

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

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

“Тасдиқлайман”  
Малака ошириш тармоқ  
маркази директори  
**Баймаков С.Р.** \_\_\_\_\_

“ \_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 2015 йил

**“Терапияда янги диагностик ва даволаш усуллари” 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

<b>ИШЧИ ДАСТУР</b> .....	
Ошибка! Закладка не определена.	
<b>КАЛЕНДАР РЕЖА</b> .....	<b>9</b>
<b>МАЪРУЗА МАТНИ</b> .....	<b>10</b>
1-МАВЗУ. Артериал гипертониялар.	
Янги диагностик усуллари .....	<b>10</b>
2-МАВЗУ. Артериал гипертонияларда янги даволаш усуллари.....	
<b>ТЕСТ САВОЛЛАРИ</b> .....	<b>19</b>
<b>НАЗОРАТ САВОЛЛАРИ</b> .....	<b>20</b>
<b>ГЛОССАРИЙ</b> .....	<b>24</b>

## **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**

**“Терапияда янги диагностик ва даволаш усуллари”** модулини ўзлаштириш жараёнида амалга ошириладиган масалалар доирасида тингловчилар:

- педагогик фаолият, олий таълимда ўқитиш жараёнинини технологиялаштириш билан боғлиқликда юзага келаётган терапевтик касалликларда янги диагностик усулларини билиши керак;
- терапевтик касалликларини янги даволаш усулларни билиши керак.

### **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 “Артериал гипертониялар” мавзуда бўлган, ананавий тасаввурлар ўзгариб борапти ва куплаб янгиликлар киритиляпти.

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 тақсимоти:**

**Модул бўйича соатлар тақсимоти:**

№	Модул мавзулари	Тингловчининг ўқув юкلامаси, соат					
		Ҳаммаси	Аудитория ўқув юкلامаси				Мустақил таълим
			жами	жумладан			
				Назай	Амалий машғулот	Кўчма машғулот	
1.	Артериал гипертониялар. Янги диагностик усуллари	6	4	2	2		2
2.	Артериал гипертонияларда янги даволаш усуллари	4	4		2	2	
	<b>Жами:</b>	10	8	2	4	2	2

## НАЗАРИЙ МАШҒУЛОТЛАР МАЗМУНИ(2 соат маъруза)

### Мавзу. Артериал гипертониялар. Янги диагностик ва даволаш усуллари

#### Маъруза режаси:

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

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

Демак, артериал гипертензия тиббиёт амалиётида кенг учрайди. Уларни ўз вақтида аниқлаш, бир-биридан фарқлай билиш, касалликни даволашнинг самарасини оширувчи омиллардан бири бўлиб ҳисобланади. Асосий касалликни аниқлашда текшириш усуллариининг аҳамияти катта эканлигини ҳисобга олиш талаб қилинади.

## АМАЛИЙ МАШҒУЛОТЛАР МАЗМУНИ (4 соат)

### 1мавзу:Артериал гипертонияларда янги диагностик усуллари (2 соат)

#### Режа:

1. Кириш қисм.
2. Назарий қисм
- 3.Аналитик қисм: вазиятли масалалар, тестлар ечиш, ЭКГ таҳлили.
4. Якуний қисм.

1 Кириш қисмида “Артериал гипертония” мазмуннинг моҳияти, таърифи, тарқалиши, ички касалликлар патологиясида урни ва аҳамияти айтиб утилади.

2.Назарий қисмида тингловчиларга артериал гипертониянинг этиологияси ва патогенези тўғрисида маълумотлар берилади; таснифи , клиникаси,

артериал гипертониянинг ҳар хил турлари билан таништирилади ва замонавий диагностик усуллари ўргатилади.

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

Кейс: “Артериал гипертония. Замонавий диагностика”

4. Яқуний қисм. Хулоса.

**2 мавзу: Артериал гипертонияларда янги даволаш усуллари (2 соат)**

**Режа:**

1. Кириш қисм.

2. Назарий қисм

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

4. Яқуний қисм.

1 Кириш қисмида артериал гипертонияларда ишлатиладиган янги даволаш усуллар хақида қисқача ахборот берилади.

2. Назарий қисмида тингловчиларга артериал гипертониянинг замонавий даволаш принциплари ўргатилади. Номедикаментоз даволаш : пархез ва бошқа усуллардан гапирилади. Медикаментоз даволашга қирадиган асосий 5 гуҳ дориларга эътибор қаратилади

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

Кейс: “Артериал гипертония. Замонавий диагностика”

4. Яқуний қисм. Хулоса.

## **МУСТАҚИЛ ТАЪЛИМ МАВЗУЛАРИ**

1. Дарслик ва ўқув кўлланмалар бўйича мавзуларини ўрганиш.

2. Таркатма материаллар бўйича маърузалар қисмини ўзлаштириш.

3. Маҳсус адабиётлар бўйича фанлар бўлимлари ёки мавзулари устида ишлаш.

4. Янги техникаларни, аппаратураларни, жараёнлар ва технологияларни ўрганиш.

5. Фаол ва муаммоли ўқитиш услубидан фойдаланиладиган ўқув машғулотлари, case-study тузиш.

6. Масофавий (дистанцион) таълимни урганиш .

7. Қиёсий ташхис алгоритмини тузиш.

8. Мавзуларнинг бирдан графикли органайзерларни тайёрлаш.

9. Ташхис кўйишда ва даволашда янгиликлар (интернет, монографиялар, кўлланмалар, журнал мақолалари)

10. Ташхиснинг замонавий тамойиллари

11. Стандарт даволашлар (жадвал, схема, кроссворд)
12. Тестлар ва вазиятли масалалар тузиш (20 тадан кам эмас)

### **АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ**

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 бакалавриатига 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 "Ўзлуксиз 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. Терапия М.А. Хўжамбердиев - лотин ёзувида, Тошкент 2006й.

20. Голиш Л.В. Проектирование и планирование педагогических технологий: /Серия «Современные технологии обучения». Издание 2-е, исправленное и дополненное. Учебно-методическое пособие для тренинга. - Ташкент. ТГЭУ, 2010.- 151с.

