**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ**

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ**

**ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ**

**1-СОН ИЧКИ КАСАЛЛИКЛАР КАФЕДРАСИ**



**Ички касалликлар, ГЕРИАТРИЯ**

**ФАНИ БЎЙИЧА**

**ЎҚУВ - УСЛУБИЙ МАЖМУА**

5510100 – даволаш иши

5111100 – касб таълими (5510100 – даволаш иши)

**Тошкент – 2017 й.**

Фаннинг ишчи ўқув дастури Ўзбекистон Республикаси Олий ва ўрта махсус таълим вазирлиги 2011 йил “21” октябрдаги “396”-сонли буйруғи билан тасдиқланган “Ички касалликлар, гериатрия” фани дастури асосида ишлаб чиқилган.

**“ТАСДИҚЛАЙМАН”**

Ўқув ишлари бўйича проректор

профессор Ш.A. Баймурадов

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2017 й

**Тузувчилар**:

|  |  |
| --- | --- |
| Н.М. Нуриллаева - | Малака ошириш ва қайта тайёрлаш факультетининг 1-сонли ич  ки касалликлар кафедраси мудири, т.ф.д., доцент |
| Н.Б. Нуритдинова -  Н.А. Хасанова -  **Тақризчилар**: | Малака ошириш ва қайта тайёрлаш факултетининг 1-сонли ички касалликлар кафедраси доценти, т.ф.н.  Малака ошириш ва қайта тайёрлаш факултетининг 1-сонли ички касалликлар кафедраси ассистенти. |

А.Г. Гадаев - ТТА, 3-сон ички касалликлар кафедраси профессори

М.З. Захидова - ТошВМОИ, УАШ тайёрлаш кафедрасимудири,

профессор

Фаннинг ўқув- услубий мажмуаси Тошкент тиббиёт академияси Илмий-услубий кенгашида тавсия қилинган ( 2017 йил\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ даги “\_\_\_\_” – сонли баённома)

**ФАННИНГ ЎҚУВ- УСЛУБИЙ МАЖМУАСИ МУНДАРИЖАСИ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Мундарижа** | **Бет** |
| 1 | Ўқув материаллари |  |
| 2 | Маърузалар мавзулари ва матни |  |
| 3 | Амалий машғулотлар мавзулари ва матни. |  |
| 4 | Масалалар ва топшириқлар тўплами |  |
| 5 | Кейслар тўплами |  |
| 6 | Назорат учун саволлар |  |
| 7 | Амалий машғулотлар учун асбоб-ускуналар рўйхати |  |
| 8 | Ҳорижий ва маҳаллий адабиётлар рўйхати |  |
| 9 | Мустақил таълим машғулотлари мавзулари ва услубий кўрсатмалари |  |
| 10 | Глоссарий |  |
| 11 | Иловалар |  |
| 12 | Фан дастури |  |
| 13 | Ишчи фан дастури |  |
| 14 | Тарқатма материаллар |  |
| 15 | Тестлар |  |
| 16 | Баҳолаш мезонлари бўйича услубий кўрсатмалар |  |
|  |  |  |

**Маъруза машғулотлари**

1-жадвал

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Маъруза мавзулари** | **Дарс**  **соатлари ҳажми** |
| **1** | Оилавий тиббиёт асослари.Оилавий тиббиет тарихи. Узбекистонда ривожланиш. УАШ ишлаш тамойиллари. Узаро мулокот асослари. | 2 |
| **2** | Кўкрак қафасидаги оғриқ синдроми.  Кўкрак қафасидаги коронароген оғриқлар дифференциал ташхиси. ЮИК, МИ кечиш хусусиятлари. Даволаш. Профилактика. УАШ тактикаси. | 2 |
| **3** | Артериал гипертензия ва бош огриги синдроми.  Артериал гипертензияларда дифференциал ташхис. Профилактика. УАШ тактикаси. | 2 |
| **4** | Бронхообструктив синдром. Бронхообструктив синдромда дифференциал ташхис. Балгамли йўтал ва қон туфлаш синдроми. Балғамли йўтал ва қон туфлаш синдромини қиёсий ташхислаш. Профилактика. УАШ тактикаси. | 2 |
| **5** | Шиш синдроми. Шиш синдромида дифференциал ташхис. Сурункали юрак етишмовчилигини замонавий даволаш усуллари. Профилактика. УАШ тактикаси. | 2 |
| **6** | Бўғим синдроми. Бўғим синдромида дифференциал ташхис. Даволашга индивидуал ёндошиш.Профилактика. УАШ тактикаси. | 2 |
| **7** | Гепатомегалия ва сариқлик синдроми.  Гепатомегалия ва сариқлик синдромида дифференциал ташхис. Профилактика. УАШ тактикаси. | 2 |
| **8** | Патологик сийдик чўкмасида дифференциал ташхис.  Протеинурия, лейкоцитурия, гематурия, цилиндурия ва бошкалар билан кечадиган касалликларнинг дифференциал ташхисоти. Профилактика. УАШ тактикаси. | 2 |
| **9** | Геронтология и умумий гериатрия.  Кариялармуаммолари. Карияларда ички касалликлар кечиш муаммолари ва хусусиятлари. Ушбу категория беморлари билан ишлаш тамойиллари. УАШ тактикаси. | 2 |
| **10** | Аритмия синдроми.Аритмиялар дифференциал диагностика. Даволаш. Профилактика. УАШ тактика. | 2 |
| **11** | Кардиомегалияваюракдагишовкинсиндроми  Кардиомегалияваюракдагишовкинлар дифференциал диагностикаси. Профилактика. УАШ тактика. | 2 |
| **12** | Иситмалашсиндроми.Ноаникэтиологиялииситма. Профилактика. УАШ тактикаси. | 2 |

**Жами 30 соат**

Маъруза машғулотлари мультимедиа қурилмалари билан жиҳозланган аудиторияда академик гуруҳлар оқими учун ўтилади.

# ОИЛАВИЙ ТИББИЁТ АСОСЛАРИ

## Маърузачи т.ф.д. Нуриллаева Н.М.

# *«Илк фаолиятимда инсонлар лаби,*

# *бурни ва юз ифодаларини бир бирига боғлиқ*

# *бўлмаган холда курганман ва тасвирлаганман.*

# *Энди эса вақт ўтиб ўзимнинг нодонлигимни англадим,*

# *уларни бутун яхлитликда кўриб тасвирлаш лозим экан».*

# ОГЮСТ РОДЕН

**Максад**: Узбекистонда оилавий тиббиет ривожланиши, асосларини тадбик этиш ва УАШ ишлаш хусусиятларини талабаларга ургатиш

**Вазифалар**:

1. УАШ тарихий асослари, функциялари, ишлаш хусусиятлари.
2. Оила билан ишлаш. Ишнинг хусусиятлари. Оилага маслахат бериш. Оилада психологик мухитни бахолаш. УАШ тамойиллари
3. УАШ фаолиятида профилактика. Инфекцион ва ноинфекцион касалликлар профилактикаси. Дастурлар ва тадбирлар. Профилактика турлари. Соглом турмуш тарзини таргибот килиш. Хавф омилларига таъсир килиш.
4. Мулокот санъати. Мулокотга таъсир этувчи омиллар. Мулокотдаги кийинчиликлар. Амалий маслахатлар. Консультация. Консультация турлари, принциплари.
5. УАШ ишини самарадорлигини ошириш конун, буйрук ва хужжатлари. Замонавий муаммолар

**Таянч сузлар:** Узбекистон, оилавий тиббиёт, УАШ ишлаш хусусиятлари ва тамойиллари, бирламчи тизим

Ўзбекистонда УМУМИЙ АМАЛИЁТ ВРАЧИ тизими ривожланишига таъсир этган омиллар

Буюк Британия УАВ тизими ривожланишида асосий роль ўйнаган давлатлардан бири хисобланади.1948 йилда у ерда ахолига кўптармоқли бепул тиббий хизмат кўрсатувчи, Миллий ССТ ташкил этилди.Ўтган асрнинг 70-йиллари охирига келиб Ғарбий Европа ва АҚШлари шифокорлари, тор мутаҳассислар сонини тобора ортиши, тиббиётни халқнининг асл эхтиёжларидан узоқлаштириши ва ССТ йўналтирилган харажатларни тобора ортиб боришига сабаб бўлаётганини тушуниб етдилар. Англияда соғлиқни сақлашни турли тизимларида кўрсатила-диган тиббий ёрдам кўлами. Умумий амалиёт врачлари томонидан бирламчи тизим шароитида - 90%, Шифохона шароитида - 9-10%, Ихтисослаштирилган марказларда - 1% .

Ўзбекистонда УМУМИЙ АМАЛИЁТ ВРАЧИ тизими ривожланишига таъсир этган омиллар. Жахонда аҳоли саломатлиги кўрсаткичларида юзага келган салбий холатларни хисобга олган ҳолда, 1978 йилда Олма-ота декларацияси қабул қилинди. Унга кўра, БИРЛАМЧИ ТИББИЙ-САНИТАРИЯ ЁРДАМИ соғлиқни сақлашни бош йўналиши эканлиги қайд этилиб, УАВ фаолиятига етакчи ўрин ажратилди. Бирламчи тиббий санитария ёрдами миллий ССТ ажралмас қисми хисобланиб, бир вақтнинг ўзида, жамиятнинг ИЖТИМОИЙ ва ИҚТИСОДИЙ ривожланишининг таркибий қисми хисобланади.

БИРЛАМЧИ ТИББИЙ ЁРДАМ:Соғлиқни сақлаш жараёнини узлуксизлигини таъминловчи БИРЛАМЧИ ТУЗИЛМА ҳисобланиб, алоҳида шахслар, оила, жамоа ва миллий ССТ ўртасидаги алоқа-нинг биринчи босқичи, шу билан бирга тиббий хизматни аҳолининг яшаш ва иш жойига имкон қадар яқинлаштирувчи бўғинидир.

# Ўзбекистонда УАВ тизими ривожланишига таъсир этган омиллар

## Бирламчи тиббий санитария ёрдамини мустахкамлашга қаратилаган харакатлар ва интилишларнинг қатъийлиги 1984 йилда яна бир бор ЖССТининг Европа худудий бўлимининг “Барча аҳоли орасида саломатликка эришиш, соғлиқни сақлаш ва мустаҳкамлаш сиёсати ёритилган ва қабул қилинган 38 та мақсадда ҳам ўз аксини топди”. Шу сабабли, кўп давлатларда, сўнги ўн йилликлар мобайнида ССТ тузилишида сезиларли ўзгаришлар кузатилди. Юқоридагилар сабабли, 10.11.98 йилда Ўзбекистон Республикаси Президентининг УП – 2107 сонли “Соғлиқни сақлаш тизимини ислоҳ қилиш тўғрисидаги» ФАРМОНИ эълон қилинди - Бирламчи тиббий санитария ёрдамини ривожлантириш ва мукаммаллаштириш ислоҳотларнинг устувор йўналиши қилиб танланган ҳамда унда УМУМИЙ АМАЛИЁТ ВРАЧи тизимини жорий этиш ва кучайтиришга алоҳида эътибор берилган.

# Ўзбекистонда соғлиқни сақлашни бирламчи тизимини ислох қилиш

## ССТ ислохатларининг асосий йўналишилари:

## Шахарлар ҳамда қишлоқларда бир ҳил даража ва шароитда бирламчи тиббий ёрдам кўрсатувчи, тубдан янги ССТ ташкил этиш;

## Оналик ва болалик масалаларига янгича амалий ёндошиш, СОҒЛОМ АВЛОДНИ дунёга келтириш ва тарбиялаш йўналишида алоҳида шароитларни яратиш.

# Соғлиқни сақлаш тизими ислохотларининг асосий йўналишилари:

## Республиканинг барча ҳудудларида аҳолига тубдан янгиланган тез тиббий ёрдам кўрсатиш тизимини яратиш;

## Эскича ёндошишлардан воз кечиш, пуллик ҳамда хусусий тиббий хизмат кўрсатишни ривожлантириш хисобига соҳанинг молиявий манбаини кенгайтириш;

## Шифохоналардаги самарасиз фойдалани-лаётган ўринларга кетаётган маблағларни тежаш хисобига соғлиқни сақлашни бирламчи тизими молиявий таъминотини, профилактика ва амбулатория-поликлиника шароитида даволашни яхшилаш.

# УАВ тизими моделини яратиш

# Умумий амалиёт врачи тизимининг танланган модели халкнинг одатлари, анъаналари ва менталитетига хамда мамлакатнинг бошка хусусиятларига мос келиши лозим. Юқоридаги талаблар эътиборга олинмай жорий этилган моделлар одатда талаб даражасида фаолият кўрсатмайди. Ғоя битта, тадбиқ этиш усуллари турлича.

# Тиббий хизмат кўрсатиш тизимини қайта тузиш.

**Ўзбекистондаги тиббий ёрдам кўрсатувчи кўп босқичли тизим икки босқичлига ўзгартирилди. Бугунги кунда Республикамизда 3200 тадан ортиқ қишлоқ врачлик пунктлари фаолият кўрсатмоқда. 1-типдаги – 1500 кишигача; 2-типдаги– 3500 кишигача; 3-типдаги– 6000 кишигача; 4-типдаги– 10 000 киши ва ундан ортиқ аҳолига.**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

# Аҳолига тиббий ёрдам кўрсатиш сифати

## Тиббий ҳодимлар савияси даражасига ва ССТ ўтказилаётган ислохотларга боғлиқ бўлиб, бу ўз навбатида янги кадрлар тайёрлаш ва қайта тайёрлаш тизимидаги ўзгаришларда ўз аксини топди.

## Давлат дастури талабига мувофиқ 2000 йилда тиббиёт институтларини битирган талабаларга УАВ дипломи берилди.

# ОИЛАВИЙ ТИББИЁТ Алоҳида, бошқа тиббиёт мутахассисликларидан бир мунча фарқ қиладиган, асосли тамойиллар заминида ташкил топган, ўзига хос мутахассисликдир.

# ОИЛАВИЙ ТИББИЁТ ТАМОЙИЛЛАРИ:

## *1. КЕНГ ҚАМРОВЛИЛИК*

## Беморнинг барча шикоят ва муаммоларини эътиборга олади;

## Инсон саломатлиги билан боғлиқ бўлган барча муаммоларни кўриб чиқади;

## Оилавий тиббиёт ўз кузатувидаги беморни тиббий муаммоларини унинг ҳаётининг барча жабҳаларидан келиб чиққан ҳолда ҳал қилишга интилади.

## 2. БЕМОРНИ КУЗАТИШНИ УЗОҚ МУДДАТЛИГИ

## Оилавий врач ўз беморини туғилганидан то ўлимига қадар ҳаётининг барча босқичларида кузатади ;

## Узоқ муддат кузатиш хавф омилларини аниқлаш, профилактика ва даволаш тадбирларини назорат қилиш имкониятини яратади;

## УАВ фаолияти самарадорлигини оширади

## 3. ИНТЕГРАЦИЯ

## Тиббиётнинг барча жабҳала-рини (даволаш, реабилитация, профилактика) зарур даражада қамраб олиш ва инсон ҳамда жамият саломатлигини муҳофаза қилиш.

## 4. КООРДИНАЦИЯ

## Зарурият бўлганда оилавий врач тор мутахассислар билан маслаҳатлашади ёки беморни шифохонага давола-нишга юборади;

## Бу билан бемор кузатувини тўхтат-майди ва унинг даволанишини назо-рат остига олади;

## ССТ тиббий ёрдамлар кўламини мувофиқлаштиради.

## 5. ИШОНЧЛИ МУНОСАБАТЛАР ЎРНАТИШ

## Кузатувнинг узоқ давом этиши врач ва бемор ўртасида ўзаро ишончли муносабатлар юзага келишига сабаб бўлади;

## Оилавий врач беморнинг ҳуқуқ ва қадр-қимматини ҳимоя қилади;

## Бемор ўзини ҳурмат қилаётганликлари, эшитаётганликлари ва тушунаётган-ликларини ҳис қилади.

## 6. ЯГОНА ЖАМОА БЎЛИБ ИШЛАШ

## Оилавий врач, тиббиёт ҳамширалари, ва барча қолган тиббиёт ходимлар билан ягона жамоа бўлиб ишлайди;

## Оилавий врачнинг вазифалари – жамоанинг ҳар бир аъзоси ишини унинг билими ва қобилиятини инобатга олган ҳолда бемор фойдасидан келиб чиқиб ташкил қилишдан иборатдир.

## 7. БИРЛАМЧИ ТИББИЙ ЁРДАМНИНГ ҲАММАБОПЛИГИ

## Ҳар бир оиланинг оилавий врачи бўлиши;

## Беморга тиббий ёрдамга осон ҳамда қулай эришишни таъминлашни ташкиллаштириш;

## Куннинг қайси вақти бўлишидан қатъий назар шошилинч ёрдам кўрсатишни ташкил этиш.

## 8. ҲАР БИР ШАХСНИ ЎЗИНИ ВА ОИЛА АЪЗО-ЛАРИНИ СОҒЛИҒИ УЧУН МАСЪУЛЛИККА ЎРГАТИШ ВА УЛАР БИЛАН ҲАМОҲАНГ БЎЛИШ

## Оилавий врач ва бемор ижобий нати-жаларга эришиш учун ўзаро ҳамкор-ликда ҳаракат қилишлари муҳим;

## Бемор ўз саломатлиги ва оиласи соғлиғини тиклаш ва сақлашда фаол қатнашчи бўлиши керак.

## 9. ПРОФИЛАКТИКА ИШЛАРИ

## Оилавий врач ва уни жамоаси ишининг асосий йўналишларидан бири;

## Оилавий тиббиёт эътиборни соғлом тур-муш тарзини тарғиб қилишга, саломат-ликни сақлашга тизимли ёндошишга, аҳоли ўртасида санитария оқартув ишлари ўтказишга ва касалликларни эрта ташҳислашга жалб этади. Барчапрофилактика турларининг амалий қадамлари

## БИРЛАМЧИ профилактика – касалликнинг олдини олиш учун ўтказиладиган қатор тадбирлар:

## *а) аҳоли орасида соғлом турмуш тарзини тарғибот қилиш;*

## *б) касалликка олиб келиши мумкин бўлган хавф омилларини эрта аниқлаш ва бошқариб бўладиганларини бартараф этиш.*

## ИККИЛАМЧИ профилактика:

## *а) касалликни эрта босқичларида фаол аниқлаш (профилактик кўриклар, скрининг);*

## *б) аниқланган касалликни дориларсиз ва самараси исботланган дорилар билан ўз вақтида монанд даволаш.*

## УЧЛАМЧИ профилактика:

## *а) беморларни мунтазам назорат қилиб ту-риш, ўткир ва сурункали асоратларни олдини олиш, зарур лаборатор-асбобий текширишлар мониторинги, хавф омил-ларини коррекция қилиш ва самараси исботланган дорилар билан базис даво-лашни давом эттириш ҳамда динамик кузатиш;*

## *б) даво чораларини давом эттириш ва асоратлар мавжуд бўлган беморларни сифатли реабилитация қилиш.*

## 10. ТИББИЙ ЁРДАМ СИФАТИНИ ОШИРГАН ҲОЛДА УНИНГ ТАННАРХИНИ КАМАЙТИРИШ

## Агар оилавий врач беморни мунтазам ва самарали кузатиб борса, кўпгина касалликларни олдини олиш ёки эрта босқичларида аниқлаш ҳамда даволаш имкони яратилади ва натижада

## тиббий ҳаражатлар сезиларли камаяди.

# УМУМИЙ АМАЛИЁТ ВРАЧИ/ОИЛАВИЙ ШИФОКОР

## УАВ - бириктирилган аҳолига *жинси, ёши, ирқи, миллати, диний эътиқоди, ижтимоий ҳолати ва касаллиги туридан қатъий назар* сифатли бирламчи тиббий – санитария ёрдами кўрсата оладиган мутахассис.

## У ЧУҚУР ва БИР-БИРИГА ЗИД бўлмаган билим-га эга бўлиб, аҳоли ўртасида кенг тарқалган патологик жараёнлардан хабардор ва уларни даволайдиган, белгиланган ҳажмдаги мақсадга йўналтирилган амалий кўникмаларни соғлиқни сақлаш бирламчи тизими даражасида бажара оладиган малакали шифокор.

