотензив терапия: АПФ ингибиторлари ва ангиотензин II – антагонистлари (креатинин қонда 0.3 ммоль/л гача булганда бериш мумкин), кальций блокаторлари (верапамил, дилтиазем), альфа-адреноблокаторла (доксасазин, проазин), бета-блокаторлар (атенолол ва б.), лекин коптокчалар фильтрациясини бузгани учун фильтрация назорати остида берилиши шарт.
7. Липосталлаштирувчи терапия: симвостатин, липримар ва б.
8. Анемияни даволаш: рекомбинант эритропоедин (рекормон).
9. Перитонеал, ичак гемодиализи. Программ гемодиализ.
10. Буйрак трансплантацияси.

НАЗОРАТ САВОЛЛАРИ

1. Сурункали буйрак касалликга олиб келувчи касалликларни айтиб беринг?
2. Сурункали буйрак касаллигининг патогенези нимадан иборат?
3. СБКнинг клиник белгиларинг айтиб беринг.
4. СБК нечта босқичларин биласиз?
5. СБКнинг қайси босқичида беморларга гемодиализ буюрилади?
6. СБКнинг консерватив даволаш тамойиллари нимадан иборат?
7. СБК олдин олиш чоралар нимадан иборат?

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ

1. Внутренние болезни. Том 1,2. Мартынов А.И. и др. Москва, 2008 год
2. Внутренние болезни. М. ГЭО. Мухин Н.А., Моисеев В.С., 2006г.1,2 том
3. Ички касалликлар Бободжанов С.Н.Тошкент 2010. Лотин ёзувида,
- 4.Окороков А.Н. Диагностика и лечение болезней внутренних органов. Том 1-12. Минск. 2004г.
- 5.Стандарты диагностики и лечения внутренних болезней. Б.И. Шулушко. С.В. Макаренко. Санкт-Петербург.2007
6. Терапия М.А. Хўжамбердиев - лотин ёзувида, Тошкент 2006й.
7. Голиш Л.В. Проектирование и планирование педагогических Технологий. Учебно-методическое пособие для тренинга. - Ташкент. ТГЭУ, 2010.- 151с.
8. Проектирование и планирование педагогических технологий в медицине Учебно-методическое пособие под редакцией проф. Тешаева О.Р. Ташкент. ТМА, 2010. – 139 с.
9. Ходиев Б.Ю., Голиш Л.В., Д.П.Хашимова. Способы и средства организации самостоятельной учебной деятельности. Учебно-методическое пособие для студентов. Ташкент, ТГЭУ. 2010год.

Интернет маълумотларн:

1. www.ziyounet.uz
2. www.edu.uz
3. www.pedagog.uz
4. www.tdpu.uz
5. <http://nces.ed.gov/pubsearch/index>.
6. [http://emedicine.com/ent/NASAL AND SINUS DISEASES.htm](http://emedicine.com/ent/NASAL_AND_SINUS_DISEASES.htm)
7. [http://www.emedicine.com/ent/MEDICAL TOPICS.htm](http://www.emedicine.com/ent/MEDICAL_TOPICS.htm)
8. www.tma.uz,
9. www.medline.ru,
10. [www.rambler.ru \oncology\](http://www.rambler.ru/oncology)
11. www.oncoweb.ru,
12. www.esmo.org
13. www.stvolkletki.ru

ТЕСТ САВОЛЛАРИ

1. 55 ешгача булган эркакларда аелларга нисбатан ЮИК ни учраши:
А) 3–4 мартта куп
В) 2–3 мартта кам
С) Бир хил
Д) Жинси ахамиятга эга эмас
2. ЮИК ни профилактикаси олиб борилиши керак булган шахслар:
А) ЮИК ташхиси тасдиқланган беморлар