21. Корнеева Л.И. Современные интерактивные методы обучения в системе повышения квалификации: зарубежный опыт. Университетское управление: практика и анализ. М, 2004; с. 78-83

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 маълумотлар:**

1. [www.ziyonet.uz](http://www.ziyonet.uz)
2. [www.edu.uz](http://www.edu.uz)
3. [www.pedagog.uz](http://www.pedagog.uz)
4. [www.tdpu.uz](http://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](http://www.tma.uz),
9. [www.medline.ru](http://www.medline.ru),
10. [www.rambler.ru \oncology\](http://www.rambler.ru/oncology/)



11. [www.oncowed.ru](http://www.oncowed.ru),
12. [www.esmo.org](http://www.esmo.org)
13. [www.stvolkletki.ru](http://www.stvolkletki.ru)
14. [www.cbio.ru](http://www.cbio.ru)

## 2. КАЛЕНДАР РЕЖА

№	Мавзулар	Машғулот тури	Соати	Ўтказилиш муддати
1.	Артериал гипертониялар. Янги диагностик ва даволаш усуллари	маъруза	2	ойнинг тўртинчи ҳафтаси
2.	Артериал гипертонияларда янги диагностик усуллари	Амалий	2	Ойнинг тўртинчи ҳафтаси
3.	Артериал гипертониялар. Янги даволаш усуллари	Амалий	2	ойнинг тўртинчи ҳафтаси
4.	Берилган мавзулар буйича мустакил иш.	Мустакил таълим	2	ойнинг тўртинчи ҳафтаси
	Жами:		8	

## МАЪРУЗА МАТНИ

### 1-МАВЗУ. «АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНИАЛАР. ЯНГИ ДИАГНОСТИК УСУЛЛАРИ»

#### РЕЖА.

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

8. Аортанинг коарктацияси.

9. Акромегалия

**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 кон босим

АДГ- антидиуретик гормон

АКТГ-адренкортикотроп гормон

САГ- симптоматик артериал гипертония

ААГ-Антиагрегантлар

АЎФИ- Ангиотензин1 нинг ангиотензин 2 га ўтишини ўзгартирувчи ингибиторлар

КФ	Коптокчалар фильтрацияси
КФК	Креатинфосфокиназа
ПТИ	Протромбин индекси
СБЕ	Сурункали буйрак етишмовчилиги
СҚАЕ	Сурункали кон айланиш етишмовчилиги
СТСС	Синус тугунининг сусайиш синдроми
УТТ	Ультра товуш текшируви
ФС	Функционал синф
ЧҚ	Чап қоринча гипертрофияси
ЮҚС	Юрак қисқаришлари сони
ЭКГ	Электрокардиография
ЭХОКГ	Эхокардиография

**АРТЕРИАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯ (АГ)**

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

Артериал гипертонияда (АГ) тўғри олиб борилган даво асоратларни, инсультдан ва инфарктдан ўлим холатларини камайишига олиб келади. АГга 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, яъни гипертония касаллигига тўғри келади.

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

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

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

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

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

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

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

1. оилавий анамнез (наслий моиллиги).
2. беморда ёки унинг ота-онасида липид алмашинувининг бузилганлиги.
3. беморда ёки унинг ота-онасида қандли диабет борлиги.
4. беморда ёки унинг ота-онасида буйрак касалликларининг аниқланганлиги.
5. семизлик.
6. алкоголь истеъмол қилиш (бир кунда 60 мл дан кўпроқ).

7. ош тузини меъридан ортиқ истеъмол қилиш.
8. стресс.
9. гиподинамия.
10. чекиш.
11. беморнинг характери ва унинг атрофидаги муҳит.

## **2.АГ нинг ТАСНИФИ**

1993 йили АҚБ хусусиятига кўра АГ нинг янги таснифи таклиф қилинган. Бу таснифга кўра АБ нинг меъёри 130/85 мм.см.уст дан паст қилиб белгиланган. Меъёрнинг юқори чегараси: 130-139/85-89 мм. см. уст.

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

## **АГ нинг ЭТИОЛОГИЯСИ.Симптоматик АГ учрайдиган касалликлар.**

1. Буйракнинг паренхиматоз касалликлари.
2. Вазоренал ёки реноваскуляр 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 ҳисобланади.

## **3.БУЙРАКНИНГ ПАРЕНХИМАТОЗ КАСАЛЛИКЛАРИ.**

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

Этиология. Кўпчилик ҳолларда 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 ҳажмининг кенгайиши ёки бўлмаши, буйракда конкрементлар).

- Қон биохимияси (мочевина, креатининмиқдори ошган бўлиши мумкин).
- Буйрак биопсияси.
- Буйракни компьютер томографияси, магнит-резонанс томография (МРТ) қилиш.
- Экскретор урография.

Даволаш. Даволаш икки йўл билан олиб борилади.

1. Асосий касаллигини даволаш.
2. Артериал гипертензияни даволаш.

АГни даволаш учун қуйидаги дори воситалар ишлатилади.

- халқали диуретиклар (фуросемид, торасемид), калий сақловчи диуретикларни бериш тақиқланади. АПФ ингибиторлари (энам, каптоприл, эналаприл).
- Кальций антогонистлари (коринфар).
- Альфа адреноблокаторлар (фентоламин).

Сурункали буйрак етишмовчилигининг терминал босқичида АҚБни камайтириш учун гемодиализ ёки буйрак трансплантацияси ўтказилади.

ЯҚНВ тавсия қилинмайди (улар қон томирларни кенгайтирувчи буйрак простогландинларини синтезини камайишига олиб келади).

#### **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 (қўпинча проксимал 1/3 қисмида учрайди) 60-70% асосан ўрта ва катта ёшдаги эркакларда учрайди.
2. Буйрак артерияларининг фибромускуляар дисплазияси (25% холларда 2 томонлама) (30-40% ). Кўпроқ ёш аёлларда учрайди, буйрак артерияларининг дистал 2/3 қисми зарарланади.
3. Буйрак артериялари тромбози ёки аневризм.

Клиникаси. Касаллик клиникасида 2 хил гуруҳ симптоматика вужудга келади.

1. Асосий касаллик симптомлари.
2. Артериал гипертензия симптомлари.

Реноваскуляар АГ тўғрисида қуйидаги холларда ўйлаш мумкин.

- АҚБ кўтарилиши 30 ёшгача ёки 50 ёшдан кейин тез авж олганда.
- АПФ ингибиторларидан кейин буйрак филтрацияси камайганда.
- АГли беморларда тўсатдан буйрак филтрацияси камайганда.
- Эпигастрал сохада, қорин ёки ёнбош сохаларида систолик шовқин аниқланганда.
- Тарқоқ атеросклерозда.

Диагностикаси.

- 1) буйрак томирлари артериографияси (буйрак артериялари стенози).
- 2) Буйрак артерияларининг доплерографияси (турбулент оқим).
- 3) Буйрак стинциографияси (препарат абсорбцияси сусайган).
- 4) Қон зардобида ренин фаоллиги аниқланади.
- 5) Синама 3 кун олдин гипотензив воситалар (каптоприл) берилади. Синама мусбат: АРП>12 нг/мл/ч. Каптоприл берилишидан олдин 30 ва ва берилишидан кейин 60 қон олинади.