# Оилавий врач фаолияти

## Турли ҳил мукаммал билим ва амалий кўникмаларни талаб қилади; Бу:

## – вазиятни туғри бахолаш учун - клиник тажриба;

## – бемор ахволини яхшиланиш ва ёмон-лашиш сабабларини тушуниш учун пато-физиологияни билиш;

## – касаллик окибатларини бахолаш ва даво-лаш режасини тузиш учун - клиник текширув натижаларини тахлил қилиш;

## -Ўз-ўзига ҳизмат қилиш қобилиятини йўқот-ган беморларга рухий ва деонтологик холатини билиш.

# Оилавий врач фаолияти

## Юқорида қайд этилган билимларни алохида ҳолда эмас, балки, бир вақтнинг ўзида барчасини талаб даражасида мукаммал эгаллаш;

## Доимо юқори билим ва малакага эга бўлиш учун мунтазам равишда ўз савиясини ошириб бориш;

## Фақат шундагина у зарур бўлганда бемор муаммоси ечимини топиши ва уни юкори даражада ҳал қилиши мумкин.

# УАВ фаолиятининг ўзига ҳослиги

## Хар бир беморга алоқадор бўлган, клиник тиббиётнинг мураккаб муаммоси, бу “*БЕМОРГА НИМА БЎЛГАН*” деган саволга жавоб топишдан иборат.

## Оилавий врач ва тор мутахассисларнинг фикрлаши ушбу саволга жавоб билан кескин фарқ қилади.

## Тор мутахассис *“бемор меникими ёки меники эмасми?*” деган саволни ўз олдига қўяди.

## Агар бемор “меники эмас” деган хулосага келса қизиқиши йўқолади ва уни бошқа мутахассисга юборади.

## УАВ фаолиятининг ўзига ҳослиги

## Оила шифокори учун бемор «ДОИМ *меники»,* лекин киска муддатга у бошка мутахасислар ёрдамига муҳтож бўлиши мумкин *(Қайси мутахасис? Ва қачон? – буни УАВ хал қилади, бунинг учун унга юқори даражадаги билим, клиник малака ҳамда амалий кўникма керак булади*).

## Бемор муаммосини хал қилишда УАВ ўрни беқиёс, чунки у оилавий тиббиёт асосларига амал қилган ҳолда, аҳоли билан доимий координация ва интеграция холатида бўлади.

## Юқоридагиларнинг барчаси УАШ ХХI аср мутахассиси дейишга тўлиқ асос бўлади.

## Чунки у:Маблағни тежайди.

## Беморлар талабини қониқтиради.

## Тўғри ва тез диагноз қўяди.

## Профилактика ишларига алоҳида эътибор беради.

## Оилада ҳамда ундаги шароитни эътиборга олган ҳолда даволайди.

## Беморни бир бутун ҳолда кўриб барча касалликларни муолажа қилади.

# Нега айнан оилавий шифокор тайёрланмоқда, тор мутахас-сис эмас?

## Мен тор мутахассисликка қарши эмасман, лекин муаммо бунда эмас, мутахасислардан бири “мен зўр кардиологман” деса, бошқаси буюк гастроэнтерологлигини айтади, демак бизнинг бахтсиз организмимиз бир неча булакларга булинар эканда!

## Бир бутун организмни қандай

## булакларга бўлиш мумкин?!

# Нега айнан оилавий шифокор тайёрланмоқда, тор мутахас-сис эмас?

## Махалла шифокорига мурожаат қилганимизда бизни турли тор мутахассислар қабулига юборади ва биз тор мутахассислар ёпиқ доирасига тушиб қоламиз, бу доирадан камида 10та дори тавсияси билан чиқиб кетамиз.

## Бирданига 10та дорини қабул қилиш мумкин эмас, бундан ташкари бу холат молиявий жихатдан хам оғирлик қилади.

# Нега айнан оилавий шифокор тайёрланмоқда, тор мутахассис эмас?

## У оиланинг барча аъзоларини, унинг ёши, жинси ва касаллигининг босқичидан қатъий назар беморга ёрдам кўрсата олади

## Аҳоли орасида кўп учрайдиган касалликлар хақида *(энг асосийси у касалликни олдини олиш ёки эрта босқичларида ташҳислай олади)* чуқур билимга эга

## Зарур бўлганда бемор манфаатларидан келиб чиқиб тор мутахассисларга мурожаат қилади ва уларнинг хулосаларини инобатга олади.

## Нега айнан оилавий шифокор тайёрланмоқда, тор мутахассис эмас?

## Оилавий шифокор беморини тор мутахассисга юбориб, у ўз навбатида бемор организмини ўзига хос хусусият-ларини ва сурункали касаллигини инобатга олган ҳолда буюрган тавсия-ларини олиб қайтишига ишонади. Бунда берилган тавсияларни оилавий шифокор бошкара олади.

## Оилавий шифокорнинг авзаллиги шундаки у оиланинг ишончли вакилига айланади.

# Оилавий тиббиёт беморга, унинг оиласи ва у яшаб турган жамиятга қаратилган!

# ОИЛА ШИФОКОРИ ВА БЕМОРНИНГ СУХБАТИ (Узаро мулокот махорати)

## Бемор билан яхши мулоқот ўрнатиш хар бир шифокор учун мухим омиллардан бири.

## Ўзаро ишончли муносабатларсиз касалликларни ташҳислаш, даволаш ва олдини олишни имкони йўқ.

# ОИЛА ШИФОКОРИ ВА БЕМОРНИНГ СУХБАТИ

## Бемор билан суҳбат шифокорга қàòîð муаммоларни ечиш имконини беради – ўзаро ишончни мустахкамлаш, ташҳис кўйиш учун зарур бўлган маълумотларни йиғиш, даволаш режасини тузиш, беморга зарур булган маълумотларни етказиш ва уни зарарли одатлардан воз кечишга ва соғлом хаёт кечиришга ишонтириш.

# Сухбат олиб бориш маҳорати: Оила шифокорини иш сифатини оширади; Беморни кониқишига сабаб бўлади; Даволаш натижаларини яхшилайди.

# УАШ куйидаги сифатларга эга бўлиши керак:

## Юқори даражадаги ахборотга эга бўлиши.

## Бемор изхор қила олмаган муаммоларни сеза билиши.

## мукаммал жавоб олиш мақсадида саволларни тўғри қўйишни билиши.

## беморга уни юқори бахолаш ва хурмат билан қарашликни англата билиши.

## бемор нимани билишни ва сезишини тушиниши.

## беморни қарор қабул ўзига нисбатан мойиллик тўғдира олиши.

## бемор холатини тушиниши.

## халоллик ва ростгуй-лик.

## беморни рухлантириб саволлар бериши.

## беморлар сўзини эшита билиш ва овоз охангига эътибор бериши.

## сухбатни беморга қулай тезликда олиб бориши.

## беморни безовта қилаётган айрим муаммоларни тўғри тушинганли-гини у сезиши учун баъзи холатлар-ни алохида қайт қила билиши.

## зарур холатларда беморга тик қараши.

## бемор холатига қалбдан қизиқиши

## бемор муаммоларини енгиллашти-ришга интилаётганлигини сўз оханги билан тушинтириши.

## савол берилгандан сўнг унинг жавобини кута билиши.

## сухбатни давом эттириш учун беморни рағбатлантира олиши.

## нимага? деган сўзни эхтиёт бўлиб ишлатиши.

## бемор берилган саволга тушинганлигига ишонч хосил қилиши мабода тушинмаган бўлса бошқача тарзда такрорлаши.

## бемор нима сезаётганлигини изхор қилишига ёрдам бериши ва унга нисбатан ўз муносабатини билдириши.

## беморга у сезаётган жараёнлар нормал холат эканлиги тўғрисида тушунча бериши.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

**Адабиетлар**

1. Указ Президента Республики Узбекистан от 10 ноября 1998 г. №УП-2107 «О Государственной программе реформирования системы здравоохранения Республики Узбекистан»

2. Ш.Каримов. Здравоохранение Узбекистана-проблемы, перспективы. Изд. Дом «Мир экономики и права», 1998г.159 с.

3. Указ Президента Республики Узбекистан от 19 сентября 2007 г. №УП-3923 «Об основных направлениях дальнейшего углубления реформ и реализации Государственной программы развития здравоохранения»

4. Постановление Кабинета Министров от 21 мая 1996 г. № 182 «О программе развития инфраструктуры села»

5. Республика Узбекистан. Оценка реформ в первичном звене здравоохранения: прозрачность, подотчетность и эффективность, Департамент сокращения бедности и экономического управления, регион Европы и Центральной Азии, Документ Всемирного банка, 2009

6.  [www.euro.who.int](http://www.euro.who.int/document/e82997R.pdf) ; [www.ncbi.nlm.nih.gov](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2975652/)

# Кўкрак қафасидаги оғриқларнинг солиштирма ташхиси ва даволаш. Инфаркт миокард кечиш хусусиятлари. УАШ тактикаси. ЮИК профилактикаси

# Маърузачи:доцент Н.М. Нуриллаева

# Маъруза максади: кукрак кафасидаги огриклар билан кечадиган ЮИК замонавий ташхислаш, даволаш ва профилактик чораларни талабаларга ургатиш,кўкрак қафасида оғриқ безовта қилган беморлар муаммоларини касаллик белгиларига қараб синдромал ҳал қилишни ва УАВ малакавий тавсифномаси доирасида соғлиқни сақлашнинг бирламчи тизими шароитида нокоронароген огриклар билан беморларни олиб бориш тамойилларини ўргатиш

**Вазифалар**:

1. Кукрак кафасидаги огрикларнинг асосий сабаблари аниклаш. ЮИК тавсифини ва асосий ХО аниклаш

# 2. ЮИК клиник ва лаборатор курсаткичлар буйича киесий ташхис килиш

# 3. ЮИКда УАШ тактикасини аниклаш ва ИМ клиникасини билиш

# 4. ЮИК даволаш, реабилитация ва профилактика йуналишларини ургатиш

5. Талабаларни кўкрак қафасидаги оғриқ билан боғлиқ муаммоларни ҳал қилишга ўргатиш ва ўз вақтида ташхис қўйишга ўргатиш;

6. Кўкрак қафасида нокоронароген оғриқ безовта қилган беморларнинг муаммоларини ечиш беморни объектив кўрикдаги мухим боскичларни ургатиш ва шунингдек лаборатор-асбобий текширувларни асосли тайинлаш ургатиш

7.Талабаларни ҚВП ва ОП шароитида кўкрак қафасида нокоронароген оғриқ аниқланганда беморларга даволаш-профилактика чораларини асосли амалга ошириш ва кузатув олиб боришга ўргатиш.

# Таянч сузлар:юрак ишемик касаллиги, замонавий диагностика, хавф омиллари, клиник тавсиялар, олдини олиш тамойиллари.кукрак кафасидаги огрикни киесий ташхислаш, юрак яллигланиш ва дистрофик касалликлари, бирламчи тизим, диагностика, замонавий даволаш, профилактика.

## Кўкрак қафасидаги оғриқлар сабаби

## ЮИК тавсифи(IV кардиолог. съезди, Узбекистон, 2000й.)

## 1. Тусатдан коронар улим

## 2. Стенокардия:

## 2.1. Стабил зурикиш стенокардия (4 ФС)

## 2.2. Ностабил стенокардия: Биринчи пайдо булган стенокардия; Авж олиб борувчи стенокардия ; Спонтан стенокардия ; Эрта инфарктдан кейинги стенокардия; Эрта операциядан кейинги стенокардия

## 3. Огриксиз миокард ишемияси

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

## 4. Миокард Инфаркти

## - Q тишчали

## - Q тишчасиз

## 4. Инфарктдан кейинги кардиосклероз

## 5. Ритм бузилишлари (шакли курсатилади)

## 6. Юрак етишмовчилиги (боскич ва ФС курсатилади)

## ЮИК асосий патоморфологик субстрати коронар кон томирларнинг атеросклеротик торайиш

# Коронар кон томирлар зарарланишигаолиб келувчи *асосий хавф омиллари:* - чекиш; - беморда ва унинг ота-онасида липид алмашинувини бузилиши мавжудлиги (қонда умумий холестерин миқдори ≥ 5 ммоль/л); - АГ мавжудлиги (ҚБ≥ 140/90 мм.сим.уст. ); - беморда ва унинг ота-онасида ҚД касаллигининг борлиги; - гиподинамия; - семизлик (тана вазни индекси ≥25); - юрак-қон томир касалликларига наслий мойиллик; - бемор ёши; - овқатланиш хусусиятлари; - касби, ижтимоий аҳволи; - атроф мухит таъсири; - сийдик кислотаси алмашинувининг бузилиши.

# ЮИК ни ривожланиши ва авж олишида ахамият касб этувчи хавф омиллари

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

## Натижада ривожланади: ЮИК, инсульт, рак, диабет, остеопороз, семириш, захарланиш, жарохатлар.

## Ижтимоий ва хулқ атворга алоқадор: нотўғри овқатланиш, чекиш, спиртли ичимликлар, гиподинамия, паст ижтимоий ва маьлумот даражаси.

## Биологик: гипертония, дислипидемия, гиперинсу-линемия, гипергликемия, тромбоген омиллар

# Атроф мухит: ифлосланган хаво, сув, тупроқ. *- I синф* – Одатий кундалик жисмоний зўриқиш (юриш, зинпоядан кўтарилиш) стенокардия хуружларини чақирмайди. Хуружлар кучли, узоқ вақт давомида ва тез жисмоний зўриқишда пайдо бўлади; *- II синф*- Одатий жисмоний фаоллик бир оз чегараланган. Стенокардия хуружлари тез юрганда, зинопоядан тез кўтарилганда, миёрдан кўпроқ овқат еб қўйганда ёки совуқ хавога чиққанда, об-хаво ўзгарганда, стресс холатларида, тўшакдан тургандан кейинги биринчи соатларда; яхши шароитда ва одатий тезликда текис йўлда 500 м дан кўпроқ масофага юрганда ёки зинапоядан биринчи қаватдан юқорига кўтарилганда пайдо бўлади.

# *- III синф*- Одатий жисмоний фаоллик кескин чегараланган. Стенокардия хуружлари яхши шароитда ва одатий тезликда текис йўлда 100- 500 м гача масофага юрганда ёки зинапоядан биринчи қаватгача кўтарилганда пайдо бўлади. - IV- синф– Хар қандай жисмоний харакат (текис йўлда 100 м гача масофага юрганда) стенокардия хуружлари ривожланишига олиб келади. Айрим холларда тинч холатда хам пайдо бўлиши мумкин.

# Клиник стенокардия:

# - Оғриқлар одатда эзувчи, сиқувчи, куйдирувчи, босувчи хусусиятларга эга бўлиб, чап қўлга, пастки жағга, бўйинга, белга узатилади ва айрим холларда хансираш, терлаш, ўлимдан қўрқиш хиси билан кечади. - Оғриқлар кучли, кучсиз 1-2дан 20 дақиқагача давом этиши мумкин. - Оғриқлар жисмоний ёки эмоцио-нал зўриқиш вақтида, совуқда ёки овқатлангандан сўнг пайдо бўлади ва тинч холатда ёки нитроглицеринни тил остига қабул қилгандан сўнг ўтиб кетади.

Клиник вазият. УАВ га 55 ёшли АГ дан азият чекувчи аёл мурожаат қилиб юрак соҳаси сиқиб оғришидан шикоят қилди. Беморнинг сўзларига қараганда 5 йилдан буён АГдан азият чекади, шу сабабли эналаприл қабул қилади. Оғриқ 10 кун олдин қаттиқ асабийлашганидан сўнг пайдо бўлган. Оғриқ вақти-вақти билан, айниқса жисмоний зўриқишдан сўнг пайдо бўлиб туради, чап елкасига тарқалади, тўхтаганидан кейин 15 дақиқалар ўтгач ўтиб кетади. Чекади, баъзан спиртли ичимликлар ичиб туради.   
Объектив кўрикда: терида ўзгаришлар йўқ. Юрак тонлари бир маромда, аниқ. А/Б 155/95 мм.симоб устуни. Вазни 98 кг, бўйи – 161 см.

Ностабил стенокардиялар

Ўткир коронар синдром (ЎКС) - бу илк бор юзага келган стенокардиядан тортиб узоқ муддат давом этувчи ва нитроглецирин қабул қилганда ҳам йўқолмайдиган, натижаси ноаниқ, йирик ўчоқли МИ ёки тўсатдан ўлимга олиб келиш эхтимоли юқори бўлган, тинч холатда ҳам узлуксиз зўрайиб борувчи давомли стенокардияларни ўз ичига олади.   
Бу ташхис вақтинча қўйилиб, шифокор касаллик кечишига, лаборатор- асбобий текширувлар натижасига асосланиб 24 соат ичида клиник ташхис қўйиши ва келгуси даволаш тактикасини белгилаши лозим.

УКС таснифи ЭКГ даги ўзгаришга кўра:   
- ST оралиғининг кўтарилишисиз (ЭКГ мониторлаш, некроз маркерларини аниқлаш.   
Аспирин, нитратлар, β-блокаторлар, гепарин ёки фраксипарин буюриш);   
 - ST оралиғининг кўтарилиши билан (Тромболизис ёки тромбопластин вақтининг фаоллигини қисман камайтириш (инвазив даво)

Миокард инфаркти -юрак мушакларининг чегараланган некрози бўлиб, унинг қон билан таминланиши ва талаби ўртасидаги мувозанатнинг ўткир бузилиши натижасида юзага келади. Унинг асосида тож артерияларининг томир-ларининг атеросклерози (аксарият холларда), спазми ва атеросклеротик пилакчаларига қон қуйилиши ётади.

*ИМ атипик турлари^*

*Астматик*– юрак астмаси ёки ўпка шишининг клиник белгилари билан номоён бўлади. Беморлар хаво етишмаслик хисси, йўтал аввал қуруқ кейин пушти ранг кўпикли балғам ажралишига шикоят қиладилар. Улар ортопноэ холатида бўлиб, ўпкаси устида крепитация ва майда пуфакчали нам хириллашлар эшитилади. МИ нинг ушбу тури кўпроқ қарияларда, ҚД билан оғриган беморларда ва қайта МИ да кузатилади

*Аритмик* – юракнинг ўткир ритм ва ўтқа-зувчанлигини бузилишлари билан кечади ва типик оғриқ синдроми яққол номоён бўлмай-ди. Беморлар аксарият холларда тўсатдан юрак тез- тез, нотўғри, тўхтаб- тўхтаб уриши-га, хаво етишмаслигига, бош айланишига ши-коят қиладилар. Бу турдаги ИМ да хилпил-ловчи аритмия, қоринчалар ёки суправентри-кулар тахикардия параксизмлари, экстрасис-толиялар (кўпроқ политоп), Гисс тутами оёқ-чалари ва атровентрикулар блокадалар кузатилади.

*Абдоминал* – юракнинг пастки –базал сохасида ривожланган МИ да кузатилиб, эпигастрал сохасидаги оғриқлар, кўнгил айнаши, қайд қилиш, метеоризм, ошқозон- ичак тизими парезлари билан кечади.

# *Цереброваскуляр* – коронар қон томирлар билан бир қаторда бош мия қон томирлари тромбози (спазми) натижасида беморларда хушдан кетиш ёки инсультнинг клиник белгилари (синкопал холатлар, гемипарезлар, параличлар, рухий бузилишлар) билан намоён бўлади. Бу турдаги МИ кекса беморларда кузатилади.

# *Симптомсиз ёки кам симптомли*–аксарият холларда ҚД билан оғриган беморларда ва карияларда кузатилиб, тасодифан ЭКГ туширилганда ёки СҚАЕ белгилари пайдо бўлганда аниқланади. Бемордар МИ ни қачон ўтқазганларини аниқ айтиб беролмайдилар

# Некроз ўчоғининг миокард қаватларига тарқалиши ва чуқирлигига кўра қуйидаги МИ турлари тафовутланади:

# *Кичик ўчоқли- Q тишчасиз* (субэндо-, субэпи-кардиал ва интрамурал). ЭКГ да асосан ST сигменти ва Т тишчасида ўзгаришлар кузатилади.

# *Катта ўчоқли- Q тишчали* (нотрансмурал миокард қаватларининг 50% и шикастланган) – ЭКГда патологик Q тишчаси пайдо бўлиб, ST сегменти ва Т тишчасида ўзгаришлар кузатилади, хамда R тишчаси сақланиб қолади.

# *Трансмурал- Q тишчали* (некроз ўчоғи миокарднинг маълум бир сохасидаги барча қаватларини шикастлаган)– ЭКГ да QRS комплекси QS кўринишида бўлади, хамда ST сегменти ва Т тишчасида ўзгаришлар кузатилади.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

# ИМ боскичлари

1. Продромал (инфарктидан олдинги давр)- бир неча соатдан бир ойгача, баъзан бўлмаслиги хам мумкин. Ушбу даврда ностабил стенокардиянинг клиник белгилари кузатилади.
2. Ўта ўткир даври – 30 дақиқадан 2 соатгача давом этади.
3. Ўта ўткир даври – 30 дақиқадан 2 соатгача давом этади.