- В) ЮИК юқори хавфи бўлган соғлом одамлар
 С) ЮИК беморларнинг яқин қариндошлари
 Д) Ҳамма санаб утилганлар
3. Зуриқиш стенокардиясининг III функционал синфида юрак соҳасидаги оғрик қайси ҳолатда пайдо бўлади?
 А) Тинч ҳолатда
 В) Зинадан 3 чи қаватга кутарилганда ва 100–200 м юрганда
 С) Текис жойдан юрганда ва зинадан 1 чи қаватга кутарилганда
 Д) Жисмоний юкламадан сунг
4. Атеросклерознинг эрта морфологик белгилари:
 А) Фиброз пиллакча
 В) Егли чизиқча
 С) Комплекс узгаришлар
 Д) Ҳамма санаб утилганлар
5. Фиброз пиллакча парчаланишига олиб келувчи хавф омиллари:
 А) Фиброз пиллакча ядроларини катталашиси
 В) Фиброз пиллакчани макрофаглар томонидан инфилтрацияси
 С) Металлопротеазлар таъсири
 Д) Ҳамма санаб утилганлар
6. Стенокардия хуружининг давомийлиги:
 А) 1 дақиқадан кам
 В) 1-20 дақиқа
 С) 1 соатдан куп
 Д) 2-3 соат
7. Стенокардия хуружида оғрик қаерга иррадиацияланади:
 А) Буйинга
 В) Куракка
 С) Чап елкага
 Д) Ҳамма санаб утилганлар
8. Стенокардиянинг асосий ЭКГ белгилари:
 А) Р-Q интервал узайиши
 В) QRS комплекс кенгайиши
 С) Р тишчанинг йуқолиши
 Д) S-T сегментни горизонтал депрессияси
9. Миокард инфарктида ўлимга олиб келадиган ҳавф омиллари:
 А) Упка шиши
 В) Аневризмалар
 С) Кардиоген шок
 Д) Хилпилловчи аритмиянинг пароксизми
10. Миокард инфарктининг ута уткир давридаги ЭКГ:
 А) Баланд Т тишча
 В) ST сегмент депрессияси
 С) ST интервални кутарилиши
 Д) Чуқур Q тишча
11. Трансмурал миокард инфаркти учун купрок қайси белги хос:
 А) Яккол Q тишча

- В) Манфий Т тишча
 С) QS тишни хосил булиши
 Д) R амплитудасини пасайиши
12. Миокард инфарктида ЭЧТ ошиши қачон кузатилади:
 А) Биринчи соатларда
 В) 2 чи кун
 С) 3-4 кун
 Д) 1 чи хафта охирида
13. Миокард инфарктнинг қайси босқичида Q тишча пайдо булади:
 А) Ута уткир
 В) Уткир
 С) Уткир ости
 Д) Чандикланиш
14. Миокард инфарктнинг биринчи соатларида қайси биохимик курсаткич узгаради:
 А) АЛТ, АСТ
 В) Тимол синамаси
 С) Фибриногенни камайиши
 Д) КФК, ЛДГ ни ошиши
15. Миокард инфарктнинг эрта асоратларига хос эмас:
 А) Упка шиши
 В) Кардиоген шок
 С) Юрак тампонадаси
 Д) Дресслер синдроми
16. Зуриқиш стенокардиясининг III функционал синфида юрак соҳасидаги огрик қайси ҳолатда пайдо булади?
 А) Текис жойдан юрганда ва зинадан 1 чи каватга кутарилганда
 В) Тинч ҳолатда
 С) Зинадан 1 чи каватга кутарилганда ва 100–200 м юрганда
 Д) Жисмоний юкламадан сунг
17. Атеросклерознинг эрта морфологик белгилари:
 А) Егли чизиқча
 В) Фиброз пилакча
 С) Комплекс узгаришлар
 Д) Хамма санаб утилганлар
18. Миокард инфарктида ўлимга олиб келадиган ҳавф омиллари:
 А) Уткир юрак етишмовчилиги
 В) Упка шиши
 С) Сурункал юрак етишмовчилиги
 Д) Хилпилловчи аритмиянинг пароксизми
19. Миокард инфарктнинг эрта асоратларига хос эмас:
 А) Дресслер синдроми
 В) Упка шиши
 С) Кардиоген шок
 Д) Юрак тампонадаси
20. Гемодиализ утказишга курсатма