Даволаш. Буйрак артерияларида қон оқими яхшилаш 85% ҳолларда АҚБ тушишига олиб келади. Бунинг учун кўпинча хирургик даво олиб борилиб, транлюминал ангиопластика ёки баллон дилатацияси ўтказилади. Хирургик даво қилиш имкони туғилмаганда консерватив даво олиб борилади. Даво сифатида:

- Кальций антогонистлари (коринфар, нефидепин, фемодепин).
- Диуретиклар буюрилади.
- Бета блокаторлар (анаприлин, талинолол, пропранолол).
- АПФ ингибиторлари реноваскуляр гипертензияда яхши ёрдам беради, лекин 2 томонлама стенозда ёки ягона буйрак артерияси стенозида ўткир буйрак етишмовчилигига олиб келиши мумкин.

### **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. Қасаллик клиникасида 2 хил гуруҳ симптоматика вужудга келади.

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

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

Диагностикаси.

Клиник симптомларидан ташқари текширишларда метоболик алколоз, гипернатриемия, гипокалиемия, қон зардобид ва сийдикда альдостерон миқдорининг ошганлиги, қон зардобид 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.

Даволаш.

Буйрак усти безининг 2 томонлама гиперплайзиясида калий сақловчи диуретиклар (спиронолактон, амлорид, триамтерен) тавсия қилинади. Кальций антогонистларидан нифедипин қўлланилади.

Буйрак усти безининг аденомасида хирургик даво тавсия қилинади. Хирургик даводан кейин 75% беморлар тузалиб кетади, қолган 25% ҳолатда АГ сақланиб қолади ва доимий медикаментоз давога мухтож бўлишади.

## **6.КУШИНГ СИНДРОМИ.**

Тарқалиши. Барча АГнинг 1% дан камроғини ташкил қилади.

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

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

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

Диагностикаси.

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

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

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

Даволаш.

Гипофиз аденомасида трансфеноидал гипофизэктомия ўтказилганда 80% ҳолларда яхши самара беради. Нур билан даволаш ҳам яхши самара бериши мумкин. Оғир ногиронликка олиб келувчи вазиятларда ва даволашдан яхши самара бўлмаганда 2 томонлаа адреналэктомия қилинади. Адьювант даво сифатида кетоконазол ва митотан қўлланилади, улар буйрак усти безида кортизол секрециясини камайтиради. АКТГ эктопик секрецияси синдромида иложи борича ўсмани олиб ташлаш лозим. Аденома ва буйрак усти безининг ракида ҳам хирургик йўл билан олиб ташланади. Операция қилиб бўлмайдиган ўсмаларда ёки нотўлиқ резекция қилинган вазиятларда даво воситаси сифатида митотан қўлланилади. қўшимча дори сифатида сийдик хайдовчилар, жумладан спиронолактон қўлланиши мумкин.

## **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.

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. *Даволаш:* оғир АГ даволаш фентоламин в/и, радикал даво: танлаш усули ўсмани хирургик усулда олиб ташлаш. Операциядан олдин альфа адреноблокаторлар артериал босим меёрига келгунча бериб турилади. Агар хирургик даво мумкин бўлмаса феноксibenзамин (альфа-адреноблокатор), ёки альфа метилтирозин бериб турилади. Бета-адреноблокаторлар тавсия қилинмайди.

## **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 коворғалар узурацияси, (коллатерал қон айланишнинг коворғалараро 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: аортаграфия.

Даволаш: танлаш усули-хирургик коррекция ёки ангиопластика. Операциядан кейин хам вақтинчалик АГ бўлиши мумкин, олдини олиш мақсадида бета-адреноблокаторлар буюрилади. Медикаментоз даво АПФ-ингибиторлари ва кальций антогонистлари.

## **9.АКРОМЕГАЛИЯ.**

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

Этиология. Соматотроп гармон ишлаб чиқарувчи гипофиз аденомаси. Клиник кўриниши: юмшоқ тўқималарнинг қалинлашиб, қўл ва оёқларини



катталашиши. Бўғимларида оғриқ, глюкозага толерантликни бузилиши, макроглоссия. Юрак қон томирлардаги ўзгаришларга АГ (кўпинча оғир бўлмайд), кардиомегалия, ЮИКни эрта пайдо бўлиши, аритмия, ДКМП, қон томир етишмовчилиги (10-20% холларда). **Диагностика:** самототропин-ингибирловчи глюкозали тест. 100 гр глюкоза ичганидан 2 соатдан кейин самототропин гормоннинг миқдори 2 мг/мл дан ошади.

Даволаш: ўсимтани трансфеноидал олиб ташлаш. Адекват даво сифатида медикаментоз препаратлардан қуйидагилар қўлланилади (бромкрептин, октероид ва нурлаш).

### НАЗОРАТ САВОЛЛАРИ

1. Артериал гипертензияга қандай касалликлар олиб келади?
2. Артериал гипертензиянинг тарқалиши қандай?
3. Қайси буйракнинг паренхиматоз касалликларда артериал гипертензия учрайди?
4. Эндокрин касалликларда артериал гипертензиянинг қандай хусусиятлари бор?
5. Вазоренал гипертензия - бу нима?
6. Артериал гипертензияни даволаш тамойиллари нимадан иборат?
7. Артериал гипертензияларнинг долзарб муамолари нимдан иборат?
8. Артериал гипертензияларни даволашда қанақа номедикаментоз усуллари бор?
9. Артериал гипертензияларни қиесий таққослашда қандай диагностик усуллардан фойдаланамиз?
10. Замонавий гипотензив воситаларнинг таснифини биласизми?
11. Феохромоцитомда учрайдиган артериал гипертензиянинг ўзига хос хусусиятлари қанақа?
12. Буйрак касалликларда учрайдиган артериал гипертензияларнинг диагностик мезонларини биласизми?
13. Аорта коарктациясининг диагностик мезонларини биласизми?
14. Гипертензия касаллигининг асоратларини биласизми?
15. Гипертоник кризнинг кечиш турларини ва даволашини биласизми? даволаш усуллари.
16. Артериал гипертензияларни олдин олиш чораларни биласизми?