# 4. Уткир ости даври2-14 кун давом этади 5. Чандикланиш даври3-6 ой давом этиб, касаллик асоратланмаганда бемор хеч қандай шикоятлар билдирмайди.

# Эрта асоратлар:

# *Юрак ритми* (Хилпилловчи аритмия, ЭКС, пароксизмал тахикардиялар, фибрилляциялар) ва *ўтқазувчанлигини* (АВ блокадалар) бузилиши. *Ўткир юрак етишмовчилиги* ривожланганда -нафас сиқиши, акроцианоз, тахикардия, кичик қон айланиш доирасида димланиш белгилари, яъни аввал қуруқ кейин пушти ранг кўпикли балғам ажралиши билан кечадиган йўтал, нам хириллашлар, ўпка артерияси устида II тон акценти, юрак чўққисида ва аорта усида систолик шовқин пайдо бўлиши кузатилади; *Тромбоэмболик асоратлар*– МИ га олиб келган асосий сабаб, хамда у туфайли қон айланиши бузилиши натижасида турли сохадаги қон томирларида (бош мия, ўпка, буйрак, мезентериал ва бошқа артерияларда) тромб хосил бўлиши ва шу аъзода ишемия ва инфаркт ривожланиши мумкин. *Кардиоген шок* –систолик ҚБ 80 мм.сим.уст. дан, пульс босими 20-25 мм.сим.уст. Пасайи-ши, ўткир юрак етишмовчилиги белгиларини пайдо бўлиши, шокнинг периферик белгилари, олиго (соатига 20 мл дан кам) ва анурия ривожланиши билан намоён бўлади *Кардиоген шокнинг учта тури фарқланади:* 1. Рефлектор тури - қон томирлари тонусининг компенсатор ўзгариш механизмининг йўқолиши сабабли юзага келади; 2. Аритмик кардиоген шок- юрак ритмининг бузилиши натижасида чап қоринча фаолиятини кескин пасайиб кетиши сабабли юзага келади; 3. *Чин кардиоген шок*миокарднинг 40% дан кўп қисми некрозга учраши натижасида чап қоринчанинг насос фаолияти кескин пасайиб кетиши сабабли юзага келад; 4. *Ареактив тури*унинг энг оғир кўриниши хисобланиб, чин кардиоген шокда кузатиладиган белгилар билан намоён бўлади ва олиб борилган даво тадбирларига қарамасдан аксарият холларда бемор ўлими билан тугайди.

# *Юракни ўткир аневризмаси,Юракнинг ички ва ташқи ёрилиш, Кечки асоратлар: Юракни суринкали аневризмаси*

# *Дресслер синдроми*- касалликнинг 2-8 хафталарида ривожланиб, плеврит, пневмонит, перикардит белгилари билан номоён бўлади. Шу билан бир қаторда лихорадка, эозинофилия, полиартрит, ЭЧТ нинг ошиши кузатилади. Бу асоратнинг аосида иммун яллиғланиш жараёни ётганлиги сабабли, даволашда асосий гурух дори воситалари билан бир қаторда кичик дозада преднизолон (15-20 мг) ва НЯҚВ қўллаш яхши самара беради. *Сурункали қон айланиш етишмовчилиги* – беморларда кичик ва катта қон айланиш доираларида димланиш белгилари билан намоён бўлади

## Лаборатор текширишлар (стенок. бирламчи курик): Гемоглобин; УХС; ХС ЗЮЛП, ХС ЗПЛП, ХС ЗУПЛП, ТГ; глюкоза

## МИ шубха кузатилганда:Лейкоцитлар (8-9 х109/л дан юкори биирнчи соатидан 2-4 кунигача, кейин пасайиш); Тромбоцитлар (180-320х109/л, 320 г/л юкори); СОЭ (Э 1-10 мм/с; А 2-15 мм/с; 10-15 мм/с куп 2-3 кунидан бошлаб 2 хафтагача, кейин пасайиш); Коагулограмма (ПТИ 80-100%, 100 % юкори), плазманинг фибриногени (2-4 г/л, 4 г/л юкори), фибринолитик активлиги (0,8-1,2 г/л, (7-11 дак., 12 дак. юкори); КИВ (Сухарев буйича) нормада 2-5 дак., 5 дак. Юкори; Умумий КФК: Э < 195 Е/л, А < 170 Е/л. биринчи 4-8 соатида ошади ва юкори активлиги 12-24 соатида кузатилади.; ЛДГ, ЛДГ1  < 248 Е/л, МИ бошлангандан сунг 2 соат утгач; Миокарднинг шикастланиш маркерлари: тропонин

## Конда липид спектрни аниклаш учун зарур булган сабаблар

## ЮИК анамнези ва симптомларнинг мавжудлиги, периферик кон томирларнинг зарарланиши ва цереброваскуляр касалликлар борлиги; ЮИК буйича оилавий анамнез (55 ешгача булган беморларда) ва гиперлипидемия; Артериал гипертония; Кандли диабет; иперлипидемиянинг клиник белгилари (ксанте-лазмалар, ксантомалар); Ортик ТВИ > 28; Буйрак сурункали касалликлари; Чекиш

# Инструментал текширишлар:.ЭКГ (ST сегментининг депрессияси),ЭхоКГ. Чап коринча миокардининг умумий кискариш функциясини (ОФ) ва локал кискариш бузулишларини аниклаб беради, Тредмил-тест и велоэргометрия(юклама билан тредмилда еки велоэргометрда)

## Юклама билан утказиш синамасининг курсатмалари: ЮИК киесий ташхислаш ва хилини аниклаш, ЮИК огриган беморларда индивидуал толерантлигини, стенокардиянинг ФС аниклаш; Даволаш, хирургик ва реабилитацион чораларнинг самаралигини аниклаш; ЮКТК огриган беморларда иш кобилиятини ва башоратини бахолаш ; Антиангинал дориларнинг самаралигини урганиш ва аниклаш.

## Юклама билан текшириш синаманинг мусбатлиги нимадан иборат: Юрак еки туш оркасида сикилиш ва стенокардитик огриклар пайдо булса; ЭКГдаги узгаришлар (ST интервалининг пасайиши еки кутарилиши > 1мм юкори); Хамда огриксиз ST сегментининг кутарилиши еки пасайиши холатларида.

# *Коронар ангиография.* Коронар ангиография коронар атеросклероз мавжудлигини ишончли аниқлаш усулларидан бири хисобланиб, тож артерияларнинг торайиш даражаси ва ўлчамини аниқлашга катта ёрдам беради. АКШ ва стентлаш

## КАГ нимани аниклаб беради:

## Кон томирларнинг торайиш даражасини

## I даража — 50%; II даража — 50дан 75% гача; III даража —75% куп; IV даража — КА окклюзияси

## ЮИК даволашда 2та асосий максад:

## Биринчи – МИ ва тусатдан улимни олдини олиш билан прогнозини яхшилаш хамда хает давомини узайтириш. Бу максадга эришиш учун уткир тромбоз белгиларни юкотиш ва коринчалар дисфункциясини коррекциялаш курсатилган.

## Иккинчи – стенокардия хуружларининг кайталанишини камайтириш ва хает сифатини яхшилаш

# Стабил стенокардияни шифохона шароитида даволашга кўрсатмалар: - Амбулатор даво яхши самара бермаганда; - Касалликни авжланишига ёки МИ га шубха туғилганда; - Асоратлар (ўткир ёки сурункали юрак етишмовчилигини авжланиши, ўпка шиши, юрак ритми ва ўтқазувчанлиги бузилиши, тромбоэмболиялар) ривожланганда; - Гипертония касаллиги билан бирга кечган ИБС да гипертоник кризлар кузатилганда Стабил стенокардия I ва II ФС ОП ва КВП шароитида даволанади

# Стенокардия хуружида биринчи ёрдам сифатида қуйида санаб ўтилган дори воситалардан биронтаси қўлланилади.- Нитроглицерин -300-600 мкг тил остига;- Изосорбид динитрат хар 5 минутда тил остига 5 мг дан (3 мартагача) 15 минут давомида; - Нитроглицерин дозаланган аэрозоль, 1-2 нафас олганда (3 мартагача) 15 минут давомида; *ИМ шифохонада ўтказиладиган кейинги чора – тадбирлар: - Б*емор биринчи 24-28 соат давомида мажбурий ётоқ тартибга риоя қилиши;- Пархезга риоя қилиш (енгил овқатланиш);- 7-12 кундан кейин беморни доимий фаол харакатланиш холатига қайтариш (асоратсиз кечганда);- Қон зардобида тез-тез электролитлар миқдорини аниқлаш; - Тинчлантирувчи дори воситаларини тавсия этиш;- Тромбоэмболик асоратлар, варфарин буюриш;- Юрак етишмовчилиги белгилари пайдо бўлганда ААФИ билан бир қаторда диуретиклар (верашпирон, фуросемид, гипотиазид) бериш

# Ўткир чап қоринча етишмовчилиги ривожланганда: - Намланган кислород билан нафас олдириш;- Наркотик анальгетиклар (морфин ёки омнопон) в/и; - Юқори дозаларда сийдик хайдовчи воситаларни (фуросемид 80-1000 мг гача в/и)буюриш;- Изокет ёки перлинганит 10 мл изотоник эритмада в/и, нитроглицерин тил остига тавсия этиш;- ААФИ буюриш;- ҚБ паст бўлиб, буйрак гипоперфузияси кузатилган холларда допамин бир дақиқада 2,5-5 мкг/кг дан, ўпкада димланиш белгилари билан кечганда добутамин бир дақиқада 2,5 мкг/кг дан буюрилиб зарурат бўлганда хар 5-10 дақиқада дори миқдори 10 мкг/ кг гача оширилади;

# *Юрак ритми ва ўтқазувчанлиги бузилишларида* *Қоринчалар (тахикардияси, ЭКС) аритмиясида*: - Лидокаин 40-80 мг (заруратга қараб дозани ошириш мумкин) в/и оқим билан ёки томчилаб; - Кордарон 3,0 -12,0 мл (кунига 600 -1200 мг гача) изотоник эритмада в/и томчилаб кейин кунига 200 мг дан 3 марта; - Аллапинин кунга 1 таблеткадан 2-3 марта. *Коринчалар фибриляциясида: -* Тезкорлик билан дефибриляция;

# - Юрак сохасига мушт билан зарба бериш ва юракни билвосита массаж қилиш;

# - Сунъий нафас бериш.

# - Ритм тиклангандан кейин бемор ахволидан келиб чиқиб режали давони давом эттириш тавсия этилади. *Қоринча усти аритмияларида:*

# - Кордарон 3,0 -6,0 мл изотоник эритмада в/и томчилаб кейин кунига 200 мг дан 3 марта; - β- блокаторлар в/и ва ичишга, ҚБ назоратида.

# *Синусли брадикардияда*

# Атропин 0,3-0,5 мг бирламчи доза, кейин қайта 1,5-2,0 мг т/о; Платифиллин 1,0 -2,0 мл м/о. Самара бўлмаган холларда электрокардиостимулятор (ЭКС) ўрнатиш; - I даража АВ блокадада махсус даво талаб этилмайди, лекин бемор β- блокаторлар, калий ва бошқа антиаритмик воситалар қабул қилаётган бўлса уларни бекор қилиш лозим. II даражали АВ блокаданинг 1 – типида: атропин 0,3-0,5 мг бирламчи доза, кейин қайта 1,5-2,0 мг т/о; Платифиллин 1,0 -2,0 мл м/о;Самара бўлмаган холларда ЭКС ўрнатиш. - II даражали АВ блокаданинг 2 - 3 – типида ва тўлиқ АВ блокадада ЭКС ўрнатилади.

# *Кардиоген шок ривожланганда*Беморни горизонтал холатда ётқизиб, тинч вазиятни таъминлаш; Сийдик қопчасига катетр қўйиш ва диурезни ўлчаш; - Оксигенотерапия, ўпка шиши ривожланганда кислородни 70% спирт орқали бурун катетери ёрдамида 1 дақиқада 8 л. тезликда бериш;- Монанд оғриқсизлантириш; - Допамин – 200 мг (5мл) 400 мл 5% ли глюкоза эритмаси билан томир ичига томчилаб юбориш;- Мезатон 1% -0,5-1,0 томир ичига изотоник эритмада ёки 5% глюкозада, (юбориш тезлиги ҚБ даражасига караб аникланади) томчилаб;- Реополиглюкин 200-400 мл томир ичига бир дақиқада 10-20 мл тезликда томчилаб юбориш;- Преднизолон 90-120 мг томир ичига томчилаб юбориш оксигенотерапия ва упкани сунъий вентиляцияси

# *Тромбоэмболик асоратларда* Гепарин бошланғич дозаси 5-10 минг бирликда, ундан сўнг 24 соат давомида 30 минг бирликда тромбоцитлапрни қисман фаоллашган вақти назоратида вена ичига томчилат юборилади. Варфарин кунига 2,5-5 мг, Халқаро Миёрлаштирилган Муносабатлар (МНО -ХММ) кўрсатгичини кузатган холда (2,0-3,0 га етгунча); Тромбоэмболик асорат қайси аъзода ривожлангандан келиб чиққан холда симптоматик ва кўрсатмаларга асосан жаррохлик даво чоралари олиб бориш.

# *Юракни ўткир ва сурункали аневризмасида:* Қарши кўрсатмалар бўлмаганда жаррохлик йўли билан даволаш. СҚАЕ ривожланганда уни бартараф этишга қаратилган даво тадбирлари. Бу чора тадбирлар шиш синдромига бағишланган маърузада батафсил баён этилган. *Юракнинг ички ва ташқи ёрилиши.*Жаррохлик йўли билан даволаш. *Дресслер синдромида:* Преднизолон кунига 15-20 мг 5-10 кун давомида; НЯҚВ (диклоберил, вольтарен ва бошқалар) м/о;

## ЮИКда УАШ тактикаси

## ЮИК профилактикаси (ЮИК чалинган беморларни эрта аниклаш, ХО карши курашиш, СТТ утказиш ва хоказо)

## ЮИК чалинган беморларни диспансер кузатиш

## Барча стенокардия турларини ва МИ вактида аниклаш ШП ва КВП шароитида

## ЮИК диагностикасида информатив текширишларни буюриш

## Стабил зурикиш стенокардия III ва IV ФС, ностабил стенокардия, УКС, МИ, юкори градациядаги ритм ва утказувчанлик бузулишлари, КАЕ II, III, IV ФК NYHA буйича госпитализация буюриш

## Диспансер кузатув:

## Хамма стабил зурикиш стенокардия билан огриган беморлар «Д» кузатувда туришлари шарт. Улардан хавфи юкори гурухига куйдагилар киради:

## Анамнезда ЮИК мавжудлиги, КАЕ

## ЮИК ностабил кечиш

## Тез-тез кайталанадиган огриксиз миокард ишемияси

## Жиддий ритм бузилишлари

## Огир ендош касалликлар (кандли диабет, мияда кон айланишининг бузилишлари ва хоказо).

## «Д» кузатувлар нимадан иборат: УАШга систематик куриниш еки кардиолог назоратида туриш 1 марта хар 6-12 ой ичида. Хамда йил давомида 1 марта инструментал текширишлардан утиш: ЭКГ, ЭхоКГ, юклама билан текшириш, липидлар микдорини аниклаш, курсатма билан Холтер мониторлаш, ЭКГ. Юкоридагилардан ташкари асосий коида адекват медикаментоз даволаш ва ХО коррекция буюриш, масалан «Саломатлик мактабларида» укиш.

# Юрак ишемик касаллигини даволашга умумий тавсиялар (профилактика тамойилари) - ЮИК ва унга олиб келувчи хавф омиллари тўғри-сида тушунча бериш ва уни самарали даволаш усуллари ишлаб чикилганлигини беморга тушунтириш; - Беморда мафжуд бўлган хавф омилларни аниқлаш ва уларни бартараф этиш йўлларини тушунтириш (хайвон ёғлари ва ош тузи миқдори чегараланган мева- савзавотларга бой пархезга риоя қилиш, зарарли одатлардан воз кечиш, СТТ олиб бориш, тана вазнини камайтириш, касаллик оғирлигидан келиб чиқиб жисмоний машгулотлар билан шуғулланиш); - Эмоционал холатларга ва атрофдаги келишмовчи-ликлардан психотерапия ўтказиш; - Стенокардия хуружини олдини олиш ва уни бартараф этиш усулларини ўргатиш Квалификацион тавсифнома буйича - Асоратланмаган стабил зўриқиш стенокардиясининг I –II ФС да бемор ҚВП ёки ШВП шароитида давола-нади. Уни авжланишини олдини олиш мақсадида УАВ назорати остида қуйидаги дори воситаларни мунта-зам равишда қабул қилиш тавсия этилади: - Аспирин 150 мг кунига 1 марта овқатдан кейин ёки клопидогрель (плавикс); - Оғриқ хуружлари вақтида нитроглицерин таблетка-си ёки дозаланган аэрозоли (изокет) тил остига; - Тавсия этишга кўрсатма бўлганда β-адреноблока-торлар ёки узоқ таъсир этувчи нитратлар. - ААФИ (периндоприл- престариум);

# - Статинлар (симгал, липидекс, лавостатин)

# Талаба билиш керак:

## 1. ЮИК чалинган беморни клиник тахлил утказиш.

## 2. Лаборато-инструментал курсаткичлар буйича диф. диагностика утказиш (амалий куникма – ЭКГ тушуриш ва тахлил килиш)

## 3. МИ ва унинг асоратларини ташхислаш ШП, КВП шароитида

## 4. Малакали тиббий ердам курсатиш (стенокардия ва МИ стационардан олдин, стационар шароитида ва ундан кейинги даврларида)

## 5. УАШ фаолиятига кенг профилактик ишларни тадбик этиш (айникса беморларнинг оила аъзолари билан ишлаш)

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | **80 ёшгача юрак касалликларини учраши, бу Худонинг жазоси эмас, балки ўзимизнинг қилган хатоларимиз натижасидир.   Кардиологияга  асосчилардан бири ПОЛ ДАДЛИ УАЙТ** |

## Диагноз куйиш таърифлари:

## ЮИК: стабил зурикиш стенокардия ФС II. ИККС (2005й.) (ритм ва утказувчанлик бузилишлари булса езилади). Енд: Семизлик II даража

## ЮИК: стабил зурикиш стенокардия ФС III. ГК III боскич, АГ I даража, хавф 4 (ута юкори). Фон: КД 2 тип

## ЮИК: уткир коронар синдром ST сегменти кутарилишисиз (авж олиб борувчи стенокардияга трансформацияси билан, ундан кейин стабил зурикиш стенокардия ФК III утиши билан). ГК III б., АГ II д., хавф 4 (ута юкори).

## ЮИК: уткир миокард инфаркти Q тишча билан (7авг. 2007й.), уткир ости боскичи ритм бузилиши билан КЭС III синф Лаун буйича. Асорати: Упка шии (9 авг. 2007й.)

## ЮИК: уткир миокард инфаркти Q тишчасиз (кун, йил). Асорати: Дресслер синдроми (еки эрта инфарктдан кейинги стенокардия) (сана). Енд: Семизлик III даража

## ЮИК: авж олиб борувчи стенокардия (кейин стабил зурикиш стенокардияга трансформация билан еки МИ). ГК III боскич, АГ I даража, хавф 4 (ута юкори). Асорати: КАЕ IIА боскичи (II ФС NYHA буйича)

Коронар томирлар зарарланиши билан боғлиқ бўлмаган юрак касалликлар:  
1. Яллигланиш жараени билан боглик касаликлар (миокардит, перикардит)  
2. Дистрофик ва дегенератив (кардиомиодистрофиялар, кардиомиопатиялар) узгаришлар билан боглик касалликлар. Ритм ва утказувчанлик бузилиши билан кечадиган жараен

**Миокардитлар** - юрак мушакларини яллиғланиш касаллиги.Миокардитлар бирламчи ва иккиламчига фарқланади.Бирламчи миокардитларни кўпроқ турли қўзғатувчилар (бактериялар,вируслар,замбуруғлар,содда хайвонлар,гельминтлар) чақиради.Қўзғатувчи турига қараб миокардитлар специфик ва носпецифик бўлади.Юрак мушакларини жарохатланиши камроқ радиация,токсик моддалар,травмалар таъсирида юзага келади. Бундан ташқари миокардитлар коллагенозларда (тизимли қизил волчанка,ревматоид артрит,дерматомиозит),ревматизмларда,ўткир пневмонияларда,дори воситалар касалликларида ривожланади.Кўрсатилган касалликларда ёки жарохатланишларда миокардит ривожланиши касалликни асосий белгиси бўлмайди.