- А) КФ нинг 10 мл/мин дан кам булиши
 В) КФ нинг 25 мл/мин дан кам булиши
 С) Суткалик диурезнинг стабил 1000 мл дан камлиги
 Д) Креатининнинг 0,12 ммоль/л дан ошиклиги
21. СБЕ га хос 1 та белгини курсатинг:
 А) Диспептик синдром
 В) Юзнинг гиперемияси
 С) Семириш
 Д) Энурез
22. Гемодиализ утказишга карши курсатма:
 А) Туберкулез
 В) Гастродуоденит
 С) Гепатит
 Д) Панкреатит
22. СБЕ га хос 1 та белгини курсатинг:
 А) Уремик энцефалопатия
 В) Юзнинг гиперемияси
 С) Семириш
 Д) Энурез
23. СБЕ ли беморларда анемияни даволашда қўлланиладиган препарат
 А) Рекормон
 В) Фолат кислотаси
 С) Аскорбин кислотаси
 Д) витаминлар
24. Сурункали буйрак етишмовчилигида инфекцион асоратлар кузатилса, куйидаги антибиотик қўлланилади:
 А) Пенциллин
 В) Стрептомицин
 С) Канамицин
 Д) Ванкомицин
25. Сурункали буйрак етишмовчилигида инфекцион асоратлар кузатилса, қайси антибиотик қўлланилмайди:
 А) Гентамицин
 В) Пенициллин
 С) Ампициллин
 Д) Амоксициллин
26. Гемодиализ утказишга карши курсатма:
 А) Психик касалликлар
 В) Гастродуоденит
 С) Гепатит
 Д) Панкреатит
27. Гемодиализ утказишга карши курсатма:
 А) уткир юрак етишмовчилиги
 В) Гастродуоденит
 С) Гепатит
 Д) Панкреатит

28. СБЕ га хос 1 та белгини курсатинг:
- А) Инсипидар синдром
 - В) Юзнинг гиперемияси
 - С) Семириш
 - Д) Терлаш
29. Гемодиализ утказишга курсатма:
- А) Коптокчалар филтрацияси-15мл/мин
 - В) Мочевина конда- 10 ммоль/л
 - С) Коптокчалар филтрацияси-35мл/мин
 - Д) Кондаги креатинин микдори -0,3 ммоль/л
- 30) Миокард инфарктида конда лейкоцитлар ошиши качон кузатилади:
- А) Биринчи соатларда
 - В) 2 чи кун
 - С) 3-4 кун
 - Д) 1 чи хафта охирида
31. Сурункали буйрак етишмовчилигига хос булган асосий 1 та модда алмашинуви бузилишини курсатинг:
- А) креатинин
 - В) липопротеидлар
 - С) аммиак
 - Д) липидлар
32. Сурункали буйрак етишмовчилигининг терминал боскичини даволашнинг 1 та асосий усулини курсатинг:
- А) гемодиализ
 - В) куп микдорда суюклик ичиш
 - С) оксилга бой пархез
 - Д) гемосорбция
33. Сурункали буйрак етишмовчилигига хос булган асосий 1 та модда алмашинуви бузилишини курсатинг:
- А) креатинин
 - В) липопротеидлар
 - С) аммиак
 - Д) липидлар
34. Сурункали буйрак етишмовчилигининг терминал боскичини даволашнинг 1 та асосий усулини курсатинг:
- А) перитонеал диализ
 - В) куп микдорда суюклик ичиш
 - С) оксили кам пархез
 - Д) гемосорбция
35. Миокард инфарктида юзага келган кардиоген шокка хос 1 та белги:
- А) систолик АБ нинг 80 мм.сим.уст. гача тушиши
 - В) совук тер босиши
 - С) пульс босимининг ошиши
 - Д) полиурия
36. Миокард инфарктининг 1 та атипик шаклини курсатинг:
- А) церебрал