### АДАБИЁТЛАР

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.Терапия М.А. Хўжамбердиев - лотин ёзувида, Тошкент 2006й.
- 8.Голиш Л.В. Проектирование и планирование педагогических технологий: /Серия «Современные технологии обучения» Учебно-методическое пособие для тренинга. - Ташкент. ТГЭУ, 2010.- 151с
- 9.Корнеева Л.И. Современные интерактивные методы обучения в системе повышение квалификации: зарубежный опыт. Университетское управление: практика и анализ. М, 2004; с. 78-83
10. Проектирование и планирование педагогических технологий в медицине Учебно-методическое пособие под редакцией проф. Тешаева О.Р. Ташкент. ТМА, 2010. – 139 с.
- 17.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.ziynet.uz](http://www.ziynet.uz)
2. [www.edu.uz](http://www.edu.uz)
3. [www.pedagog.uz](http://www.pedagog.uz)
4. [www.tdpu.uz](http://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](http://www.tma.uz),
9. [www.medline.ru](http://www.medline.ru),
10. [www.rambler.ru \oncology\](http://www.rambler.ru/oncology)
11. [www.oncoweb.ru](http://www.oncoweb.ru),

#### **2-Мавзу.Артериал гипертонияларда янги даволаш усуллари**

##### **РЕЖА.**

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

8. Аортанинг коарктацияси.

9. Акромегалия

**Таянч иборалар:**

АБ - артериал босим

САБ- систолик артериал босим

ДАБ-диастолик артериал босим

ЭЧТ- эритроцитлар чўкиш тезлиги

ЎАТЭ -ўпка артерияси тромбоземболияси

ББ- бета блокаторлар

АКБ- артериал кон босим

АДГ- антидиуретик гормон

АКТГ-адренкортикотроп гормон

САГ- симптоматик артериал гипертония

ААГ-Антиагрегантлар

**АРТЕРИАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯ КАСАЛЛИГИНИНГ БОСҚИЧЛАРИ  
БЎЙИЧА ТАСНИФИ.**

АБ даражасининг БЖССҚ/МОТ (1999й.) бўйича таснифи.

Категориялар	Систолик	Диастолик
Оптималь	< 120	<80
Нормал	<130	<85
Баланд норма	130-139	85-89
I даражали гипертония	140-159	90-99
II даражали гипертония	160-179	100-99
III даражали гипертония	>180	>110
Чегараланган систолик	>140	<90

**АГ НИНГ АСОСИЙ ЭТИОЛОГИК САБАБЛАРИГА НИСБАТАН ТАСНИФИ.  
(БЖССҚ 1996 й.)**

А. Эссенциал гипертония.

Б. Иккиламчи Артериал гипертония.

1. Дорилар ёки экзоген моддалар.

Гормонал контроцептивлар.

Кортикостероидлар.

Симпатомиметиклар.

Эритропоэтин.

2. Буйрак касалликлари.

Буйрак паренхимаси касалликлари:

Ўткир ва сурункали гломерулонефритлар.

Сурункали пиелонефритлар.

Буйрак поликистози.

Диабетик нефропатия.

Гидронефроз.

Буйрак травмаси (жарохатланиш).

Реноваскуляр АГ (мускул фиброзли дисплазия, ИАА буйрак артериялари, буйрак артериялари атеросклерози).

3. Эндокрин касалликлари:

Акромегалия.

Гипотериоз.

Гипертериоз.

Буйрак усти беши касалликлари:

А. Пўстлоқ қаватининг шикастланиши:

Бирламчи альдостеронизм (Конн синдроми).

Б. Мия қаватининг шикастланиши:

Феохромацитома ва хромофин хужайралари ўсмаси (буйрак усти безидан ташқарида жойлашган) ракли ўсма.

4. Аорта коарктацияси ва аортитлар.

5. Ҳомиладорлик асоратлари.

6. Неврологик касалликлар.

Бош мияда босимнинг ошиши (травма ва бошқа сабабларга кўра).

Мия ўсмалари.

Энцефалитлар.

Уйқу вақтида апноэ.

7. Хирургик асоратлар.

8. Операциядан сўнгги гипертония.

#### **ГИПОТЕНЗИВ ПРЕПАРАТЛАРНИНГ ТАСНИФИ.**

Препаратлар гуруҳлари:

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

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

III. Кальций антогонистлари.

Дигидропридинлар: нифедипин, амлодипин (норваск).

Бензодиазепинлар: дилтиазем.

Фенилалкиламинлар: верапамил.

IV. Ангиотензин ўзгартирувчи фермент ингибиторлари.

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

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

Ангиотензин узгартирувчи фермент ингибиторлари (АУФ) таснифи:

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

2-синф., липофил продорилар:

2а-синф препаратлари, актив метоболитлари буйрак оркали ажралади:

беназеприл (лотензин), квинаприл (акупро), периндоприл (престариум), цилазаприл (инхибейс), эналаприл (ренитек).

2в-синф препаратлари, актив метаболитлари 2 асосий йул билан элиминацияланади: моэксиприл (моэкс), рамиприл (тритане), спираприл (ренипресс), трандолаприл (гоптен), фозиноприл (моноприл).  
3-синф., гидрофил дорилар: лизиноприл (зестрил), церонаприл.

#### АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНИЯНИ ДАВОЛАШДА КИЁСИЙ ЁНДАШИШ:

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

## ФЕОХРОМОЦИТОМА



## АБ кўтарилганда бўладиган энг кўп шикоятлар

### ЭНСА СОҲАСИДАГИ ПУЛЬСАЦИЯЛОВЧИ ХАРАКТЕРДАГИ БОШ ОҒРИҚЛАР

- ✓ ЭРТАЛАБ УЙҚУДАН ТУРГАНДА БЎЛАДИГАН
  - ✓ ЭМОЦИОНАЛ ЗЎРИҚИШ БИЛАН БОҒЛИҚ
  - ✓ ИШ КУНИНИНГ ОХИРИДА КУЧАЯДИГАН
- Бош айланиши
  - Кўз олди қоронғилашиши
  - Ёмон уйқу
  - Қизиққонлик
  - Кўришнинг бузилиши
  - Юрак соҳасидаги оғриқлар

Хатто бемор ўзини яхши хис қилса ҳам қон босимини ўлчаш зарур!  
АҚБни ўлчамасдан касаллиқни аниқлаб бўлмайди!



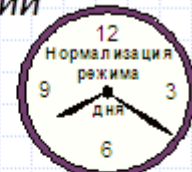
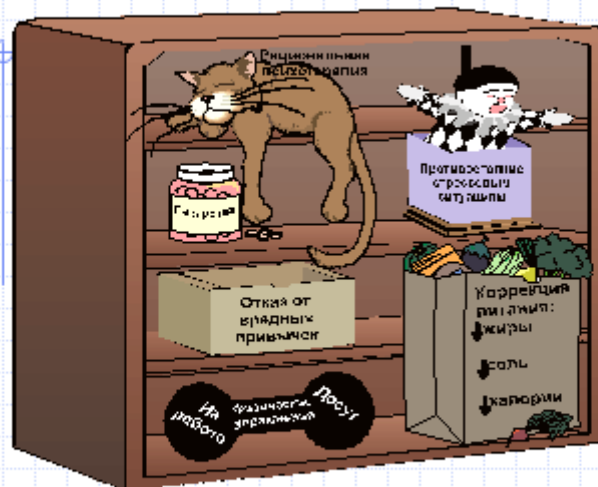
**Эслаб қолинг!**

Фақат ўз аҳволингизга ишониб қолманг!