**Миокардитларнинг этиологик классификацияси.**

1. Вирусли миокардитлар.

Этиофакторлар вируслар: Коксаки А ва Б, полиомиелитнинг, эпидемик паротитнинг, қизамиқнинг, қизилчанинг, грипп(АваБ), Денге иситмаси, сувчечак, ўраб олувчи темиратки, оддий герпеснинг, Эпштейн -Барр, ВИЧ, цитомегаловирус.

1. Бактериал миокардитлар.

Специфик ва носпецифик касаллик қўзғатувчилари этиофакторлари : ревматизмнинг, скарлатинанинг, тошмаливақорин тифининг, сальмонеллезнинг, менингококкли инфекция, туберкулез, захм, бруцеллезнингва бошқалар.

1. Замбуруғли миокардитлар (қўзғатувчиси Cryptococcus neoformans).
2. Миокардитлар, содда хайвонлар чақирган: Лайм касаллиги, токсоплазмоз, хламидиаз.
3. Гельминтлар чақирган миокардитлар (трихинеллез, эхинококкоз).
4. Нурлимиокардитлар.
5. Токсик миокардит.
6. Посттравматик миокардит.
7. Аллергик миокардит (дорилива паразитар генезли).
8. Коллагенозларда миокардитлар .

Оғир миокардитларнинг алохида шакли фарқланади - Абрамов-Фидлер идиопатик миокардити (миокардитнинг псевдокоронар варианти).

**Миокардитларнинг диагностикаси.** Основана на наличии клинических симптомов поражения сердца и результатов дополнительных методов исследования.Юрак жарохатланиш клиник белгилари ва қўшимча текшириш усуллари натижаларига асосланган.

1. Периферик симптомлар: рангпарлик, лаб цианози, температура кўтарилиши.
2. Юрак қон томир тизими жарохатланиш симптомлари:
3. Оғриқ симптомлари (давомий тўмтоқ, нитратлар самара бермайдиган юракдаги санчувчи оғриқлар);
4. Юрак турткисини сусайиши,юрак чегарасини кенгайиши,диастолик от дупури ритми ёки систолик шовқин,юрак тонларини бўғиқлашиши,артериал босим пасайиши,юрак харакати ритми ва частотасини бузилиши;
5. Чап қоринча типидаги ёки ўнг қоринча типидаги юрак қон томир етишмовчилиги белгилари (хансираш,бўйин веналарини бўртиши,ўпкада нам хириллаш эшитилиши,жигар катталашиши,оёқларда шишлар);

Продромал даврда этиофактор билан боғлиқ касалликлар.

Юрак жарохатланишини тасдиқловчи қуйидаги қўшимча текшириш усуллари:

-ЭКГ: ST сегментида ўтувчи ўзгаришларва T тишида ўзгаришлар;

-ЭхоКГ ва юрак рентгенографияси - юрак ўлчамларини катталашиши;

-Ўткир фаза кўрсаткичлари: СОЭ ошиши, эозинофилия, нейтрофил лейкоцитоз, сиал кислоталари, фибриноген ошиши, С-реактив оқсил мусбат, диспротеинемия глобулин фракциялари ошиши билан, юрак изоферментларини миқдорини ошиши.

-Миокардитларнинг кечишини клиник шакллари:

-Ўткир,ўткир ости,сурункали кечиши.

**Миокардитларнинг диагностик меъзонлари.**

( Кардиологларнинг Нью-Йорк ассоциацияси 1973)

1. Синусли тахикардия.
2. I тон сусайиши.
3. Ритм бузилиши, бедана ритми билан бирга.
4. ЭКГ ўзгариши: бўлмача-қоринча ўтказувчанлигини секинлашиши, (ST-T) реполяризация бузилиши.
5. Кардиомегалия.
6. Аспартатаминотрансферазалар (АсАТ) ошиши.
7. Юрак етишмовчилиги.

**Миокардитларнинг асоратлари:**

* Ўткир юрак етишмовчилиги (юрак астмаси, ўпка шиши);
* Пароксизмал ритм бузилиши юрак етишмовчилиги билан;
* атриовентрикуляр блокада юрак тўхташи билан;
* перикардит;
* дилятацион кардиомиопатиялар ривожланиши;

Асорат кўпроқ идиопатик миокардит Абрамов-Фидлерда кузатилади (мерцал аритмия, тромбоэмболик синдром, прогрессирланувчи юрак етишмовчилиги).

**Миокардитларни қиёсий ташхислаш.**

Миокардитларни қиёсий ташхислаш юракни органик ва функционал жарохатланиши билан ўтказилади:

1.ревматик миокардит;

2.аллергик миокардит;

3. коллагенозлардаги миокардит;

4.кардиомиопатиялар;

5.перикардит;

6. миокард дистрофиялари(эндокринопатиялар, анемиялар, алкоголлива климактерик кардиомиопатиялар);

7.инфаркт миокард ёки стенокардиялар;

8.кардионеврозлар;

9.чап бўлмача ёки қоринча миксомаси;

10.Турли этиологияли эндокардитлар;

11.Қоринча аневризмаси;

12.Туғма юрак нуқсонлари.

**Миокардитларни даволаш.** Пархез стол №10 Певзнер бўйича, оғриқ синдроми ва юрак етишмовчилиги белгилари йўқолгунча ётоқ режими.Аниқ этиологияда этиотроп даво ишлатилади. Применяется этиотропное лечение при известной этиологии. Ревматик миокардитдақўлланилади- салицилатлар, баъзида преднизолон; аллергик миокардитнинг описторхознинг эрта фазалари фонидапразиквантел патогенетик даводан сўнг, тизимли қизил волчанкада - преднизолон ёки преднизолон билан циклофосфан (метатрексат). Нурли миокардит преднизолон билан даволанади. Симптоматик терапия юрак қон томир етишмовчилигини даволашда, аритмияни профилактикаси ва даволашда, метаболик терапия,ўчоқли инфекциясини санациясида қўлланилади.

*Оқибати:*тузалиш; миокардитик кардиосклероз ритм бузилиши билан ёки юрак етишмовчилиги, дилятацион кардиомиопатия ривожланиши.

*Диспансеризация*. Миокардит ўтказган беморлар кардиолог ёки терапевт кузатувида бўлади,кузатув сони касаллик оғирлигига,ёндош касалликларга боғлиқ.Текширув ўз ичига олади:Умумий қон анализи, ЭхоКГ ва ЭКГ,қолган текширишлар ва маслахатлар кўрсатмага кўра ўтказилади.Миокардитларда бирламчи ва иккиламчи профилактика ўтказилади.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Зўриқиш стенокардияси, НЦД, миокардит ва миокардиодистрофияларни**

**қиёсий ташхиси**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Критериялар** | **Зўриқиш стенокардияси** | **НЦД** | **Миокардит** | **Миокардиодистрофия** |
| **Сабаблар**  **Клиника** | коронар артерияларни атеросклерози. бемор кўпроқ эркаклар, одатда 40 ёшдан кейин  Кўкрак саҳасидаги оғриқ кисувчи, босувчи, хуружсимон (жисмоний зўриқиш билан боғлик),  чап елка, қўлига, таркалади 15-20 дак. камроқ давом этиши, нитроглицерин қабулдан кейин оғриқлар тўхтатиш, хуружвақтида ни бемор кимирлашга қўрқади, кучли қўрқув | ақлий ва жисмоний зўриқиш, БМШ, гормонал даврлар қайта қуришни ва т. д. асосан бемор аёллар, ёшликда  Жуда куп шикоят. Кардиалгия НЦДга хос. Оғриқ турли хил симирловчи, санчилувчи, кесувчи, кемирувчи. Кўпроқ юрак чўқиси соҳасида бир ненча дакиқадан, бир неча соатгача давом этади. Оғриқ безовталаниш, жисмоний ва руҳий зўрикиш, ва об-ҳаво ўзгаришида кузатилади | Инфекция коллагенозлар, васкулитлар, Аллергик реакциялар.  Юрак соҳасидаги оғриқларўтқазилган инфекция билан боғлайди оғриқ доимий, симирловчи, санчилувчи, кесувчи, кемирувчи давомли-лик бир неча дакика-дан бир неча кунгача. Оғриқлар – юрак чуқисида, оғриқ нафас олганда кучаяди, таркалиши хос эмас, нитратлар билан огриқ колмайди. нафас қисиш, юрак уриши, тана ҳарорати кўтарилиш безовта калади | камқонлик, семизлик, кам овқатлантириш, эндокрин система касалликлари, интоксикациялар.  Эрта босқичлар-да тез чарчашлик ишлаш қоби-лиятини, пасай-тириш ташвиш-лантиради Кар-диалгия- огрик юрак чўқисида, жисмоний зўри-қиш билан боглиқ эмас, нитратлар билан бартараф этилмайди. Оғ-риқлар бесабаб лекин кўпроқ жисмоний ва руҳий зўриқиш-дан кейин бир қанча вақт ўтгач кузатилади. Кеч-ки босқичларда нафас қисиш, ҳаво етишмас-лиги, юрак ури-ши, безовта қилади |
| **Объектив** | Юзида кўркув ифодаси, тери рангпар, ЮИК ҳафв омиллари аниқланиши мумкун. Юрак тонлари бўғик. Хуруж вақтида II товушни уч паллали маром, ёрилишни эшитмоқ мумкин | Гиперкинетик типда систолик шовқин эшитила-ди. Горизонтал ва тик турган вазият-да пульс фарқи жуда хос нормо ва брадикардия в горизонтал, тахикардия тик турган вазиятда | оғир шаклда тинч холатда нафас қисиш, мажбурий ҳолат( ортопноэ ), акроцианоз, буйин веналар бўртиши. Аускультатив -юрак тонларини буғиқлашиши, айниқса I товуш-ни, УА II товуш акценти | I тонни заифлаши, тахикардия, қисқа систолик шовқин. кейинчалик ритм ва ўтказувчанлик, бузилиши шаклланади ЮЕ шакилланади. |
| **Лаборатор- инструмен**  **тал кўрсаткич**  **лар** | Липид спектр аҳамиятга эга (ХСЛПНП, умумий холестеринни ошиши, ХСЛПВПпасаиши ), коагулограммадаги ўзгариш - ПТИ, тромботест кутарилиши. ЭКГ : сегмент S-T ўзига хос ўзгариши ва Т ( горизонтал ёки косонисходящее силжиш S-Т, салбий ва симметрик Т ) | ЭКГ : коринча мажмуани охириги қисмида ўзгариш негатив Т (носимметрик ), айниқса ўнг томондаги кўкрак отведенияларда, қоринчаларни эртаги реполяризация с-ми. Синама ўтказилишда ўзига хос ьность Т ва S-Т лабиллиги | Оғир, ўрта оғир шаклда ОАК : лейкоцитоз, СОЭ ошиши ; Биохим. маълумотлар : ЛДГ, КФК кўта-рилиш, ўткирфаза синовлар ; R-ген : юрак чегаралар-нинг катталаш-тириш лар. ЭКГ : турғунлик S-Т ва текисланган ёки салбий Т вужудга келиш бир неча отведенияларда, ҳар хил ритм ва ўтказувчанлик бузилиш ва ЭКГвольтажи, пасайтириши. | ЭКГ : Т вольтажи пасайтириш ва текисланиши, ўнг томондаги кўкрак отведенияларда ҳаммасидан кўра ифодаланган, қоринчалараро ўтказувчанлигини бузилиши. Ташхисни аниқлаш мақсада фармокологик синовлар бажарадилар |
| **Даволаш** | Антиангинал воситалар (нитратлар , B-блокаторлар, кальций антогонистлари), антиагрегантлар, гиполипидемик воситалар, Ҳавф омиларни бартараф этиш | Ҳавф омиларни бартараф этиш транквилизаторлар, антидепрессантлар, ноотроплар, цереброангиопротекторлар. | Этиотроп: вирусга карши, антибак-териал, замбу-ругга карши.  Систем касаллик-ларда: НПВС, ГКС, цитостатик-лар асоратларни даволаш: ЮЕ, ритм ва ўтказув-чанлик бузи-лиш, тромбоэмболия ва бошқалар | Этиотроп - асосий жараённи бартараф этиш метаболиклар, микроциркуляцияни яхшилаш, электролит  балансни мувофиқлаштириш. Симптоматик даво |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

*Умуртқа поғонаси нерви синдроми*билан кўпроқ қўл ва бўйин мушаклари бир хил харакатда бўладиган (хайдовчилар, бўёқчилар, шувоқчилар, хисобчилар, тиббиёт хамширалари) ёки оғир юк кўтарадиган (бетон қорувчилар, мунтазам оғир жисмоний иш билан шуғилланадиганлар) кишилар оғрийдилар. Касалликнинг клиник белгиси қуйидаги синдромлар билан намоён бўлади: Оғриқ жумладанкардиалгия; Кохлар –вестибулар ўзгаришлар; Кўришнинг бузилиши.

***Умуртқа поғонаси кўкрак қисми остеопорози***

- Фарзанд кўрмаган ёки кам болали аёллар;

- Нозик тана тузилишига эга бўлган аёллар; Хайз кўриши вақтидан олдин тўхтаган аёллар; Узоқ вақт давомида глюкокортикостероидлар қабул қилган беморлар; Айрим касаликларга (тирео-токсикоз, Иценко- Кушинга касаллиги ёки синд-роми, ҚД I типи, жигар ва бурак паталогиялари) чалинган беморлар; ТВИ<19- кг/м2 бўлганлар

***Кукрак кафасида огрик синдроми билан кечувчи суяк – ковурга шикастланиши касалликлари:***

- остеохондрит, ёки «ковургалар аро невралгия», калтис харакат килганда, узок вакт нокулай холатда булганда, кучли йуталганда ва туннинг иккинчи ярмида   
пайдо булиб чукур нафас олганда хамда харакатда кучаяди.

- огрик нерв толалари буйлаб таркалади.

- шикастланган соха пальпация килганда огрик пайдо булади ёки кучаяди.   
- ностероид яллигланишга карши воситалар яхши самара беради.

УАВ фаолиятида кўп холларда қуйида келтирилган ниқобли (яширин) **депрессия** белгилари мавжуд бўлган беморлар учрайди:

- Уйқуни бузилиши (уйқуга кетишнинг қийинлиги, эрта уйғониш, тунлари безовта бўлиб ухлаш);  
- Иштахани бузилиши (унинг сусайиши ёки аксинча кучайиши);

Турли сохада жойлашгансурункали оғриқ синдроми (кўп холларда кардиа-лгия, бош ва белдаги оғриқлар);

- Жинсий алоқадаги турли бузилишлар; Вегетатив ўзгаришлар (юрак уриб кетиши, нафас сиқиши, бош айланиши).

***Инсультдан кейинги огрик.*** Диагностика: Шикастланган томонда нохуш хис ва огрик кузатилади. Огрикни бир томонлама булиши, гемипарез, огрик ва харорат сезишни бузилиши- гемистезия. Огрик кун давомига, харакатга, жисмоний ва эмоционал зурикишга боглик. Огрик тегилганда ва босганда кучаяди.

***Таркалган склерозда кузатиладиган кукрак кафасидаги огриклар***  
Бош ва орка мияни куплаб учокли демиелинизацияси туфайли МНТ сурункали кайталовчи касаллиги. Диагностика: клиник анамнезини чукур урганиш; зарурий тор мутахасислар маслахати.МРТ маълумотлари. Даволаш: антидепрессантлар,антиэпелептик воситлар   
(ламотриджин, габапентин) миорелаксантлар (мидокалм) мушакларда огрик булганда.

***Ураб олувчи темиратки***кузгатувчиси ДНК- сакловчи дерматонейротроп вирус VaricellaHerpesХос белгилар: Кукрак кафасида аксарият холларда бир томнлама кучли огриклар.   
Шикастланган сохада куйдириш хиси, гиперестезия, гипостезия ва анестезия;   
Атрофи гиперемияли халка билан уралган эритематоз папула ва везикулалар;   
Даволаш: вирусга карши воситалар (ацикловир кунига 400 – 800 мг дан 5 марта 7-10 кун давомида ёки валацикловир 1000 мг кунига 3 марта, фамцикловир 800 мг дан кунига 5 марта), анальгетиклар, НЯКВ

***Постгерпетик невралгия.*** Кукрак кафасидаги герпетик тошмалар утгач 50% касалларда 3 ой ва ундан куп муддатларда огрик сакланиб колади. Характерли: кукрак кафасидаги доимий куйдурувчи, хуружсимон еки кесувчи огриклар. Огрикларнинг терига тегилган пайтда кучайиши ва кичишлар хос. Гиперстезия, гипостезия еки анестезия.

# Literature

## Kurbanov R. D..Epidemiology and primary preventive maintenance of an ischemic heart trouble and an arterial hypertonia//Medical magazine of Uzbekistan – Tashkent,2002.- № 2 - 3. - pp. 10-12

## Estimation of the importance of various risk factors in a mortality from ischemic illness in unorganized population of men at the age of 40-59 / Mamutov R. Sh., Mamaradjapova D. А., Bekpulatova I. R., Safaeva L. Sh. // Cardiology of Uzbekistan. - Tashkent, 2009. - N1-2. - pp. 98

## Oganov R.G. Preventive maintenance of cardiovascular diseases: possibilities of practical public health services//Cardiovascular therapy and preventive maintenance.-М.,2002.-№1.-pp.5-9

## Оganov R.G., Maslennikova G.Ya. Preventive maintenance of cardiovascular and other noninfectious diseases – a basis of improvement of a demographic situation in Russia//Cardiovascular therapy and preventive maintenance -М.,2005.-№1.-pp.4-9

## Chazov Е.I. Problems of primary and secondary preventive maintenance of cardiovascular diseases in Russia and the CIS//Cardiology of Uzbekistan.- Tashkent,2006.-№1.-pp.15-17

## On behalf of the SCORE project group: Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project / R.M. Conroy, K. Pyorada, A.P. Fitzgerada et al // Eur. Heart. J.-2003.-N24.-P.987-1003

## Molecular-genetic diagnostics of an ischemic heart disease. Nurillayeva N.М., Mukhammedov R.S., Zhmyrko Е.V. Methodical reference, ТМА, Tashkent, 2011, 26 pages.

## New preventive technologies in a primary link of public health services. Gadayev А.G., Nurillayeva N.М.. Methodical reference, ТМА, Тashkent, 2011, 70 pages.

## Features of diagnostics of disturbing-depressions at an ischemic heart disease. Nurillayeva N.М., Magzumova Sh. Zh., Abdullazhanova Sh.Zh., Mukhamadieva N.B.. Methodical reference, ТМА, 2011, 25 pages.

**«Артериал гипертензия. Дифференциал даво.УАШ тактикаси»**

**Маърузачи: доцент Н.Б.Нуритдинова**

**Маърузанинг максади**: Талабаларга эрта ташхислаш ургатиш, ГК бошка АГ киёсий ташхиси, САГ тугрисида тушунча бериш, беморга ёндашиш ва оптимал даво тактикасини танлашни ургатиш

**Маърузада режаси**:

1. Кириш, артериал гипертония синдроми хакида тушунча.
2. Артериал гипертония таснифи, хавф омилларнинг стратификацияси.
3. АГ диагностикаси.
4. АГ диагнозини қўйиш.
5. АГ дифференциал даволаш.
6. АГ профилактикаси ва диспансеризацияси. УАШ тактикаси.

**Таянч сўзлар**: артериал гипертензия, артериал қон босими, ренин-ангиотензин-алдостерон системаси, хавф омиллари, нишон аъзолари, ААФ-ингибитори, кальций антагонисти, в-блокатор, диуретик.

АГ деганда систолик артериал қон босими – 140мм.сим.уст. ва диастолик АКБни 90мм.сим.уст. бўлгандаги холати тушунилади. АГ нинг тарқалганлиги катталар орасида кўп давлатларда 20%га яқин бўлиб, катта хавф туғдиради, чунки АГ ўлим келиб чиқиши сабаб ва омилларининг бири бўлиб хисобланада ва унинг зиммасига юрак-қон томир аъзолари касалликларининг 20-50% (умумий ўлим структурасида) тўғри келади.