- В) латент
- С) аралаш
- Д) нефротик

37. Миокард инфарктида тромболитик терапияга карши 1 та мутлак курсатма:

- А) геморрагик диатезлар
- В) уткир коронар синдром ST сегментининг кутарилиши билан
- С) миокард инфарктининг давомийлиги 12 соатгача
- Д) 2 дан ортик прекардиал уланишларда ST сегментининг 2 мм дан ортик огиши

38. Миокард инфарктида тромболитик терапияга карши 1 та мутлак курсатма:

- А) Анамнезида геморрагик инсульт
- В) миокард инфарктли беморлар
- С) миокард инфарктининг давомийлиги 12 соатгача
- Д) уткир коронар синдром ST сегментининг кутарилиши билан

НАЗОРАТ САВОЛЛАРИ

- 1.ЮИК бу нима?
- 2.ЮИКнинг хафли омиллар нимадан иборат?
- 3.МИнинг нечта босқичини биласиз?
- 4.МИнинг атипик шакллари нималар киради?
- 5.МИнинг асоратлари хакида нима биласиз?
- 6.МИни қайси касалликлар билан таққослайсиз?
- 7.МИ даволаш тактикаси қанақа?
- 8.МИни олдин олиш чоралари нимадан иборат?
- 9.Сурункали буйрак касалликга олиб келувчи касалликларни айтиб беринг?
10. Сурункали буйрак касаллигининг патогенези нимадан иборат?
- 11.СБКнинг клиник белгиларинг айтиб беринг.
- 12.СБК нечта босқичларин биласиз?
- 13.СБКнинг қайси босқичида беморларга гемодиализ буюрилади?
- 14.СБКнинг консерватив даволаш тамойиллари нимадан иборат?
- 15.СБК олдин олиш чоралар нимадан иборат?

ГЛОССАРИЙ

Модуль – тарбиялаш, ўқитишга ўрнатилган мақсадлар ва натижаларга нисбатан муайян мантиқий тугалланганликка эга бўлган ўқув фани (курси) ёки ўқув фанлари (курслари)нинг маълум бир қисми

OSCE – Объектив структуралашган клиник имтихон.

Кейс – стади - Конкрет вазият, тўплам, ўқитиш.

АБ - артериал босим

ЮИК- юрак ишемик касаллиги
ЎКС – ўткир коронар синдром
МИ – миокард инфаркти
АлАТ-аланинтрансаминаза
АсАТ- аспартат трансаминаза
ЛДГ- лактатдегидрогеназа
КФК- креатинфосфокиназа
ЭЧТ- эритроцитлар чўкиш тезлиги
ЎАТЭ -ўпка артерияси тромбозмболияси
КШ – кардиоген шок
НЬ - гемоглобин
Н1 - гематокрит
АВ - атриовентрикуляр
АБ - артериал босим
АДГ - антидиуретик гормон
АКТГ - адренкортикотроп гормон
АТ - антитело
АТФ - аденозинтрифосфор кислота
(аденозинтрифосфат)
КТ - компьютерная томография
МРТ - магнитно-резонансная томография
СБЕ - сурункали буйрак етишмовчилиги
ПВ - протромбин вакти
ПТИ - протромбин индекси
САБ-систолик артериал босим
СБЕ – сурункали буйрак етишмовчилиги
АБ - артериал босим
АГ – артериал гипертензия
ҚАЕ - қон айланиш етишмовчилиги
КФ - коптокчалар фильтрацияси
ЮТС- юрак-томир синдроми
ЭКГ – электрокардиограмма
ЭхоКГ - эхокардиография
СБК- сурункали буйрак касаллиги