АБ кўтарилиши ҳар доим ҳам аҳволнинг ёмонлашуви билан кечмайди!

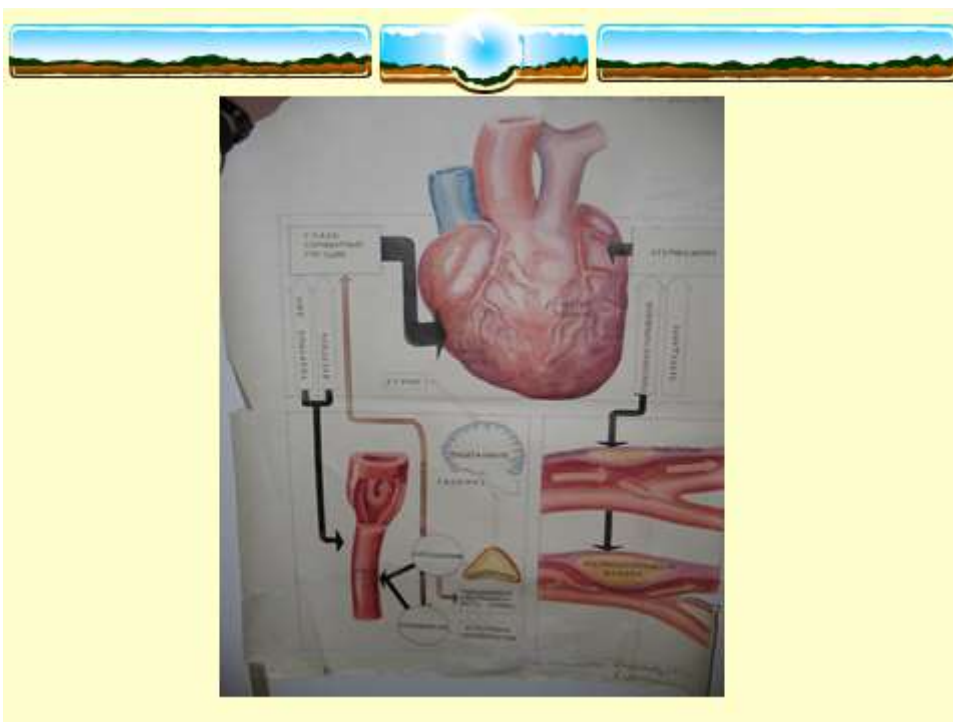


## ПРОФИЛАКТИКА И НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ



Ученые НИИ С.А.П.И.С. (Санкт-Петербургский институт кардиологии) НИИ С.А.П.И.С. (Москва) Минздрава России





## Гипертоник кризларни шартли равишда икки типга бўлинади :

### ◆ I типдаги криз

Яққол вегетатив кўринишлар – қаттиқ бош оғриши, тери қопламларини қизариши (юз териси), юрак уриши, қалтираш, титраш, кўп сийдик ажралиши билан кечувчи АБни нисбатан кам кўтарилиши билан боради.

### ◆ II типдаги криз

мия ва юрак томонидан бўладиган - қаттиқ бош оғриши, кўнгил айнаш, қайт қилиш, кўришнинг бузилиши, тиришиш, оғир ҳансираш, стенокардик оғриқлар билан кечувчи АБни жуда юқори кўтарилиши билан боради.

## ТЕСТ МУВОФИҚЛИГИ

1. Қуйидаги синдромлардаги ЭКГ белгиларин аниқланг:

- |                              |   |
|------------------------------|---|
| 1. Чап коринча гипертрофияси | А. $RV1 > 7\text{мм}$                         |
| 2. Ўнг коринча гипертрофияси | Б. $RV5 + SV1 > 35\text{мм}$                  |
| 3. Ҳилпилловчи аритмия       | В. Венкенбах-Самойлов даврлари                |
| 4. АВ қамал I даража         | Г. Р тишча йўқлиги , интервал R- R<br>хар хил |
| 5. АВ қамал II даража        | Д. Интервал $PQ > 0,22\text{сек}$             |

**2. Дориларни қайси гурпуага хослигини аниқланг:**

- |   |                                 |
|---|---------------------------------|
| 1. Фибринолитик                                 | А. Изосорбида динитрат, моносан |
| 2. Нейролептанальгезияга олиб келадиган дорилар | Б. Дроперидол, фентанил         |
| 3. Нитратлар                                    | В. Стрептокиназа, урокиназа     |
| 4. Гипотензив                                   | Г. Эналаприл                    |

**3. Дориларни фармакологик гурпуасини аниқланг:**

1. Антиаритмик дорилар III синф
2. Кальций каналларни блокловчи
3. Ангиотензин II рецепторларни блокловчи
4. Селектив  $\beta$ -адреноблокаторлар

**4. Қуйидаги касалликларга хос ЭхоКГ белгиларини танланг:**

- |   |                                     |
|---|-------------------------------------|
| 1. Митрал клапан тавақалари «балиқ томоғи» гаўхшаш, чап қоринча дилатацияси яққол ривожланган | А. Инфарктдан кейинги кардиосклероз |
| 2. Қоринчалараро деворининг чап қоринчанинг орқа тавақасига нисбатан коэффициенти $> 1,3$     | Б. Рестриктивли КМП                 |
| 3. Чап қоринча размери кичик  | В. Дилатацияли КМП                  |
| 4. Чап қоринча қисқариши регионар бузилган  | Г. ГКМП нинг обструктив шакли       |