Текшириб кўрилган натижаларга қараб, АКШ 50млн.га яқин инсон гипертония билан касалланган. Буни карангки, гипертония хасталикларида (38% катталарда) европоид ирқига мансуб инсонларга (29%) нисбатан кўп учрар экан. Бундан ташқари холатларда гипертония касаллигидан ўлим келиб чиқиш сабаблари ва касаллик асоратлари юқорилиги таъкидлаб ўтилган. Аниқланишича, 85-90% холларнинг келиб чиқиши бирламчи (эссенциал) гипертония тушса, у холда 5-10% иккиламчи гипертонияга тушар экан. Ва бунда кўпрок икки томонлама буйрак паренхимасини шикастланиши учрар экан ва фақат 1-2% холлардагина бемор потенциал даво топиши мумкин бўлган холат кузатилар экан. Эпидемиологик текширувлар натижасига қараганда АКБни ошгандаги холат ва ЮИК ўртасидаги боғликлик, мия инсульти, туриб қолган қон айланиш етишмовчилиги ва буйрак хасталиклари ўртасидаги зарур ва мустақил боғликлик борлиги аникланди.

АГ инсультнинг асосий омили хисобланади. Бундан ташкари коронар артериялар атеросклерознинг 3 омилидан хисобланади. 9 та проспектив текширув нвтижаларини бирлаштириб улар натижасига эътибор билан карасак, улардан диастолик АҚБ 105мм.сим.уст. булган инсонларда мия инсультининг келиб чиқиши бошқаларга нисбатан 10 баробар юқори ва 76мм.сим.уст. булган инсонларда юрак ишемик касаллигининг келиб чиқиши 5 баробар юқорилигини аниқлаш мумкин. Кўп омилли профилактиканинг проспектив текширув натижаларига асосланиб қарасак, унда юрак-кон томир тизими аъзоларининг асоратларидин олиб чиқадиган омиллар нафакат диастолик АКБни ошиши билан, балки систолик АҚБни ошиши билан хам ўсиб боради. АКШ нинг Фремингем шахрида олиб борилган 34 йиллик проспектив текширув натижаларига асослаб олсак, унда текширилгандаги юқори АҚБли инсонларда юрак етишмовчилигининг келиб чиқиши омили текширилгандаги АҚБ паст булган инсонларга нисбатан 2-4 баробар кўпрок учрайди. АГ нинг таснифи эпидемиологик текширувлар ва илмий ишларнинг натижаларига асослангандир. Бу тасниф хавфли омилларни ва нишон аъзоларини ўз ичига олади, АГ хисобга бузилишини.

|  |
| --- |
| Гипертония касаллигининг босқичлари бўйича таснифи (ЖССТ 1993, 1996 й.) |
| ГК I босқич : нишон аъзоларда ўзгаришлар йўқ |
| ГК II босқич – бир ёки бир неча нишон аъзоларининг зарарланиши, функционал ўзгаришларсиз |
| ГК III босқич- нишон аъзоларнинг зарарланиши, функционал ўзгаришлар билан |

АГ таснифи - ЖССТ (ВОЗ) 1999

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Категория | САБ | ДАБ |
| Оптимал  Нормал  Юқори - нормал  1даража  2 даража  3 даража  АСАГ | <120  < 130  130-139  140-159  160-179  180дан юқори  140 < 90 | <80  < 85  85-89  90-99  100-109  110дан юқори |

Турли хавф гурухларида юрак-томир асоратлари пайдо бўлиш эхтимоли

паст даражали хавф - < 15%

ўрта даражали хавф – 15-20%

юқори даражали хавф - 20-30%

жуда юқори даражали хавф – > 30%

АГ этиология ва патогенези.

АГ билан касалланган 95% беморларни келиб чиқиш сабабини аниқлаб булмаяпти. Бу борада бирламчи ёки эссенциал гипертония тўғрисида гап боради. Факат камчилик гурухни ташкил қилган беморларда касалликни специфик сабабини аниклаб ва бундай холларда иккиламчи ёки симптоматик гипертония деб аталади. Симптоматик шакли – АГ билан госпитализация қилинган беморлардагина юқори фоизни аниқлаб бўляпти. Симптоматик гипертензияни келтириб чиқарувчи сабаблари бўйича таснифи куйидагича:

А) Эссенциал ёки бирламчи гипертония.

Б) Иккиламчи гипертония.

Сабаблари:

1. Дори-дармонлар ёки экзоген моддалар:

А. хомиладорликни олдини олувчи гормонал воситалар.

Б. Кортикостероидлар.

В. Симпатомиметиклар.

Г. Кокаин

Д . НЯКВ.

Е. Циклоспорин

Ж. Эритропоэтин.

2. Буйраклар касалликлари:

А. Буйрак паренхиматоз касалликлари

Б. Ўткир гломерулонефрит

В. Сурункали нефритлар

Г. Буйрак поликистози

Д. Буйрак бириктирувчи тўқимаси касалликлари.

Е. Диабетик нефропатия.

Ж. Гидронефроз

З. Туғма буйрак гипоплазияси.

И. Буйрак жарохатланиши

Й. Реноваскуляр гипертония

К. Ренин чиқарувчи ўсмалар

Л. Реноприв гипертониялар

М. Тузнинг бирламчи ушланиб колиши (Лидал синдроми, Гордон синдроми)

3. Эндокрин касалликлар:

А. Акромегалия.

Б. Гипотиреоз.

В. Гиперкальциемия.

Г. Гипертиреоз.

Д. Буйрак усти касаллиги (Кушинг синдроми, мия моддасининг зарарланиши- феохромоцитома ва буйрак усти бези ташкарисида жойлашган хромофин хужайралари ўсмаси, хавфли ўсмалар)

4. Аорта коартацияси.

5. Хомиладорлик асоратлари.

6. Неврологик касалликлар (мия ичи кон босимининг ошиши, мия усмаси, энцефалитлар, респиратор ацидоз, уйкудаги апноэ холати, оёқларнинг тотал параличи, ўткир порфирия, қўргошин билан зарарланиш, Гийен-Барре синдроми).

7. Хирургик асоратлар (жаррохлик операциясидан кейинги гипертония).

АГни патогенезида бир нечта омиллар ахамиятга эгадир. Булардан: симпатик нерв системасини ўзгариши, буйраклар ўзгариши, ренин- ангиотензин системаси хамда бошқа гуморал факторлар ва эндотелий дисфункцияси. Симпатик нерв система эссенциал гипертонияси шаклланишида гиперкинетик тип қон айланишни хосил булишида мухим ахамиятга эга. Қатор авторлар эссенциал гипертонияли беморларни қон плазмасида норадреналин миқдорини юқори бўлишини аниклашган, айникса еш болаларда. Бундан ташқари гипертонияда экспериментал ва лаборатор текширувлар натижаси шуни кўрсатадики, барорецепторларнинг қайта ўзгариши прессор ва депрессор балансни бузилишига олиб келади.

Буйраклар ахамияти.

Буйраклар кўпинча эссенциал гипертонияеи патогенезида иштирок этади ва натрийурезни бузилиши орқали, бу эса организмда тузни ушланиб қолишига сабаб бўлади, прессор ва депрессор факторларни бузилиши хисобига. Ренин-ангиотензин-альдостерон системаси. Қон босими ва хажмини регуляциясида юкстагломеруляр аппарат иштирок этади. ЮГА хужайралар грануласида хосил бўлган протеолитик фермент ренин ангиотензинни плазма оқсилининг бирига ва декапептид ангиотензин I га катализация қилади. Бу прессор активликка эга булган агент ўзгартирувчи фермент таъсирида асосан ўпкада ва шунингдек буйрак ва бош мияда ангиотензин II октапептидигача парчаланади, у эса кучли вазоконстриктор сифатида таъсир қилади ва альдостерон ажралишини стимуллайди. Ундан ташқари қонда гептопептид ангиотензин III мавжуд, у ангиотензин II декактив. Замонавий текширувлар шуни кўрсатадики, эндотелий – ангиотензин I ни ангиотензин II га айланишида иштирок этади ва кининни кайта фаолланишида ва азот оксидини синтезида катнашади. Эндотелий томирлар тонусининг гормонал ва нейроген регуляциясида, ва гомеостазнинг сакланишида катта роль ўйнайди. Эндотелий яна томирларни торайтирувчи моддани синтез қилади, бунга эндотелин хам киради.

Клиник кўриниши ва текшириш.

Асорат келиб чиқмаганда, бирламчи гипертензия хеч кандай симптомсиз кечади. Клиник кўриниш носпецифик ва мишень аъзоларни зараланиши билан белгиланади. Асоратсиз АГ га куйидаги симптомлар тегишли эмас: бош айланиши, кизиб кетишлар, чарчаш, бурундан қон кетиш ва жахлдорлик. Гипертензияни асоратига куйидагилар киради: чап қоринча етишмовчилиги, ЮИК, қон куйилишлар, экссудатлар, кўрув нерви сурғичининг шиши ва тўр парданинг ўткир томирлар бузилиши, мия қон айланишининг бузилиши, буйрак етишмовчилиги дестерон озод булишини стимуллайди, аммо камрок прессор активликка эга.

Бирламчи гипертензия одатда ренин активлиги нормада, аммо баъзи бир беморларда (25%) у кам булиши, баъзиларда (15%) юқори бўлиши мумкин. Ёмон сифатли гипертензия учун АРП ошиши характерли. Шундай килиб, ренин-ангиотензин системаси ўз таъсирини ўсиш факторлари ва томир актив моддаларини секрециясини ва активацияси хисобига намоён қилади ва у ўзи хамда вазоконстрикция ва хужайралар гипертрофиясини стимуляцияланишига олиб келади.

Юрак-кон томир структураси ўзгариши.

Кон босимини кўтарилиши туфайли ўсиш факторларининг активлигининг структур узгаришларига олиб келади. Томирлар системасидаги босимнинг ошиши томирларни торайишига олиб келадию Бу эса томирлар қаршилигининг ошишига ва томирлар девори ўтказувчанлигининг ошишига олиб келади. АГ да томирлар деворини қайта ўзгариши тез хосил бўлади. Юракдаги бу ўзгаришлар чап коринчанинг деворини қалинлашганидек ва қисман ўнг коринчанинг катталашишини келтириб чиқаради. Юракдаги ва томирлардаги структур ўзгаришлар гемодинамик йуналишни тезлаштиради. Бу гипертонияга мос ва катор асоратларнинг келиб чикишига олиб келади.

АГ ва эндотелий. АКБ ошган беморларда диагностик текширувлар бир неча масалалардан иборат:

1. АҚБ ни доимий ощищини таъкидлаш.
2. Юрак-томир умумий хавфини бахолаш.
3. Аъзоларнинг зараланиши ва қўшимча касалликлар борлигини аниқлаш.
4. Касалликни асоратини аниқлаш.

Бу хама масалалар диагностик муолажаларни ягона элементи хисобланади, бу эса 3та классик методларга бўлинади: анамнез йиғиш, физикал ва лаборатор инструментал текширувлар:

АКБ ни ўлчаш АГ ташхисини қўйиш учун АҚБ ошишни бир неча бор таъкидлаш зарур. АҚБ ўлчашни оралиги бошланғич кўрсаткичга боғлик. Аниқ ва тўғри йигилган анамнез қўшимча хавф борлиги тўғрисида маълумот беради, хамда аъзолар зараланиши ва симптоматик АГ сабаблари, белгиларини таъминлайди, аъзолар зараланиши ва иккиламчи характердаги гипертонияни белгиларини билиш учун детал физикал ўтказилиши мухимдир. Аник ва тўғри йиғилган анамнез ўтказиладиган физикал текширувлар хажмини белгилайди. Лаборатор-инструментал текширувлар қуйидаги гурухларга бўлинади:

1. АГ да хамма касалларга ўтказиладиган зарур тавсия қилинадиган текширувлар. Бу оддий, арзон текширувлар юрак холати тўғрисида буйрак хамда кўшимча факторлар тўғрисида маълумот беради.

2. Қўшимча текширувлар бошка оддий текширувларни қўшимча маълумот керак бўлганда утказилади.

3. Чуқур текширувлар. Асоратли гипертонияли беморларни аниқ бахолаш учун касалхона шифокори ёки профилли мутахасислар томонидан ўтказилади, ёки иккиламчи характерли АГ га шубха бўлса утказилади.

Прогноз. АГ ни даволанмаган беморлар – ишга лаёқатини йўкотиши катта хавфига ёки ёш даврида чап коринча етишмовчилигидан МИ да ишемик ёки геморрагик инсультдан ва буйрак етишмовчилигидан ўлимга сабаб бўлади. Қанчалик АҚБ юқори бўлса, тўр парда зарарланиши кучли булса, оқибати шунчалик ёмон булади.

АГ ни қиесий фармакотерапияси.

Бирламчи гипертензияни даволайдиган воситалар йук, лекин мос келадиган терапия уни кечишини ўзгартира олади. АГ даволаш коида бўйича умр бўйи ўтказиладиган, шунингдек шифокор бемор билан доимий контактда бўлишга ва беморни психологик статусини инобатга олиш керак.

Сийдик хайдовчи, айникса катта дозада қатор ёмон метаболик кўринишларни чақиради. Калийни йўқолиши, глюкозага толерантликни камайиши юрак коринчаларида эктопик ўчокларни хосил булишини, хамда импотенцияга олиб келади. Тиазид ва унга яқин бўлган сийдик хайдовчилар даволашнинг биринчи 4 хафтасида холестерин ва триглицеридни кўпайтиради. Хамма тиазид ва унга яқин бўлган моддалар эквивалент дозада бир хилда метазон, индапамид ва халкали сийдик хайдовчилар АГ ни фуросемид, буметамид, этакрин кислотаси АКБ ни тиазидларга кура самаралироқ туширади, лекин тиазидларга кўра улар буйрак функциясини ўзгаришига олиб келади. Шунинг учун СБЕ билан боғлик бўлган АГ да тўгри келади. Сийдик хайдовчиларни қон босимга қарши таъсири, плазма хажмини қопланишига ва томирлар реактивлиги камайишига олиб келади.

В- блокаторлар- В-адренорецепторларни боғловчи бу препаратлар хавфсиз ва эффектив хисобланади. Уларни хар хил ёшдаги беморларга ва хар хил келиб чиқиш ва даражасини билган беморларга берилади. Кўпчилик катта текширувлар шуни кўрсатадики, В- блокаторлар эффективлиги ва юрак қон томир касаллигини ўлимидан огохлантиради.

АГ ни даволашда асосий мақсади беморда АҚБ даражаси тушиши максимал даражада бемор кўтариши керак.

1. Яшаш мухитини ўзгартириш бўйича тавсиялар (номедикаментоз даво). Бу 4 максадни ўз ичига олади: А. Конкрет беморда АҚБ ни тушиши, Б. Медикаментоз даво хакида маълумот. В. Ёндош хавф туғдирувчи факторларнинг даражаси пасайиши ёки уларнинг йўк бўлиши. Г. АГ ни бирламчи профилактикаси.

АҚБ даражасини камайтириш максадида берилган номедикаментоз тавсиялар: вазнни камайтириш, алкогол истеъмолини камайтириш, физик активликни ошириш, туз истеъмолини камайтириш.

1. Медикаментоз даво.

Хозирги замонда АГ ни даволашни умумий келишилган холда 5 та гипотензив препаратларга бўламиз: сийдик хайдовчилар, В-блокаторлар, АПФ ингибиторлари, Са-антогнистлари ва альфа блокаторлари. бошка синф препаратлари алохида мухим пайтларда ишлатилади.

Сийдик хайдовчилар- бу препаратлар кенг қўлланилади, 1-чи танлов препаратини хисобга олиш ва уларни қўллаш юрак кон томир касалликларини ва ўлимни олдини олади. бошқа гипотензив воситалар АГ ни давосида самарали МНС га таъсир киладиган кенг қўлланиладиган бошқа препаратлар киради. Бу препаратлар сийдик хайдовчилар билан комбинациясида клиник текширувларда қўлланилади, бу эса юрак кон томир асоратини камайишига олиб келади.

Препаратлар комбинацияси.

Агар монотерапия етарли даражада самарали бўлмаса унда кичик дозада бошка препарат қўшиш керак, ўзини дозасини оширгандан кўра.

Давонинг эффективлиги қуйидаги препаратларкомбинациясида кузатилади: 1. Сийдик хайдовчилар+В-блокаторлар билан, АПФ ингибитори ва альфа блокаторлар; 2. В-блокаторлар+ альфа блокаторлар билан ёки Са-антогонисти- дигидропиридин.

1. АПФ ингибиторлар ва + Са-антогонистлари.

Кечиктириб бўлмайдиган АГ билан боғлик бўлган холатлар бу кўрув нервининг шиши, кўз тубига қон куйилиш билан боғлик оғир холат.

Гипертония асоратлари: ўткир чап коринча етишмовчилиги, мия кон айланиши бузилиши, ўткир коронар етишмовчилик, аорта аневризмаси, гипертензив энцефалопатия, эклампсия, феохромацитомада гипертоник криз киради.

Даволаш учун: диазоксид, нитроглицерин, нитропруссид, нитропруссид натрий, лабеталол ишлатилади. Гипертоник криз феохромацитома билан чақирилган булса, фентоламин ишлатилади.

АПФ ингибиторлари булар вазодилятаторлар бўлиб, қон босимини ОПСС ни пасайтириш йўли билан пасайтиради. Улар плазмада ренинни активлигига карамасдан гипертоник касалларда АКБ ни камайтиради. АПФ ингибиторлари АГда чап коринча гипертрофиясини оркага ривожланишини эффектив таъминлайди, хамда инсулинга боглик катор диабет касалларда буйрак патологиясини ривожланишини пасайтиради.

Ножуя таъсири: курук кичитма йутал, куп микдорда нефротик синдромни, мембранали гломерулонефритни, нефрит ва лейкопенияни, гохида ангионевротик шишни чакириши мумкин.

Хомиладорликни айникса иккинчи ярмида АПФ ингибиторларини тавсия килишдан воз кечиш керак, чунки улар хомилани внутриутроб пайти ва неонатал даврида улимига олиб келиши мумкин.

Кальций антагонистлари кучли периферик вазодилятаторлар бўлиб, улар қон босимини ОПССни камайтириб пасайтиради. Бир-биридан ўзини хусусиятлари билан кескин фарққиладиган 3 та гурух бор: дигидропиридинлар (нифедипин, никардипин, передипин) миокардга яхши таъсир киладиган гохида рефлектор тахикардия чакирса хам; фенилалкиламинлар (верапамил) бета-блокаторларга ўхшаб ЮУСни пасайтиради, бўлмача қоринча ўтказувчанлигини пасайтиради ва манфий инотроп таъсир курсатади; бензотиазепин (дилтиазем) юрак миокардига верапамилга нисбатан кескин паст таъсир кўрсатади, лекин дигидропиридинлардан кучлирок. Ножуя таъсири: тахикардия, бош оғрик, юзни кизариши, болдир панжа бўгими шиши ва сочни тушиши (верапамил) кальций антагонистлари манфий метаболик ўзгаришлар чақирмасада уларни бошлангич хомиладорликдаги таъсири хам ўрганилмаган.

Альфа-блокаторлар – бу АКБ ни эффектив ва хавфсиз туширадиган препаратларга киради. Шундай маълумотлар борки, альфа-блокаторлар гиперлипидемия ва глюкоза толерантлиги паст АГ ли беморларга берилиши лозим. Ножуя таъсири: постурал гипотония,биринчи кабул килингандозадан кейин бошланади.

Кайта профилактика бўйича юрак-кон томир асоратлари келиб чикиш асоратлари ўсиб бораяпти, диастолик ва систолик босимни ошиши билан кузатилади. АГ ни катталарда ташхис қўйиш учун АҚБ ни систолик даражаси 140мм.сим.уст. ёки юқорига тенг бўлиши, диастолик даража 90мм.сим.уст. ёки юкори бўлиши керак. «Юмшок», «умеренная», «оғир» гипертония терминлари клиник амалиётда кулланилади. Лекин улар факат АКБ кўтарилиш даражасини белгилайди. Беморнинг клиник холатини огирлиги беморнинг умумий юрак-томир ва ендош органлар зарарланишига боглик. Шунинг учун АГ классификациясида 3 боскичга бўлинади. ВОЗ экспертлар комитети томонидан таклиф килинган ва ўзгартирилмаган.

АГ ли беморни текшириш куйидаги максадлари бор:

1. АКБ ни ошишининг доимийлигини таъкидлаш;
2. Умумий юрак-томир хавфини аниклаш;
3. Орган шикастланишларини еки ендош каслликларни аниклаш;
4. АГ сабабини аниқлаш.

Аниқ йигилган анамнез, АКБ аник ўлчаш, аник утказилган физик текширув, оптимал лаборатор-инструментал текширувлар хажмини белгилашга ердам беради.

Кон босимини даволашда танлов препаратларига: сийдик хайдовчилар, бета-блокаторлар, АПФ ингибиторлари, кальций антагонистлари ва альфа-блокаторлар киради.

Бошқа синф препаратларини алохида холларда ишлатиш мумкин.

ҚБ касалликларда 50% куп холатларда хар хил синфларга таалукли иккита ва ундан куп препаратлар комбинацияси кўрсатилган.