**5. Препаратларнинг ноўя таъсирини кўрсатинг:**

1. Азатиоприн
2. Делагил

А. Яр  
Б. Гем



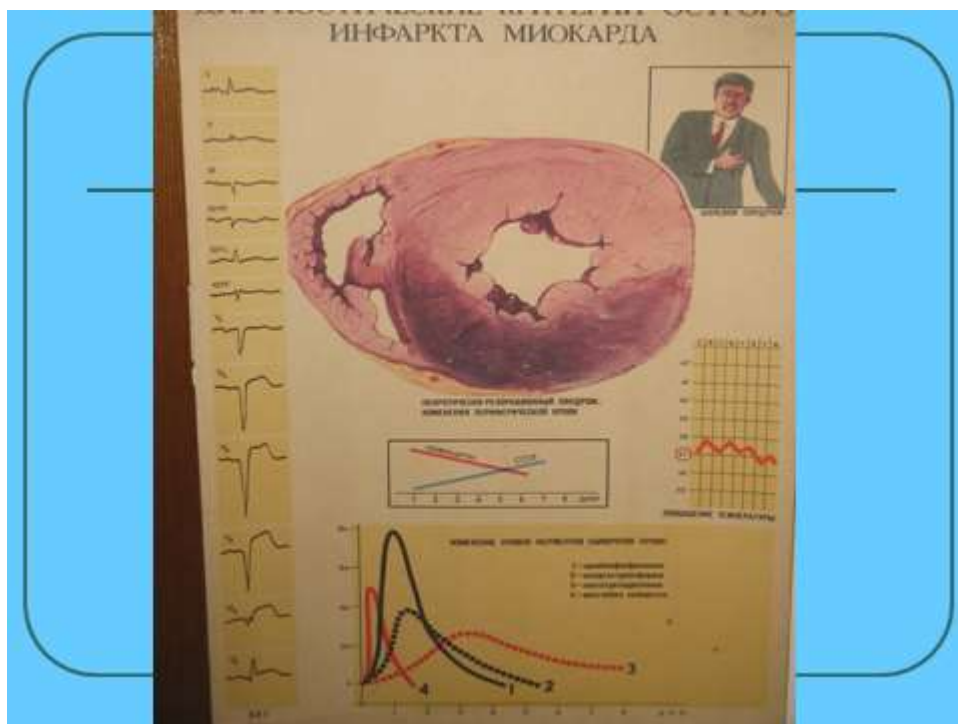
- 3. Индометацин
- 4. Гипотиазид
- 5. Каптоприл

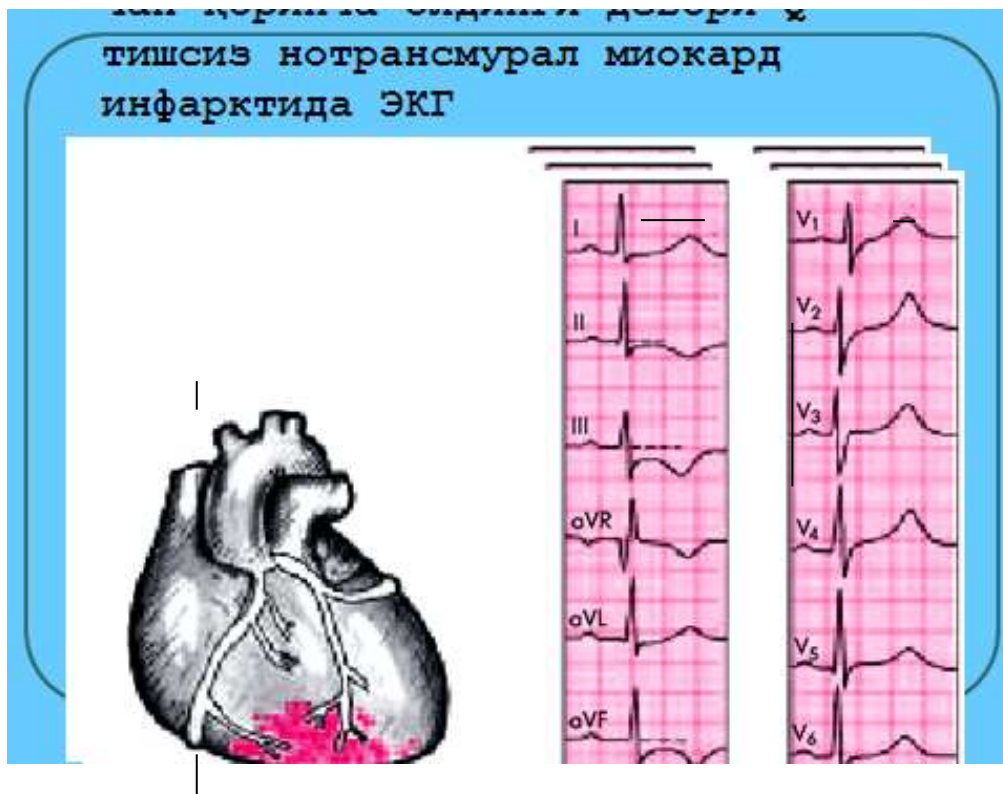
В. Ре  
Г. Йү  
Д. Ги

**6. Дориларни фармакологик группасини аниқланг:**

- |   |                         |
|---|-------------------------|
| 1. Антиаритмик дорилар III синф           | А. Атенолол, метопролол |
| 2. Кальций каналларни блокловчи           | Б. Верапамил            |
| 3. Ангиотензин II рецепторларни блокловчи | В. Амидарон             |
| 4. Селектив $\beta$ -адреноблокаторлар    | Г. Лозартан             |

**ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММАЛАР**





### НАЗОРАТ САВОЛЛАРИ

1. Артериал гипертензияга қандай касалликлар олиб келади?
2. Артериал гипертензиянинг тарқалиши қандай?
3. Қайси буйракнинг паренхиматоз касалликларда артериал гипертензия учрайди?
4. Эндокрин касалликларда артериал гипертензиянинг қандай хусусиятлари бор?
5. Вазоренал гипертензия- бу нима?
6. Артериал гипертензияни даволаш тамойиллари нимадан иборат?
7. Артериал гипертензияларнинг долзарб муамолари нимадан иборат?
8. Артериал гипертензияларни даволашда қанақа номедикаментоз усуллари бор?
9. Артериал гипертензияларни қиёсий таққослашда қандай диагностика усуллардан фойдаланамиз?
10. Замонавий гипотензив воситаларнинг таснифини биласизми?
11. Феохромоцитомда учрайдиган артериал гипертензиянинг ўзига хос хусусиятлари қанақа?

12. Буйрак касалликларда учрайдиган артериал гипертонияларнинг диагностик мезонларини биласизми?
13. Аорта коарктациясининг диагностик мезонларини биласизми?
14. Гипертония касаллигининг асоратларини биласизми?
15. Гипертоник кризнинг кечиш турларини ва даволашини биласизми? даволаш усуллари.
16. Артериал гипертонияларни олдин олиш чораларни биласизми?

## АДАБИЁТЛАР

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.

### Интернет маълумотларн:

1. <http://emedicine.com/ent/NASAL AND SINUS DISEASES.htm>
2. <http://www.emedicine.com/ent/MEDICAL TOPICS.htm>
3. [www.tma.uz](http://www.tma.uz),
4. [www.medline.ru](http://www.medline.ru),
5. [www.rambler.ru \oncology\](http://www.rambler.ru/oncology/)
6. [www.oncoweb.ru](http://www.oncoweb.ru),

## 5. ТЕСТ САВОЛЛАРИ

1. Артериал гипертензияли ва синусли брадикардияли беморга қайси препарат қўлланилмайди?
  - А) верапамил
  - В) эналаприл
  - С) апрессин
  - Д) каптоприл
  - Е) нифедипин
2. Артериал гипертензия учун қайси 1 та омил хавфли омилга кирмайди?
  - А) вирусли инфекция
  - В) чекиш
  - С) кандли диабет
  - Д) семириш
  - Е) кам ҳаракатлик
3. Чап қоринча етишмовчилиги учун қайси 1 та белги хос:
  - А) ўпкада нам димланган хириллашлар
  - В) анорексия

- С) асцит  
 Д)бўйин веналарининг бўртиши  
 Е)жигарнинг катталашиши
4. Чап қоринча етишмовчилиги учун қайси 1 та белги хос?  
 А)ортопноэ  
 В)анорексия  
 С)асцит  
 Д)бўйин веналарининг бўртиши  
 Е)жигарнинг катталашиши
- 5) Буйрак артериялари атеросклерози учун қайси 1 та белги хос?  
 А) гиперениемия  
 В)гипокалиемия  
 С)экзофтальм  
 Д)гипергликемия  
 Е)ойсимон юз
- 6) Қоринчали экстрасистолияни даволаш учун қайси 1 та антиаритмик препарат самарали?  
 А)амиодарон  
 В)дигоксин  
 С)изоптин  
 Д)верапамил  
 Е)строфантин
- 7)Феохромоцитомга шубха қилинганда қайси 1 та текшириш усули ўтказилади?  
 А) норадреналин ва унинг метаболитлари  
 В)17-ОКС  
 С)тиреотроп гормонлар  
 Д)қондаальдостеронни текшириш  
 Е)қонда электролитларни текшириш
- 8) Гипертония касаллиги учун ЭКГ га хос 1 та белгини кўрсатинг:  
 А) чап қоринча гипертрофияси  
 В) "U" тишча амплитудасининг ошиши  
 С)бўлмача –қоринча ўтказувчанлигининг сусайиши  
 Д)дельта тўлқининг мавжудлиги  
 Е)PQ интервалининг қисқариши
9. Тўсатдан ўлимни камайтирувчи 1 та препаратни кўрсатинг:  
 А)метопролол  
 В)тразикор  
 С)верапамил  
 Д)нифедипин,  
 Е)фентоламин
10. Кардиоген шокда қуйидаги 1 та препарат қўлланилади:  
 А)допамин  
 В)строфантин

С)рибоксин

Д)полиглюкин

Е)кокарбоксилаза

11. Упка шиши учун хос 1 та белгини ажратинг:

А) ўпкада нам хириллашлар

В) бўйин веналарининг бўртиши

С) кўплаб хуштаксимон хириллашлар

Д)ЭКГ да ўнг бўлимнинг зўриқиши

Е) оёқда шиш

12) В-адреноблокаторларни тўсатдан тўхтатилганда кузатилиши мумкин:

А)қон босимини ошиши

В) тахикардия

С) тўсатдан юрак ўлими

Д)миокард инфаркти

Е) хамма санаб ўтилганлар

13. Артериал гипертензияни номедикаментоз даволашга хос эмас:

А) жисмоний фаолликни чегаралаш

В) етарлича жисмоний фаоллик

С) ортикча тана вазнини камайтириш

Д) ош тузини чегаралаш

Е)ёғларни овқатда камайтириш

14. Ангиотензин II рецепторларини блокаторларига кирмайди:

А)эналаприл

В) вальсартан

С)лозартан

Д)ирбесартан

Е) лозап

15. Чап қоринча гипертрофиясини аниқроқ кўрсатувчи текширув усули:

А)эхокардиография

В) ЭКГ

С)перкуссия

Д)рентгенологик текширув

Е) пальпация

16. Хафақон касаллигининг II даражасида беморни объектив текширувида аниқланади:

А)юрак чегараларини чапга силжиши

В) ўпка артериясида II тон акценти

С) юрак чегараларини кичрайиши

Д)юрак асосида диастолик шовқин

Е) юрак чегараларини ўнга силжиши

17. Чап қоринча гипертрофиясининг асосий ЭКГ белгилари:

А)R тишча амплитудаси баланд I. V<sub>5</sub>, V<sub>6</sub>, AVL ларда

В)Q-T интервалнинг узайиши

С)R тишча амплитудаси баланд II. V<sub>1</sub>, V<sub>2</sub> ларда

- D) T тишчанинг йўқлиги  
E) Q-T интервалнинг қисқариши
18. Ангиотензин II рецепторларини блокаторларига кирмайди:  
A) периндоприл  
B) лозартан  
C) вальсартан  
D) ирбесартан  
E) телмисартан
19. Ҳафақон касаллигини даволашда қуйидагиларни қайси бири нораціонал комбинация хисобланади:  
A) В-адреноблокаторлар + кальций каналларини блокаторлари  
B) В-адреноблокаторлар + диуретиклар  
C) АПФ ингибиторлари + кальций каналларини блокаторлари  
D) АПФ ингибиторлари + диуретиклар  
E) ҳамма жавоб тўғри
20. Ҳафақон касаллигининг II даражасида беморни объектив текширувида аниқланади:  
A) юрак чегараларини чапга силжиши  
B) юрак асосида систолик шовқин  
C) аортада II тон акценти  
D) юрак чегараларини кичрайиши  
E) юрак чегаралари ўзгармаган
21. Ҳафақон касаллигининг III даражаси қайси белгиларга асосланади:  
A) нишон аъзоларидаги асоратлар  
B) чап қоринча гипертрофияси  
C) унғ қоринча гипертрофияси  
D) турғун юқори қон босими  
E) аортада II тон акценти
22. Чап бўлмача гипертрофиясининг асосий ЭКГ белгилари:  
A) R тишча амплитудаси баланд ва иккиланган I, AVL, V5, V6, AVL ларда  
B) T тишчанинг йўқлиги  
C) Q-T интервалнинг узайиши  
D) R тишча амплитудаси баланд II, V1, V2 ларда  
E) R тишча амплитудаси паст I, V5, V6, AVL ларда
23. Буйрак артериялари атеросклерози учун қайси 1 та белги хос?:  
A) турғунартериал гипертензия  
B) гипокалиемия  
C) экзофтальм  
D) гипергликемия
24. Реноваскуляр АГнинг 1 та сабабини курсатинг:  
A) фиброз мушак дисплазия  
B) диабетик нефросклероз  
C) гипертония касаллиги  
D) сурункали гломерулонефрит