**АГ профилактикаси**

Бирламчи: хавф омилларини эрта аниқлаш ва организмга таъсирини камайтириш

Иккиламчи: аҳоли скринингини ўтказиш ва ҚВПда, уй шароитида ҳамма беморларни АҚБсини ўлчаш, АҚБни эрта аниқлаш ва даволаш

Учламчи: АГли беморларни клиник кузатув (йилига 2 марта), АҚБни назорат қилиш ва даво самарадорлиги назорати

**АГ бирламчи профилактикаси:**

Соғлом турмуш тарзи:

Тана вазнини камайтириш

Алкогол қабул қилишни камайтириш

Жисмоний машқлар

Ош тузи миқдорини чеклаш

Рационда мева ва сабзавотларни

кўпайтириш, тўйинган ёғларни

камайтириш

Чекишни ташлаш

**АГ иккиламчи профилактикаси:**

АҚБни назорат қилиш

Хавф омилларини бартараф қилиш

Юқори ва жуда юқори хавф гурухларида аспиринни профилактик мақсадда тавсия қилиш

Соғлом турмуш тарзига риоя қилишни ва адекват давони назорат қилиш

**АГ учламчи профилактикаси:**

АҚБни ва бемор ахволини доимий назорат қилиш

Назначение постоянного лечения и его контроль

75 мг аспирина қабул қилиш

Диспансер назорат, зарур бўлганида стационарда даволаш

**Диспансер кузатуви**

Йилига 2-4 марта;

Кардиолог, офтальмолог, невропатолог – йилига 1 марта, кўрсатмаларга кура –эндокринолог кўриги

Умумий сийдик анализи йилига 2-4 марта, креатинин, ХС, кўз туби, ЭКГ, кўкрак кафаси рентгени (кўрсатмаларга кўра) –йилига 1 марта

**Қўлланилган адабиетлар:**

1. Курбанов Р.Д. Руководство по клинической кардиологии, Тошкент, “Тиб-китоб”, 2007 г.
2. Рациональная фармакотерапия сердечно-сосудистых заболеваний. Под.редакцией Е.И.Чазова, Ю.Н.Беленкова. -М. 2005. -971С.
3. Общая врачебная практика. Руководство. Назиров Ф.Г., Гадаев А.Г. Тошкент 2005.
4. Комаров Ф.И. Руководство по внутренним болезням для враче общей практики от симптоме – к синдрому – к диагнозу и лечению. Москва

Издательство медицинское информационное агентство 2007 г.

1. Окороков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов Москва 2007г.
2. Guidelines of cardiovascular disease, ESE, 2011
3. Национальные рекомендации Всероссийского национального общества кардиологов по ведению и лечению кардиологических больных, Москва , 2008г.

**Бронхообструктив синдромда дифференциал ташхис. Профилактика.**

**УАШ тактикаси.**

**Маърузачи кат.укит. Зубайдуллаева М.Т.**

УСОК мустакил касаллик булиб (нозологик форма), прогрессирланувчи кечувчи СОБ нинг охирги боскичи хисобланади.

УСОК вояга етганлар касалланиши ва улими сабаблари орасида етакчи уринни эгаллайди.

УСОК нафас йуллари дистал кисмларининг сурункали яллигланиш жараёни билан жарохатланиши билан куринади. Ушбу гурух беморлар учун нафас чикариш максимал тезлиги пасайиши ва аста секин упканинг газ алмашинув ёмонлашиши яъни нафас йулларининг кайтмас обструкцияси ривожланиши характерли. УСОК да сурункали яллигланиш биомаркерлари юкори даражада активликдаги миелопероксидазалар,эластазалар билан нейтрофиллар учоклари; протеолиз-антипротеолиз ва оксидант-антиоксидант тизимида дисбаланс. УСОК асосий клиник белгиси турли даражада ривожланган йутал, балгам ажралиши ва хансираш хисобланади. УСОК мультигенетик касалликлар гурухига киради .

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
| УСОКнинг ички ва ташки этиологик омиллари (хавф омиллари) ахамиятига караб ажратилади.  УСОК да асосий хавф омили ( 80–70% холларда)—чекишдир. Чекувчилар улимнинг максимал курсаткичини курсатади, уларда нафас функциясининг кайтмас обструктив узгаришлари ва УСОКнинг барча маълум белгилари тез ривожланади. УСОК нинг нисбатан купрок сабаблари СОБ (70% атрофида) ва 1% атрофида ЭЛ( а1-антитрипсин етишмовчилиги) хисобланади, колган фоиз огир даражада кечувчи БА га тегишли. | |
|  |  |

УСОК клиник куриниши касалликнинг боскичига, касалликнинг авж олиш тезлигига ва бевосита бронхиал дарахтнинг зарарланиш даражасига боглик. УСОК хавф омиллари таъсирида секин ривожланади ва боскичма боскич авж олиб боради. УСОК авж олишининг тезлиги ва симптомларининг якколлиги этиологик омиллар таъсирининг интенсивлиги ва уларнинг микдорига боглик.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Бирламчи белгилар,яъни беморлар йутал ва хансираш, баъзан балгам ажралиши билан хуштаксимон нафас кузатилганда врачга мурожаат килишади. Ушбу симптомлар эрталаблари якколрок булади. Нисбатан эртарок, яъни 40-50 ёшларда кузатиладиган симптом йутал хисобланади. Хансираш дастлаб физик зурикишларда биринчи марта йутал пайдо булгандан ун йиллардан сунг кушилади.

Балгам эрталаблари куп булмаган микдорда ( 60мл/сутка) ажралади, шиллик характерли ва кузиш даврида инфекцион агент кушилганда йирингли характерга эга булади.

УСОК авж олиб боргани сари кузишлар орасидаги давр кискариб боради.

УСОК билан беморларни жисмоний текширувлари натижалари бронхиал обструкция якколлиги даражасига, упка гиперинфиляцияси огирлигига ва тана тузилишига боглик. Касаллик ривожланиб боргани сари йуталга кискарган нафас чикариш билан хуштаксимон нафас кушила боради. Купинча аускултацияда курук хар хил тембрли хириллашлар эшитилади. Хансираш турли даражада булиши мумкин: стандарт жисмоний нагрузкаларда нафас етишмаслик хиссидан то огир нафас етишмовчилигигача. Бронхиал обструкция авж олиб бориши ва упка гиперинфлияцияси ошиб боргани сари кукрак кафаси олд ва орка улчамлари катталашади. Диафрагма харакатчанлиги чекланади, аускультатив картина узгаради: хириллашлар якколлиги камаяди, нафас чикариш узаяди.

УСОК огирлик даражасини аниклаш учун физикал усулларга сезгирликни аниклиш кийин эмас. Бронхиал обструкция хакида дарак берадиган классик белгилар ичида хуштаксимон нафас ва нафас чикариш даврининг узайганлигини (>5 сек) айтиш мумкин.

Шунингдек, УСОКнинг ривожланиши ва авж олиши хавф омиллари тасири шароитида юз беради, секин ва боскичма боскич бошланиш характерли. УСОКнинг биринчи(нисбатан эрта) белгиси йутал хисобланади. Колган белгилар кейин касаллик ривожланиб бориши билан кушилиб боради, бунда касаллик авж олиб бориши боскичса боскич тезлашиб боради.

УСОКда касалликка диагноз куйиш учун физик текширишлар етарли эмас, балки бу усуллар инструментал ва лаборатор усуллар билан диагностик текширувлар гчун асос хисобланади. Шартли равишда барча диагностик усуллар барча беморларга килиниши керак булган минимум шарт булган методлар (умумий кон,сийдик, балгам анализи, кукрак кафаси рентгенографияси, ташки нафас функциясини текшириш (ФВД), ЭКГ) ва махсус курсатмаларга асосан килинадиган кушимча усулларга булинади.

УСОК билан беморлар билан ишлаганда умумклиник тестлар, ТНФ ни текшириш (ОФВ1, упканинг форсирований тириклик сигими ёки УТС), бронходиятаторлар билан тест (b2-агонистлар ва холинолитиклар), кукрак кафаси рентгенографияси буюрилади. Колган текширув усуллари касалликнинг огирлиги ва авж олиб бориш характерига кура махсус курсатмаларга асосан буюрилади.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Хозирги кун амалиётида УСОК билан беморларга бронходилятаторлар (b2-агонистлар ва холинолитиклар) билан тестлар кулланилади, яъни бунда бронхлар обструкциясини тез регрессия кобилиятига бахо берилади, яъни обструкциянинг кайтар компонентига. Тест вакида ОФВ1 нинг бошлангич курсаткичга нисбатан 15% ва ундан купга ошиши шартли кайтар обструкция деб бахоланади.

**Адабиёт:**

1. Матвиенко Г.П. Клиническая диагностика. Справочное пособие для семейного врача. Минск, Беларусь, 1999 г.
2. Мерта Дж. Справочник врача общей практики. М., Практикум, 1998г.
3. Окороков А.Н. Лечение болезней внутренних органов. Том 3, книга 1 и 2. Москва. Медицинская литература. 2005 г.
4. «Умумийамалиётврачлариучунмаърузалартӯплами» /А.Гадаев. 2010.
5. «Умумийамалиётврачлариучунамалийкӯникмалартӯплами» /А.Гадаев, Х.Ахмедов. 2010.
6. «Критерий пошаговой оценки медицинского консультирования студентов с учетом синдромального подхода» /А.Г.Гадаев. 2008.
7. [*http://www.lib.uiowa.edu/hardin/md/index.html*](http://www.lib.uiowa.edu/hardin/md/index.html)*,http://dir.rusmedserv.c,*[*http://www.medlinks.ru*/](http://www.medlinks.ru/)*,*<http://www.kosmix.com/>*,*<http://www.medpoisk.ru/>*,*<http://www.tripdatabase.com/>*,*h [*ttp://www.klinrek.ru/cgi-bin/mbook*](http://www.klinrek.ru/cgi-bin/mbook)

**Шиш синдромида қиесий ташхислаш. Юрак етишмовчилигини замонавий даволаш. УАШ тактикаси.**

**Маърузачи доц. Шукуржанова С.М.**

**Маъруза мақсади**: талабаларни шиш ва асцит синдроми билан кечувчи касалликларни ташхислаш, киесий ташхислаш ва даволашга ургатиш.

**Маъруза режаси**:

1. Шишлар этиопатогенези.

2. Умумий ва махаллий шишлар ва улар билан кечувчи касалликлар.

3. Шишли-асцит синдроми билан бирга кечадиган касалликларни ташхислашнинг асосий мезонлари.

4. СЮЕ асосий патогенези, ремоделлинг тушунчаси ва СЮЕни асосий даволаш принциплари.

5. Шиш билан кечадиган касалликлар ва СЮЕ профилактика ва диспансеризацияси.

**Таянч сўзлар**: шиш, асцит, сув-электролит баланси, гипопротеинемия, ренин-ангиотензин-алдостерон тизими, нефротик синдром, сурункали юрак етишмовчилиги, диуретиклар.

Шиш синдроми УАШ фаолиятида куп учрайдиган синдромлардан бири хисобланади. Шиш синдроми билан кўп ички касалликлар кечиши мумкин: юрак етишмовчилиги, жигар циррози, нефротик синдром, дори воситаларининг ножўя таъсири. Шунинг учун бу синдром билан мурожат килиб келган беморларда шишнинг сабабини аниқлаш ва тўғри даволаш катта ахамиятга эга.

**ШИШ СИНДРОМИ** – тўқималарда кўп миқдорда суюқлик тўпланиши оқибатида тананинг у ёки бу кисми ўлчамларини катталашишидир.

**Патогенезига** кура шишлар қуйидагиларга булинади:

* Гидростатик босим ошиши билан кечувчи:
* Махаллий шишлар, веналар варикоз кенгайиши, тромбофлебит;
* Юрак етишмовчилиги;
* Сурункали генетик шишлар.
* Онкотик босимни пасайиши:
* Нефрозлар;
* Жигар касалликлари;
* Очлик шишлари (алиментар-дистрофик);
* Кахектик шишлар.
* Электролитлар алмашинуви бузилиши
* Диффуз геморрагик нефрит;
* Na хлорид чиқишини бузилиши билан келиб чиқадиган юрак шишлари;
* Дезоксикортикостерон воситалари передозировкаси
* Капилляр девори шикастланиши:
* Нефритик шишлар;
* Аллергик шишлар (Квинке шиши);
* Неврологик касалликларда бўладиган шишлар.
* Лимфа оқими бузилиши:
* Филоёқ;
* Носпецифик лимфангоит;
* Лимфатик томирларни аномал жойлашуви.
* Тўғима омили:
* Юрак шишлари;
* «Липедема».
* Бошқа механизмлар
* Микседема;
* Гормонал шишлар;
* Юқори хароратда бўладиган шишлар;
* «Эссенциал» шишлар.

Шишлар **умумий ва махаллий** шишларга булинади. Умумий шишлар юрак, буйрак, жигар касалликларида учрайди, гипопротеинэмик ва эндокрин генезли булиши мумкин.

Умумий шишларни характеристикаси қуйидагича:

- Тизимли касалликларда учрайдиган умумий шишлар таркалган булиб купинча асцит (серозит) билан асоратланади, тана вазни камайиши хам булиши мумкин.

- Кардиал шишларда хансираш, ортопноэ, юрак уриб кетиши, юракда оғриқ, юрак ўлчамлари катталашуви, ритм ўзгариши билан кечади.

-Буйрак патологиясида анамнезида стрептококкли инфекцияутказган булади (гломерулонефритда), сийдик йўллари инфекцияси (пиелонефрит), УСАда ўзгаришлар, оғриқ (буйрак веналари тромбозида)

-Жигар патологиясида эпидемиологик анамнез йигиш катта роль уйнайди, сариқлик билан кечади, сурункали жигар етишмовчилиги билан асоратланади, гемангиомалар, кафтлар, гинекомастия, коллатераллар, асцит, «caputmedusa», спленомегалия характерлидир.

-Етарли овқатланмасликда хейлоз, «қизил» тил, тана вазни камайиши, диспепсия, ахлат характери яққол кўзга ташланади.

- Идиопатик шишлар: шиш локализацияси, никтурия, сув экскрецияси синамалари (натрий ва/ёки сув ушланиб қолиши).

**Махаллий** шишлар кўпинча бир оёқ ёки қўл, баъзи ҳоллардаиккала оёқлар шиткастланади. Веноз шишлар: «ўткир» ва «сурункали» булади. Лимфатик шишлар оғриқли, прогрессирланади, ўзига хос терининг узгаришлари билан кечади («чўчқа» териси, «апельсин пўстлоғи»).Ёғли шишлар (липедема) купорок юкори вазнга эга аелларда учрайди.Ортостатик шишлар касбга боғлик. Артерио-веноз шунтлар: артерия тизимида АҚБ ошиши ва веноз тизимга ташланиши, веноз гипертензия.Рефлектор симпатик дистрофияда томир ўтказувчанлиги бузилганлиги сабабли иннервацияси бузилган қўл ёки оеқда шишлар пайдо бўлади.

**Баъзи дори воситалари** шишга сабаб булиши мумкин. Масалан, глюкокортикостероидлар, гипотензив дори воситалари (кальций антагонистлари), нестероид яллиғланишга қарши воситалар, эстрогенлар, МАО ингибиторлари ва бошқалар.

**УАШ** шишли беморларга кандай саволлар бериши лозим?

Албатта качон биринчи марта шиш пайдо бўлганини,

оёқларда оғриқ безовта қиляпканини, кечаси шишлар камайишини,

горизонтал холатда, ёки жисмоний зўриқишда хансираш пайдо бўлишини, буйрак касалликлари ёки «альбуминурия» бўлганлигини,

гепатит ёки сариқлик, меъёридан ортиқ алкогол истеъмол қилганлигини, иштаҳа, тана вазни, ичаклар фаолияти ўзгарганлигини,дори воситаларидан бирортасини истеъмол қилганлигини: контрацептив воситалар, гормонлар, гипотензив дори воситалари, НЯҚВ ва МАО ингибиторлари.

Шишли беморларга физикал текширувлар утказганда ТЕРИНИ КЎЗДАН КЕЧИРИШда рангига, телеангиоэктазиялар, веноз «юлдузчалар», юзда қон қуйилишлар, сурункали веноз етишмовчиликларда болдир пигментацияси, лимфатик шишларда дерматофитиялар мавжудлигига ахамият берамиз.

КЎЗ ТУБИНИ ТЕКШИРИШ шишларни смабабини аниклайди (ЮҚТТ , буйрак патологияси, қандли диабет).ВЕНОЗ ТИЗИМИНИ ТЕКШИРИШ бўйинтуруқ веналари пульсацияси, констриктив перикардит, юрак етишмовчилигида веноз босимни ошиши, оёқ веналари варикоз касаллигида ўтказиш зарур, ЮРАК ўлчамларига, тонлари, ритми, бедана ритми, перикардиал «шовқин»ни аниклаш СЮЕ диагнозини тасдиклаш учун зарур.ШИШНИ ТАРҚАЛИШИ: панжалар ёғли шиши, бармоқларни «квадрат» шакли.ШИШЛАР РАНГИ, ЗИЧЛИГИ, ЛОКАЛИЗАЦИЯСИ буйрак ва юрак шишларини дифференциал диагностикаси учун ахамиятлидир, палпацияда оғриқлиги чуқурвеналар тромбозида, суяк – мушак тизими шикастланганида учрайди.

**Текшириш усулларидан** куйидаги текшириш усуллари кулланилади:

Оқсиллар электрофорези (гипопротеинемияда), ЭКГ, кўкрак қафаси R-графияси, КТ,функционал «жигар» синамалари, Т3, Т4, ТТГ.ЭхоКС, юрак томирлари ангиографияси, артерия ва веналар допплер текшируви, плетизмография, буйрак КТ, корин бўшлиғи аъзолари КТ, Лимфоангиография , ичак шиллиқ қавати биопсияси (амилоидозни истесно килиш учун)

Баъзи пайтда **ёлгон шишлар** хам кузатилади. Масалан, Микседемада шишлар суюклик хисобига эмас тери остида гликомукопротеинни тупланиши натижасида кузатилади. Унда дифференциал диагностика да беморни ташқи кўриниши, тери қуруқлиги, жисмоний ва психик тормозланиш, қабзият, қалқонсимон без йоднинг ютиш қобилияти 10% дан пастлиги ердам беради. Диагностикада калқонсимон без фаолиятини текшириш, асосий алмашинувни, қоннинг умумий анализига ахамият бериш зарур.

Кахектик шишлар ярали колитда, ичак ўсмаларида, бери-бери витамин етишмовчилигида, узок вакт давом этган сурункали алкоголизмда, оч қолишнингIII босқичида учраб туради.

Хансираш билан кечувчи шишлар ЮИК Юрак нуқсонлари Миокардитлар Кардио-миопатиялар«Corpulmonalе»да кузатилади.

**Асцитни замонавий даволаш** принципларига киради:

1. Носелектив БАБ:Пропранолол, Небиволол, Карведилол- портал венада босимни тушириш учун.2.Октреотид- бу соматостатинни синтетик аналоги, спланхник кон томирларни вазоконстриктори. 3. Спиронолактон – альдостерон антагонисти

4.УДХК- гепатоцитларни мембранасини стабилловчи. 5.Фуросемид- дозасини титрлаб эхтиеткорлик билан ишлатилади.6.Оғир холатларда парацентез кулланилади, лекин олинган асцитик суюкликни хар бир литри эвазига 50 мг альбумин вена ичига куйиш тавсия этилади. Оғир холларда Асцит-перитонит ривожланганда ёки уни профилактикаси учун неомицин еки цефалоспоринлар гурухидаги антибиотиклар тавсия этилади.

Кўпгина юрак қон томир касалликлари якуни – сурункали юрак етишмовчилиги **(СЮЕ).** Эпидемиологик текширув кўрсаткичлари бўйича СЮЕ тарқалиши умумий популяцияни 1,5-2% ташкил этади, 65 ешдан юкори булган кишилар ўртасида 6-19% га етади.Хозирги вактда юрак кон томир касалликларини даволашда юкори курсаткичларга эришилганига карамай, СЮЕ таркалиши усиб бормокда ва якин 20-30 йилда 40-60% га кутарилиши кутилмокда. ЖССТ экспертлари тавсияси буйича СЮЕ кўптизмли касаллик бўлиб, юрак фаолиятини бирламчи бузилиши бир қатор гемодинамик, асаб ва гуморал адаптация реакцияларини чақиради.NYHA таснифи бўйича СЮЕ функционал синфларга бўлиб ўрганиш кенг қўлланилади. Ю.Н.Беленков СЮЕда функционал синфларга бўлиш учун 6-минутли юриш синамасини қўллашни тавсия этади. Агар бемор 6 минутда 550 метрдан кўп масофани босиб ўтса, юрак етишмовчилиги белгилари кузатилмайди,426м.дан 550м.гача I ФС, 301м дан 425м.гача IIФC ва 151м.дан 300м.гачаIII ФС, 150м.дан кам масофани босиб ўтса IV ФС деб бахоланади.