25. Реноваскуляр АГнинг 1 та сабабини кўрсатинг:

- A) буйрак томирлари атеросклерози
- B) сурункали гломерулонефрит
- C) сурункали пиелонефрит
- D) ўткир пиелонефрит
- E) диабетик нефросклероз

26. Бирламчи гиперальдостеронизмга хос 1 та клиник белгини кўрсатинг:

- A) ифодаланган гипокалиемиа
- B) тананинг шишиши
- C) экзофтальм
- D) гиперкалиемиа
- E) гипергликемиа

27. Юракни "ремоделлашга" қуйидаги касаллик олиб келади:

- A) юрак клапанлари нуқсонлари
- B) НЦД
- C) артериал гипотензия
- D) миокардиодистрофия
- E) ўткир пиелонефрит

28. Бетта- блокаторларни қўллашга қарши 1 та кўрсатмани ажратинг:

- A) синус тугунининг сусайиш синдроми
- B) симптоматик артериал гипертензия
- C) тахикардия
- D) гипертензия касаллиги
- E) симптоматик гипертензия

29). Бетта- блокаторларни қўллашга қарши 1 та кўрсатмани ажратинг:

- A) синусли брадикардия
- B) симптоматик артериал гипертензия
- C) тахикардия
- D) гипертензия касаллиги
- E) мерцал аритмия

30. Носпецифик аортоартериитга хос 1 та патогенетик белгини кўрсатинг:

- A) антиэндотелиал антителаларининг ҳосил бўлиши
- B) цитокинлар гиперпродукцияси
- C) сепсис
- D) парапротеинлар гиперпродукцияси
- E) альдостероннинг ортиши

31. Артериал гипертензияли ва синусли брадикардияли беморга қайси дори тавсия этилмайди?

- A) верапамил
- B) эналаприл
- C) апрессин
- D) каптоприл
- E) нифедипин

32. Артериал гипертензия учун қайси 1 та омил хавфли омилга кирмайди?

- A) овқатдаги тузни камайтириш
  - B) чекиш
  - C) қандли диабет
  - D) семириш
  - E) кам ҳаракатлик
33. Чап қоринча етишмовчилиги учун қайси 1 та белги хос?
- A) ўпкада нам димланган хириллашлар
  - B) анорексия
  - C) асцит
  - D) бўйин веналарининг буртиши
  - E) жигарнинг катталашиши
34. Чап қоринча етишмовчилиги учун қайси 1 та белги хос?
- A) ортопноэ
  - B) анорексия
  - C) асцит
  - D) бўйин веналарининг бўртиши
  - E) жигарнинг катталашиши
35. Тиреотоксикозга характерли:
- A) экзофтальм
  - B) гиперениемия
  - C) гипокалиемия
  - D) гипергликемия
  - E) ойсимон юз
36. Қоринчали экстрасистолияни даволаш учун қайси 1 та антиаритмик препарат самарали?
- A) новокаинамид
  - B) дигоксин
  - C) изоптин
  - D) верапамил
  - E) строфантин
37. Артериал гипертонияни даволашда стандарт препаратларга кирмайдиган дорини танланг:
- A) дибазол
  - B) эналаприл
  - C) гипотиазид
  - D) нифедипин
  - E) ирбесартан
38. Тўсатдан ўлимни камайтирувчи 1 та препаратни кўрсатинг:
- A) конкор
  - B) тразикор
  - C) верапамил
  - D) нифедипин,
  - E) фентоламин
39. Кардиоген шокда қуйидаги 1 та препарат қўлланилади:



- А) добутамин
  - В) строфантин
  - С) рибоксин
  - Д) полиглюкин
  - Е) кокарбоксилаза
40. Реноваскуляр АГнинг 1 та сабабини кўрсатинг:
- А) буйрак томирлари атеросклерози
  - В) диабетик нефросклероз
  - С) гипертония касаллиги
  - Д) сурункали гломерулонефрит
  - Е) сурункали пиелонефрит

### **НАЗОРАТ САВОЛЛАРИ**

1. Артериал гипертензияга қандай касалликлар олиб келади?
2. Артериал гипертензиянинг тарқалиши қандай?
3. Қайси буйракнинг паренхиматоз касалликларда артериал гипертония учрайди?
4. Эндокрин касалликларда артериал гипертониянинг қандай хусусиятлари бор?
5. Вазоренал гипертония- бу нима?
6. Артериал гипертензияни даволаш тамойиллари нимадан иборат?
7. Артериал гипертонияларнинг долзарб муамоллари нимдан иборат?
8. Артериал гипертонияларни даволашда қанақа номедикаментоз усуллари бор?
9. Артериал гипертонияларни қиесий таққослашда қандай диагностик усуллардан фойдаланамиз?
10. Замонавий гипотензив воситаларнинг таснифини биласизми?
11. Феохромоцитомда учрайдиган артериал гипертониянинг ўзига хос хусусиятлари қанақа?
12. Буйрак касалликларда учрайдиган артериал гипертонияларнинг диагностик мезонларини биласизми?
13. Аорта коарктациясининг диагностик мезонларини биласизми?
14. Гипертония касаллигининг асоратларини биласизми?
15. Гипертоник кризнинг кечиш турларини ва даволашини биласизми? даволаш усуллари.
16. Артериал гипертонияларни олдин олиш чораларни биласизми?

### **ГЛОССАРИЙ**

- САБ- систолик артериал босим
- ДАБ- диастолик артериал босим
- АГ- артериал гипертензия

ААГ-Антиагрегантлар

НЬ - гемоглобин

Н1 - гематокрит

АВ - атриовентрикуляр

АБ - артериал босим

АДГ - антидиуретик гормон

АКТГ - адренкортикотроп гормон

АЛТ - аланинаминотрансфераза

АТ - антитело

АТФ - аденозинтрифосфор кислота  
(аденозинтрифосфат)

КТ - компьютерная томография

МРТ - магнитно-резонансная томография

СБЕ - сурункали буйрак етишмовчилиги

ПВ - протромбин вақти

ПТИ - протромбин индекси

АКБ- артериал кон босим

АДГ- антидиуретик гормон

АКТГ-адренкортикотроп гормон

САГ- симптоматик артериал гипертонаия

ААГ-Антиагрегантлар

АЎФИ- Ангиотензин1 нинг ангиотензин 2 га ўтишини ўзгартирувчи  
ингибиторлар