ЮЕ таснифи (Стражеско ва Василенко, 1935)

1. ҚА ўткир етишмовчилиги

2. ҚА сурункали етишмовчилиги:

I боскич

IIА боскич

IIБ боскич

III боскич

СЮЕ оғирлик даражасининг таснифи (NYHA).

|  |  |
| --- | --- |
| ФС I | Юрак хасталиги бор, лекин жисмоний зурикишда фаоллиги камаймаган беморлар (426м.дан - 550м.гача). |
| ФС II | Юрак хасталиги бор ва бироз жисмоний харакати чекланган беморлар  (301м.дан – 425м.гача). |
| ФС III | Юрак хасталиги бор ва жисмоний харакати анча чекланган беморлар (151м.дан – 300 м.гача). |
| ФС IV | Юрак хасталиги бор ва жисмоний зурикиши умуман чекланган беморлар (150м.дан кам). |

СЮЕ бу ўзига хос клиник симптомлар ва белгилар билан характерланадиган клиник синдромдир. СЮЕ ни ташхислаш фақат анализ ва клиник-инструментал текширувлар натижаларига асосланади: ЭКГ- носпецифик ўзгаришлар бўлиб, лекин касалликни келтириб чиқарувчи сабабларини,масалан ўтказилган миокард инфаркти хақидаги маьлумотни олиш мумкин.

Кўкрак қафаси рентгенографияси: юрак дилятациясини, унинг кўндаланг ўлчамини кенгайишини(эркакларда 15,5см, аёлларда 14,5 см дан купрок) ёки кардиоторакал индексни ошишини аниқлаш мумкин. Эхокардиография- энг ишонарли ва ягона ташхислаш усулларидан биридир.ЭХОКС факат юрак дисфункциясини аниқлаб қолмай,уни келтириб чиқарган сабабларини хам аниқлайди. ЭХОКСни М-режадамва допплерография билан биргаликда қўллаш мумкин,ундан ташкари клапанларни функционал бутунлиги, юрак камераларини ўлчамлари, қоринчалар гипертрофияси систолик, диастолик дисфункцияни бахолайди. Қизилунгач орқали Эхокардиография- юрак фаолияти ва структурасини янада мукаммал бахолашда ва трансторакал текширувлар етарли маьлумот бермаганда қўлланилади. У СЮЕва бўлмачалар хилпирок аритмиясида хосил буладиган тромбларни ташхислашда энг самарали усул хисобланади.

Чап коринча потенциал ортга кайтариб буладиган дисфункцияларниташхислашга ёрдам беради. Адабиётларда кўрсатилишича,тахминан 50% ЮИК чап қоринча систолик дисфункциясикузатилган беморларда гибернация ўчоклари кузатилади. Шунингдек юрак мускулларини специфик шикастланишини ташхислашда эндомиокарддан биопсия усули қўлланилади. Қоринчалар аритмияларида электрофизиологик текшируви ўтказилади. Радионуклид вентрикулография- чап коринчалар фаолиятини бахолаш учун кулланилади. Бу усул билан чап коринча кискарувчанлигини аниклаш, уни охирги систолик ва диастолик хажмларни коринча деворидаги харакатни локал бузилиши аникланади.**Сурункали юрак етишмовчилигини асосий даволаш принциплари**

СЮЕни замонавий медикаментоз даволаш учта асосий максадга каратилган: беморларни хаёт сифатини яхшилаш,симптомларни бартараф этиш ва физик юкламаларга чидамлиликни турғунлигини ошириш,СЮЕ декомпенсацияси туфайли госпитализацияга бўлган эхтиежларни камайтириш ва беморлар хаёт сифатини яхшилаш, узайтириш. Шу мақсадларда СЮЕ турли этиопатогенез звеноларига таьсир килувчи бири қатор дори воситалари бор:

1.Миокард қискарувчанлигини кучайтирувчи- юрак гликозидлари ва ногликозид инотроп воситалар.

2. Чап коринча постнагрузкасини камайтирувчи воситалар-АПФ ингибиторлари , кальций антогонистлари, периферик вазодилятоторлар

3. Айланиб юрувчи қон хажмини камайтирувчи воситалар-диуретиклар

4. Ички аъзоларда кон димланиш холатларини ва периферик шишларни бартараф этиш- диуретиклар

5.Нейрогуморал тизим фаоллигини пасайтирувчи воситалар- Бетта-адреноблокаторлар,АПФ ингибиторлари

6. Булмачалар хилпировчи аритмиясини олдини олувчи воситалар- амиодарон, бетта адреноблокаторлар.

7. Хилпировчи аритмияларда тромбоэмболик асоратларни олдини олувчивоситалар- аспирин, бевосита ва билвосита антикоагулянтлар.

Хозирги вактда СЮЕни даволашда куйидаги гурух воситалари тавсия этилади: диуретиклар,АПФ ингибиторлари,бетта адреноблокаторлар ва баъзида юрак гликозидлари

Диуретиклар буйрак каналчаларида натрий ва сувни юқори реабсорбциясига карши таъсир кўрсатади ва СЮЕ бўлган беморларда симптоматик таъсир этиб, бемор ахволини яхшилайди.Улар организмда сакланиб коладиган суюкликни самарали назорат этувчи ягона дори воситасидир. Алдостерон рецепторларини блокаторлари СЮЕ патогенезида альдостерон мухим роль ўйнайди.Альдостерон фақат сув-электролит гомеостазини бошкариб колмай, натрийни саклаб колишга ва буйрак оркали калий ва магнийни чикиб кетишини кучайтиради.Узок вакт кузатиладиган гиперальдостеронизм юрак кон томир тизимида структуравий узгаришларга олиб келади: кардиомиоцитлар гипертрофияси, фибробластлар пролиферацияси артериялар девориди коллаген синтезини ошишига олиб келади .Буларни олдини олиш учун спиронолактон препарати тавсия этилади.

АПФ ингибиторлари- чап коринча систолик дисфункциясини камайтиради, эндотелий дисфункциясини яхшилайди. Уларни икки хил шакли булиб,фаол ва нофаол.Фаол препаратларга каптоприл, лизиноприл, колганлари нофаол препаратларга киради. Ножуя таъсирлари- гипотония ва бош айланиши, қурук йутал. Бетта адреноблокаторлар систолик дисфункция билан шартланган СЮЕ нинг комбинацияланган терапиясининг асосий компоненти, бисопролол, карведилол ва метопролол – *ZOK*  СЮЕ билан беморларни прогнозини яхшилайди. АПФ-ингибиторлари, диуретик ва дигоксин билан бирга қўлланилади.

**СЮЕли беморларни профилактикаси:**

**бирламчи проф-ка**: соглом турмуш тарзи, яшаш шароитларини яхшилаш, тўғри рационал овқатланиш, дам олиш ва мехнат режимига риоя килиш.

**иккиламчи проф-ка**: касалликни эрта аниклаш (профосмотрлар, скрининг). Номедикаментоз ва самараси исботланган дори воситалари билан медикаментоз даво (Диуретиклар, иАПФ, БРА-II, кальций антагонистлари, БАБ, спиронолактон)

**учламчи проф-ка**: беморларни назоратда олиб бориш, уткир ва сурункали асоратларни олдини олиш, лаборатор-инструментал текширувларни мониторинги, юзага келган асоратларни сифатли реабилитацияси. Умрини охиригача катта физик юкламалар, юқори ва паст температура, юқори намлик, химик воситалар билан боғлик ишлар қилиш мумкин эмас.

**СЮЕли беморларни диспансеризацияси:**

СЮЕли беморлар  **Д3а** диспансер гурухига кирадилар – компенсацияланган сурункали беморлар гурухи, даволанишга мухтож (вакти-вакти билан куриклар ва лаборатор-инструментал текширувлар йилига 2 марта, даволаш услубларини назорат килиш,санатор-курорт даво, мехнатга лаеқатлигини аниклаш)

**СЮЕли беморларни диспансеризация боскичлари**

**1-чи** – касаллик нозологик формасини асослаш, тасдиклаш ва «Д» гурухини аниқлаш (Д3)

**2-чи** – кузатувлар частотаси - 1 йилда кузатувлар сонини аниқлаш (4 марта йилига.)

**3-чи** тор мутахассислар кўриги (кардиолог кўриги 4 марта йилига, офтальмолога куриги 2-4 марта, невропатолог, ревматолог, эндокринолог – йилига 1 марта)

**4-чи** – 1 йилда лаборатор ва инструментал текширувлар сонини аниклаш ва асосолаш (УҚА, УСА, коагулограмма, қон биохимияси (умумий оқсил, ва унинг фракциялари, холестрин, мочевина, креатинин), липид спектр, ўткирфазали пробалар (СЮРКда) ЭКГ, ЭХОКС йилига 2 марта)

**5-чи** – йиллик даволаш-соғломлаштириш режасини тузиш. Соғлом турмуш тарзи, хавф омилларини коррекция килиш, диетада тузни, сувни, ёғли овқатларни чеклаш, ЛФК, медикаментоз ва санатор-курорт даво

**6-чи** – Диспансер кузатувини самарадорлик мезонлприниларини аниқлаш – клиник кечишини енгиллашиши, тўсатдан ўлимни камайиши, инвалидликка чикишни камайтириш, вақтинчалик мехнатга лаёкатсизликни камайтириш ва кейинги Д2 гурухга ўтказиш.

Шундай килиб, шиш синдроми УАШ фаолиятида кўп учрайдиган синдромлардан бири хисобланади. Шиш синдроми билан кўп ички касалликлар кечиши мумкин: юрак етишмовчилиги, жигар циррози, нефротик синдром, дори воситаларининг ножуя таъсири. Шу каторда кўп юрак хасталиклари – кардиомиопатиялар, юрак ишемик касаллиги, гипертония касаллиги, юрак нуқсонлари юрак етишмовчилгига олиб келиб, шиш синдроми билан кечиши мумкин. Шунинг учун бу синдром билан мурожат қилиб келган беморларда шишнинг сабабини аниқлаш ва тўғри даволаш, профилактика ва диспансеризация катта ахамиятга эга.

Адабиёт:

1. Беркоу Р., Флетчер Э. Руководство по медицине. Диагностика и терапия.- 1997. Том I.- 1045С.
2. Курбанов Р.Д. Руководство по клинической кардиологии, Тошкент, “Тиб-китоб”, 2007 г.
3. Рациональная фармакотерапия сердечно-сосудистых заболеваний. Под.редакцией Е.И.Чазова, Ю.Н.Беленкова. -М. 2005. -971С.
4. Сидоренко Б.А., Преображенский В. Диагностика и лечение хронической сердечной недостаточности.- М. 2002. -300 С.
5. Общая врачебная практика. Руководство. Назиров Ф.Г., Гадаев А.Г. Тошкент 2005.
6. Калюжин В.В., Калюжин О.В. и др. Хроническая сердечная недостаточность . Москва 2006.
7. Комаров Ф.И. Руководство по внутренним болезням для враче общей практики от симптоме – к синдрому – к диагнозу и лечению. Москва
8. Издательство медицинское информационное агентство 2007 г.
9. Окороков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов Москва 2007г.
10. Guidelines of cardiovascular disease, ESE, 2011
11. Национальные рекомендации Всероссийского национального общества кардиологов по ведению и лечению кардиологических больных, Москва , 2008г.
12. Интернет сайтлари

**Буғим синдромини таққослама ташхиси ва умумий амалиёт шифокори тактикаси. Замонавий даволаш принциплари.**Маърузачи: доцент Нуриллаева Н.М.

**Максад:** УАШ га бугим синдромини ўз вақтида ташҳислаш, дифференциал ташҳис ўтказишни ўргатиш ва касалликни ўзига хос кечиши ҳамда УАШ соғлиқни сақлашни бирламчи звеносида беморни олиб боришни ўргатиш.

**Вазифалар:**

1. УАШ га бугим синдроми ташҳислашни ўргатиш: ревматик иситма, ревматоид артрит этиологияси ,системали касалликлар.
2. УАШ га бугим синдроми билан кечадиган артроз касалликларни ташҳислаш ва диференциал ташҳисни ўтказишни ўргатиш керак.
3. УАШ ни ҚВП (ШШП) ёки махсус касалхоналарда даволанишга муҳтож бугим синдроми билан кечувчи касалликлар рўйхати билан таништириш.
4. УАШ доирасида беморни олиб бориш, даволаш тамойиллари (номедикаментоз ва медикаментоз) ва ҚВП ва ОП шароитларида беморларни диспансер кузатуви ва мониторинг олиб бориш тамойиллари.
5. Бугим синдроми билан кечадиган касалликларда бирламчи,иккиламчи,учламчи профилактика

**Таянч сузлар:** артрит, артрозлар, киесий ташхис, даволаш асослари, УАШ, тактика ва профилактика.

# Бўғимлардаги оғриқларнинг асосий сабаблари.

## *Артритлар*

## 1. Ревматоид артрит.

## 2.Ревматик артритлар.

## 3. Бириктирувчи тўқиманинг диффуз касалликлари (СҚЮ, ССД, Шегрен касаллиги, дерматомиозит)

## 4.Инфекцион артритлар: А. Инфекцион артритлар:

## - *бактериал* ( стафило-, стрепто-, гонококкли, бруцелёз, сифилитик, микобактериал: туберкулез ва бошқа);

## - *вирусли* (кизилча, эпидпаротит, сувчечак),

## - замбуругли;

## - паразитар

# Б. Реактив артритлар: - постэнтероколитик (иерсиниоз, салмонеллёз, шигеллёз); - урогенитал (Рейтер касаллиги); - бурун -ҳалқум инфекциясидан кейин; - эмланишдан кейин.5. Бехтерев касаллиги. 6. Псориатик артрит. 7. Микрокристалли артритлар: - подагра; - хондрокальциноз; 8.Системали васкулитлар (тугунчали периартериит, геморрагик васкулит, Вегенер гранулематози)

# *II. Артрозлар* 1. Деформацияловчи остеоартроз (бирламчи ва иккиламчи); 2. Спондилёз, остеохондроз, спондилоартроз; III. Суякларнинг ассептик некрози (бирламчи ва иккиламчи остехондропатиялар); IV. Норевматик касалликлардаги артропатиялар: 1. Паранеопластик артропатиялар (турли локализацияли ёмон сифатли ўсмаларда); 2. Эндокрин касалликлар (қалқонсимон без, гипофиз, жинсий без касалликлари, кандли диабет);

# 3. Сурункали ичак касалликлари (носпецифик ярали колит, Крон ва Уиппл касалликлари); 4. Аллергик касалликлар (дори ва зардоб касалликлари); 5. Асаб тизими касалликлари (НЦД, сирингомиелия, елка -панжа синдроми); 6. Қон тизими касалликлари (гемофилия, лейкозлар, миелон касаллиги, ёмон сифатли ўсмалар); 7. Метаболик бузилишлар (гемохроматоз, амилоидоз, ороноз, ксантоматоз)

# 8. Организмни захарланиши; 9. Сурункали актив гепатит; 10. Саркоидоз; 11. Даврий (периодик) касаллиги. V. Бўғимларнинг кам учрайдиган касаллилари: 1. Полиндром ревматизм; 2. Интермиттерланувчи гидроартроз; 3. Бўғим хондроматози; 4. Рецидивланувчи полихондрит; 5. Ўсма ва ўсмага ўхшаш касалликлар (синовиал қобиқ гемангиомаси, синовиома, саркома, пигментли ворсинка, тугунли синовит ва бошқалар)

# Ревматик артрит (полиартрит)

## стрептококкли инфекциядан кейин 1-2 хафта ўтгач; ўрта ва йирик бўғимлар зарарланади, бўғимлардаги зарарланиш учувчан харатерда бўлиб, бир неча соатдан бир неча кунгача давом этади. НЯК дори воситалари яхши самара беради ва бўғимлардаги ўзгаришлар изсиз йўқолади; ички аъзолар зарарланиши: кардит, кичик хорея, халқасимон эритема, тери ости тугунчалари; Кичик диагностик критерийларга иситма, артралгия, ЭЧТ ни, ўткир фазали кўрсатгичларни (АСЛ -О титри, α2, γ- глобулинлар, мукопротеидлар) ошиши, ЭКГ да P-Q интервалини узийиши, абдоминал синдром.

# БТДЯ касалликларида артритлар.

# *Системали қизил югурукда*бўғим синдроми а) кўчиб юрувчи артралгия ёки артрит; б) ўтиб кетувчи букилган оғриқли контрактуралар; в) кўпроқ қўл панжанинг майда бўғимлари, кафт-билак, болдир-товон бўғимлари ва кам холларда йирик бўғимлар шикастланади; г) асосан панжаларни юза сохаси шикастланиб, мушак атрофияси билан кечувчи деформациялар, аксарият холларда миалгия ва миозитлар билан кечади; д) оссалгия кузатилади.

# *Шегрен касаллиги*- системали аутоиммун касаллик бўлиб, кўпроқ сўлак, куз ёши ишлаб чиқарувчи экзокрин безларнинг, шунингдек ошкозон, юқори нафас йўллари ва қиннинг суринкали яллиғланиши билан характерланади.

## Белгилари:40-60 ёшлардаги аёлларда кузатилади. Қуруқ кератоконъюнктивит;Ксеростомия ва (ёки) паренхиматоз паротит;Полиартрит (ревматоид артритга ўхшаш);Лихорадка, лимфаденопатия, васкулит, жигар ва талоқни катталашиши, Рейно синдроми ва бошқалар.

# Йирингли ва туберкулезли артритлар

# *Вирусли артритлар*кўпроқ вирусли гепатитда, қизилча ва эпидпаротитда ривожланади. Артрит сариқлик олди даврида пайдо бўлади ва сариқлик авж олган вақтда йўқолади. Қизилчада бўғимлар зарарланиши полиартрит кўринишида, генерализацияллашган папулёз тошмалар билан бирга кечади. Теносиновитлар ривожланиши унга хосдир. Вирусли артритларда ўзгаришлар 2 ҳафтадан – 2 ойгача бўлган вақт давомида тўлиқ орқага қайтади.

# Реактив артритлар:

## *Иерсиниозли артрит* кўпроқ аёлларда учрайди. Бўғим синдромидан 1-3 хафта олдин ичакдаги ўзгаришлар: қисқа муддатли ич кетиш, холецистит, апендикуляр колика, ўнг ёнбош сохада оғриқлардан кейин кузатилади. Оёқ бўғимларининг ассиметрик шикастланиши жараёнга акромиал-умров, тўш-ўмров бўғимлари, қўл ва оёқ бармоқларининг биринчи бўғимлари қўшилиши мумкин, иситма, бўғимдан ташқари ўзгаришлар (эписклерит, конъюктивит, ирит, миокардит) хос. Қонда лейкоцитоз, ЭЧТ ни ошиши, иерсинияга қарши антитела аниқланади.

## Бурун-халқум инфекцияларида артритлар адено-вируслар, стрептококкнинг «норевматик» штаммлари таъсирида келиб чиқади. Бунда катарал ўзгаришлар фонида иситма, миалгия, умумий холсизлик йирик ва майда бўғимларда ўтиб кетувчи артритлар кузатилади. Бўғим синдроми 2-4 хафта давомида йўқолади. Қонда яллиғланиш белгилари аниқланади.

# *Рейтер синдроми (касаллиги)* –Кўпинча ёш эркакларда учрайди. Клиникаси: уретрит, цистит, простатит, конъюнктивит, артрит. Касалликнинг иккинчи иммунопатологик босқичида кўз ва бўғимлар ассиметрик шикастланади. Бўғимлар «зинапоясимон» («пастдан юқорига») кўринишда жарохатланади, оғриқлар эрталаб ва кечқурин кучаяди. Улар юзасидаги тери қизаради ва бўшлиғида суюқлик пайдо бўлади. Бўғимларда эксудатив жараёнлар устунлик қилиб, ярали стоматит, глоссит, балонтит, кератодермия, тирноқлар шикастланиши билан бирга кечади. Қонда лейкоцитоз, ЭЧТ нинг ошиши, HLA – B27 антигени аниқланади.

# Бехтерев касаллиги

## Анкилозловчи спондилоартрит –скелет ўқининг асосий (умуртқа, умуртқалараро, чаноқ - умуртқа) бўғимларини сурункали анкилозловчи яллиғланиш касаллиги. Кўпроқ 20-40 ёшдаги эркаклар касалланади. 90-95 % касалларда HLA-B27 антигени аниқланади

# Псориатик артрит. *Диагностик мезонлари:*қўл панжаси дистал фалангалараро бўғимининг зараланиши (бармоқлар «сосикасисон» шакл олиши); Қўл панжаси биринчи бармоқларининг ва оёқ бош бармоғи бўғимининг эрта зарарланиши ва унинг кўкариши; товонда оғриқ; Псориатик тугунчалар мавжудлиги, тирноқлар зарарланиши («ангишвона» симптоми); Яқин қариндошларида псориаз; рентгенологик белгилар: остеолитик жараёнлар суякларнинг хар хил ўқли силжиши билан, периостал ўзгаришлар; сакроилеитнинг клиник-рентгенологик белгилари; паравертебрал кальцификацияларнинг рентгенологик белгилари;

## *Подагра.*

## Подагра-сурункали касаллик бўлиб, у сийдик кислотаси алмашинувини бузилиши натижасида қонда сийдик кислотаси миқдорининг ошиши, тукималарда уратларнинг чўкиши билан характерланиб, рецидивланувчи ўткир артритлар ва тофуслар хосил бўлиши билан намоён бўлади. Диагностик мезонлари:

## оёк панжаси бош бармоғи кафт панжа бўғими (артрити ҳуружи;

## подаграга хос тугунлар (тофуслар);

## колхицин билан даволаш яхши самара бериши;

## гиперурекимея.

## артрит хуружининг икки хафтадан ошмаслиги, эркаклар орасида кўпроқ учрашиши, семизликнинг мавжудлиги, уролитиаз.

## сийдик кислатасининг эркакларда 0,42 ммоль/л дан, аёлларда 0,36 ммоль/л дан ошиши;

## синовиал суюқликда ва тўқималарда натрийли сийдик кислота тузи кристалларини аниқланиши;

## тўлиқ клиник ремиссиядан 1-2 хафта ўтгач тўсатдан ўткир подагрик артрит хуружи пойдо бўлиши.

## *Хондрокальциноз* (псевдоподагра) – пирофасфат артропатиялар гурухига кириб, бўғим тоғайларида ва синовиал тўқималарида кальций тузлари микро-кристалларининг ўтириб қолиши билан характерланади. *Диагностик мезонлар:*

## - ўткир подаграсимон артрит (асосан тизза, кафт-бармоқ, билак-кафт бўғимларида)

## - тоғайлар охакланишининг R0- белгилари;

## - синовиал суюқликда ва тоғайларда кальций тузлари монокристалларини аниқланиши;

## - хондрокальцинозга олиб келувчи омилнинг мавжудлиги (асосан артрит билан бирга) беморнинг ёши (қариялар), Вильсон – Кановалов касаллиги, бўғимлар ностабилиги, гипотиреоз, подагра, узоқ вақт глюкокортикостероидлар билан даволаниш, оилавий хондрокальцинознинг аниқланиши.

# Деформацияловчи остеоартроз

## Бўғимлардаги оғиқнинг куннинг охирида ёки туннинг биринчи ярмида пайдо бўлиши;

## “Старт”ли оғриқ, реактив синовит, ҳаракатда крепитация;

## Кўпинча тиза, чаноқ- сон, дистал фалангалараро бўғимлар шикастланиши;

## Бўғимдаги оғриқинг физик зўриқшдан сўнг кучайиши, вақт –вақти билан «бўғимнинг блокланиш» симптоми;

## Геберден ва Бушар тугунлари;

## Буғимдаги деформациядар

## Рентгенологик белгилар: суяк тўқимасида кисталарнинг хосил бўлиши, бўғим ёриғининг торайиши, бўғим юзаси остеосклерози, остеофитоз.

## Эндокрин артропатиялар

## *Диабетик остеоартропатия* – қандли диабетда периферик нейропатия фонида суяк ва бўғимларнинг асептик деструкцияси кузатилади (Шарко товони). Кўпроқ товоннинг кафт усти ва кафт суяги бўғимлари ва болдир – товон бўғими шикастланади. Суяклардаги ўзгаришлар остеопароз, остеолизис, гиперостозлар кўринишида кечади. Рентгенда яққол суяк деструкцияси секвестрация билан ва суяк резорбцияси аниқланади.

## *Климактерик ёки овариоген* артропатияларга бўғимдаги оғриқнинг тунда, жисмоний зўриқишдан кейин ва совуқ қотгандан сўнг кучайиши билан бирга парестезия ва вазоматор бузилишлар хос. Яллиғланишга қарши дори воситалари кам фойда беради.

## Сурункали ичак касалликларда артропатиялар

## *Носпецефик ярали колитда* ичак ва бўғим синдромидан ташкари перианал яллиғланиши, псевдополиплар, тугунчали эритема, гангреноз пиодермия, иридоциклит кузатилади.

## Кўпинча оёқнинг йирик бўғимлари зарарланади, артритнинг қўзиши асосий касаллик билан боғлиқ, оғриқлар учувчан бўлади.

## *Крон касаллигига*қориндаги оғриқ, қон аралаш нажас, оёқ бўғимлари артрити, миопатиялар, тугунчали эритема, стоматит, ирит, ўнг ёнбош суяги остемиелити, бармокларнинг «барабан таёкчаси» шаклини олиши хос.

## НЯК ва Крон касаллигида рентгенологик текширишда сакроилеит белгилари аниқланади

## Бўғимларнинг ўсма ва ўсмасимон касалликлари.

## *Пигментланган ворсинкали– тугунли синовитда к*ўпроқ тизза бўғими шикастланади. Унда шиш, харакатда оғриқ, бўғимнинг блокада симптоми, синовиал суюкликни қизил – жигаранг тусга кириши кузатилади.

## *Синовиома*– синовиал парданинг хавфли ўсмаси бўлиб, бўғимнинг шишиши ва кучайиб борувчи оғриқ билан кечади. Қонда ўзгаришлар аниқланмайди. Синовиал суюқлик хужайрали таркиби ўзгаришсиз.

## *Саркома* –доимий ортиб борувчи тунга бориб кучаювчи оғриқлар, яққол намоён бўлган шиш, чўлоқланиш хос. Пальпацияда бўғим олдида қаттиқ шиш ва кучли оғриқ аниқланади. Ўсма ва ўсмасимон касалликлар ташхиси артроскопия ва тоғай, синовиал тўқима биопсиясига асосланади

# Текширув (лаборатор-инструментал)

# Ревматизм фаол бўлмаган даври. Бициллин- профилатика (3-5 йил); Аминохинолин гурухидаги препаратлар; Сурункали ўчоқ санацияси

# Ревматоидли артрит

# Базисли яллиғланишга қарши препаратлар (Аминохинолин гурухи, олтин препаратлари, купренил ва бошқалар); Глюкокортикоидлар (касалликнинг авж олиб борувчи ва фаоллик даражалари хамда висцерал шакларида); Иммунодепрессантлар – цитостатиклар (касалликнинг авж олиб борувчи ва фаоллик даражалари хамда висцерал шакларида). Даволовчи жисмоний тарбия.Симптоматик даво (НЯҚП).Ички-аъзо-специфик даво Бўғимга инъекциялар (кеналог, дипроспан ва хоказо)

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

# Профилактика

# Бирламчи профилактика: РА, БК, СК, ССДларда махсус профилактика мавжуд эмас. Рационал овқатланиш. Сурункали ӯчоқ санацияси . Инфекциялар профилактикаси

# Иккиламчи профилактика: Касалликларни эрта аниқлаш. Касалликларни фаол даражаларни сӯндириш (аминохинолин гурухи, олтин препаратлари, купренил, цитостатиклар, глюкокортикидлар ва бошқалар, ФНО –α ингибиторлари). Инфекцион омилни йӯқотиш

# Учламчи профилактик: Даво жисмония тарбия. Хирургик коррекция.Санатор-курорт даво

# Диспансеризация тамоиллари

Диспансер гурухи Д3. Кузатув асослари: *БТДК, РА, БК:* йилига 1 марта окулист, гинеколог, 2-3 марта ревматолог. *Инфекцион ва реактив артритларда*: йилига 2 марта уролог ва гинеколог, хамда 1 марта окулист. *Туберкулез артрит* – бевосита фтизиатр кузатуви. *Бруцеллез артрит* – йилига 2 марта инфекционист. Мониторинг: *КВП ва ОП шароитида:* Йилига 2 марта ҚУТ, СУТ, Йилига 1 марта ЭКГ, мочевина, Йилига 1 марта офтальмоскопия.

# САРИҚЛИК ВА ГЕПАТОМЕГАЛИЯНИ КИЕСИЙ ТАШХИСЛАШ. УМУМИЙ АМАЛИЁТ ВРАЧИ ТАКТИКАСИ. ПРОФИЛАКТИКА т.ф.д., доцент Нуриллаева Н.М.

**Мақсад:** Талабаларни гепатомегалия ва сариклик билан бўлган беморларни муаммосини синдромал хал этишга, ҳамда уларни УАШ квалификацион характеристикаси бўйича соғлиқни сақлашни биринчи бўғинида олиб бориш мезонларини ўргатиш.

**Вазифалар:**

1. Талабаларни гепатомегалия билан боғлиқ муаммони хал қилишга ўргатиш. Талабаларнга гепатомегалия ва сариклик билан боғлиқ муаммони хал қилишда замонавий диагностикани ўргатиш.

2. Талабаларга гепатомегалия ва сариклик билан кечувчи касалликларни таққослашга ўргатиш. Гепатомегалия ва сариклик бўлган беморларнинг муаммосини хал килиш (сўраб-суриштириш, муаммоларни аниқлаш, умумий кўрик, хамда лаборатор-инструментал текширув усулларини асосли холда белгилаш).

* Талабаларни олиб бориш тактикасини тўғри танлашга ўргатиш ва асосли холда ҚВП ва ОП шароитида даволаш-профилактика ва кузатув тадбирларини ўтказишга ўргатиш.

**Таянч сузлар**: сариклик, гепатомегалия, УАШ тактика, текшириш режаси, даволаш хусусиятлари, профилактика

## Кон зардобидаги умумий билирубин микдори меъёрда 3,4-20,5 мкмоль/л ни ташкил килади. Богланган билирубин фракцияси – умумийдан 15% ёки 0-3,4 мкмоль/л, (билирубиннинг богланмаган фракцияси учун юкори меъёр чегараси 17,1 мкмоль/л). Одатда кон зардобида умумий билирубин микдори 51,3 мкмоль/л дан юкори булмагунга кадар сариклик белгиси намоён булмайди.

## САРИҚЛИК

Билирубинни қон зардобида йиғилиши ва кейинчалик уни териости тўқималарида тўпланиши оқибатида тери ва склералар сариқ рангга киради.

|  |  |
| --- | --- |
| У плазма, тери ва шиллиқ қаватларининг сариқ рангга киришидан аниқланади -Сариклик энг аввало кузнинг ок пардаси, тилнинг пастки юзаси ва танглайда пайдо булади. -Кейинчалик юздаги бурмалар, огиз ва бурун атрофидаги тери, кафтлар, оёк таги, охирида тана териси сарик рангга киради. Бундай кетма-кетлик хакикий сарикликни ёлгон сариклик деб номланувчи (каротинемия)дан фарклаш учун зарур |  |

# *САРИҚЛИКНИНГ ОҒИРЛИГИ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИЯ ДАРАЖАСИ БЎЙИЧА БАҲОЛАНАДИ*

*Енгил - Билирубин миқдори 85 мкмоль/л атрофида*

*Ўртача оғир 86-169 мкмоль/л*

*Оғир 170 мкмоль/л дан юқори*

*ЭТИОЛОГИК ОМИЛЛАРБЎЙИЧА САРИҚЛИКНИНГ ҚУЙИДАГИ ТУРЛАРИ ФАРҚЛАНАДИ*

*Гемолитик (жигар усти)-Эритроцитларнинг купмикдордапарчаланиши ва билирубинни юқори миқ-дорда ишлаб чиқарилиши*

# Жигар -Жигар ҳужайралари томонидан билирубинни тутиб қолиниши ва уни глюкурон кислота билан боғланишини бузилишиЖигар ости -Билирубинни ўт билан бирга ичакка чиқиши ва боғланган билирубинни қонга қайта сўрилишига тўсиқ мавжудлиги

# Наслий микросфероцитоз

## Наслий касаллик булиб, гемолитик турдаги сариклик билан намоён булади: микро-сфероцитоз, сфероцитоз, эритроцитларнинг пасайган резистентлиги, талокнинг катталашуви ва тугри булмаган билирубин микдорининг кутарилиши. Эритроцитларнинг умри кискарган (8-15 кун). Гемолиз томирдан ташкарида, ретикулоэндо-телиал тизим хужайраларида юз беради. Билирубин даражаси кутарилган: криздан ташкари вактда 50-70 мкмоль/л га етади

## Даволаш: спленэктомия.

# Наслий стомацитоз

## Эритроцитлар мембранаси нуксони билан характерланади. Уларнинг шакли узига хос булиб огизни эслатади. Анемия кузатилади (гемоглобин даражаси криздан ташкари вактда 70-90 г/л., криз вактида 30-50 г/л.), конюгацияланмаган билирубин сабабли сариклик, талокнинг катталашуви. Диагностикаси: эритроцитлар шакли. Даволаш: витамин Е .

# Наслий гемолитик анемия

## Глюкоза-6-фосфатдегидрогеназа танкислиги билан намоён булади. Купрок эркакларда учраб рецессив турда наслдан утади. Клиникаси: сариклик, иситмалаш, коринда огрик, сульфаниламидлар, фуразолидон, фенацитин, аспирин, хинин, пентанин ва бошкалар истеъмол килингандан сунг сийдик тук рангга киради. Диагностикаси : санаб утилган воситаларнинг бирортаси истеъмол килингандан сунг 3-5 кун утиб криз кузатилади. Криздан ташкари вактда 6-фосфат- дегидрогеназа фаоллигини аниклаш мумкин, у пасаяди ёки умуман йуколади. Етилган эритроцитларнинг юкори даражадаги гемолизи натижасида глютатион тикланиш жараёнининг бузи-лиши ётади. Даволаш: кон куйиш, дезинтоксикация.

# Гемолитик сарикликлар

## Гемолитик сарикликнинг диагностикасида куйидаги клиник ва лаборатор маълумотларга асосланилади:

## 1. Билирубиннинг конъюгацияланмаган фракцияси хисобида юзага келувчи гипербилирубинемия.

## 2. Нажас ва сийдикнинг тук рангда булиши, унда уробилиногенлар микдори кутарилган.

## 3. Тери ва кузнинг ок пардасида сариклиги камрок намоён булган, тери одатда рангпар.

## 4. Жигар ва талок катталашган булиши мумкин, аммо жигар фаолияти сезиларли бузилмаган.

## 5. Периферик конда - анемия, ретикулоцитоз.

## 6. Баъзида эритроцитлар шаклининг узгариши - макроцитоз, микросфероцитоз, ярим ой шаклидаги эритроцитлар ва бошкалар.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

# Жигар сарикликлари.

## Жигар сариклигининг пайдо булишида инфекция (А, В, С, Д, Е гепатити вируслари, куп юкумли касалликлар, Вейл-Васильев касаллиги) ва жигарнинг токсик зарарланишлари (кимёвий моддалар билан захарланиш, алкогол, айрим дориларни кабул кила олмаслик) ахамиятга эга. Жигар циррозлари, Дабин-Джонсон синдроми, холангиолитик гепатитларда, айрим паразитар касалликларда, сурункали инфекцияларда ва бошка холатларда кузатилади.

# Жигар сариқлиги гепатоцитлар структураси ва функция-сининг турли хил бузилишларида ривожланиб қуйидаги шаклларни ўз ичига олади:

# -Жигар-ҳужайралиГептоцитлар мембраналарининг ўтказувчанлиги ва яхлитлигини зарарланиши оқибатида патогенетик механизмлартўғри бўлмаган билирубинни ушлаб қолиш ва конюгирлашнинг бузилишлари билан боғлиқ. Оқибатда конюгирланмаган билирубин синусоидларга, сўнгра эса қон зардобига тушади.

# -Холестатик - Этиопатогенетик жиҳатдан гепатоцитлар зарарланишида жигар ичи холестази билан боғлиқ

# -Энзимопатик - Меъёрда гепатоцитлар томонидан билирубинни чиқарилиши, ушлаб олиниши ва конюгациясини амалга оширувчи айрим ферментлар етишмовчилиги билан боғлиқ

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

# Морфологик узгаришлаш куйидагилар билан характерланади:

## -Жигар паринхемасида деструктив - дистрофик жараёнларнинг пайдо булиши;

## -Жигар булмачаларида уя некрозларининг борлиги;

## -Бир вактнинг узида жигар тукимаси инфильтратив жараёнларнинг кузатилиши (асосан мононуклеар хужайрали элементлар);

## -Ут, кон ва лимфа томирлари уртасида алока пайдо булиши;

## -Ут капиллярларининг варикоз кенгайиши сабабли майда ут йуллари деворининг зарарланиши;

## -Жигар ичида тусик пайдо килувчи тромбларнинг хосил булиши.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

## Кон зардобида билирубин микдорининг секинлик билан юкори даражаларгача кутарилиши (меъёрга нисбатан 20 марта ва ундан куп) хамда нисбатан киска вактдан сунг яккол сариклик боскичига утиши.

## Кузга куринадиган сариклик ривожлангунга кадар сийдикда ут пигментлари ва ут ишкорлари пайдо булиши. Сариклик усиб борган сари улар микдорининг купайиб бориши.

## Ут пигментларининг сийдик билан ажралиши купайиши билан бир вактнинг узида уларнинг ахлат билан ажралиши камаяди.

## Одатда ахлатнинг тулик рангсизланиши содир булмайди, унда стеркобилин излари аникланади (30% холатларда ахлат тулик рангсизланади ва сийдикда киска вактга уробилин йуколади, шу вактнинг узида сийдикдан ут ишкорлари хам йуколади).

## Жигар сариклигида тери копламларининг ранги типик – шафран сарик кизгишлик билан (эхтимол бир вактнинг узида тери томирларининг кенгайиши сабабли).

## Тери катламларининг сарик рангга кириши билан бирга уларда аллер-гияга хос тошмалар ва томир ангио-малари «юлдузчалар» пайдо булиши мумкин.

## Сариклик билан бир вактнинг узида тери кичиши кузатилади.

## Аммо у хамиша хам намоён булмайди.

## Бу белги уткир гепатитдан кура купрок холангиолитик гепатит ва билиар циррозда учрайди.

## *Брадикардия* киска вакт давом этиши билан характерланади, жигар сариклигида кузатилади ва узок давом этувчи тахикардия билан алмашади (огир сарикликда). Касалликнинг нисбатан енгил шаклида, аксинча, брадикардия давомлирок, тахикардия эса нисбатан киска. Баъзи холатларда тахикардия мавжуд эмас. Ёшрок беморларда брадикардия сарикликнинг бошлангич даврида якколрок намоён булади.

# Жигар сарикликларини диагностикасида юкоридаги белгилар кузатилиши мумкин булган бир катор касалликларни назарда тутиш лозим:

## Вирусли гепатит (А, В, С, D, Е).

## Бошка юкумли сарикликлар: сальмонеллёз, уткир пневмониялар, сарик безгак, юкумли мононуклеоз, эпидемик паротит, сил, жигар абсцесслари, паразитар сарикликлар: описторхоз, клонорхоз, шистосома-тозлар, аскаридозлар, эхинококкозлар, амебиаз, лямблиоз, токсоплазмоз.

## Кимёвий захарланишлар ва дорилар билан даволаш (тринитротолуол, туртхлорли углерод, тетрахлорэтан, хлорланган нафталин, дихлордифенин трихлорэтан - ДДТ, хлороформ, кургошин, фосфор, маргумуш, гелиотроп интоксикация, антибиотиклар ва сульфаниламидлар, метилтестостерон, барбитуратлар, аминазин, метилтиоурацил).

## Умумий амалиёт врачи жигарнинг сурункали зарарланиши белгилари мавжудлигида хамиша хам бемор анамнезида утказилган уткир гепатит тугрисида маълумот булишини ёддан чикармаслиги лозим.

## Бу факатгина сурункали вирусли гепатитда кузатилиши мумкин, лекин хамиша эмас.

## Беморларнинг бир кисми В ва С гепатитларининг аникланмаган ва субклиник шакллари билан касалланган буладилар.

# *Муътадил ва яккол намоён булган фаолликдаги сурункали гепатит*

## Сабаби В, С, Д вируслари ва алкогол.

## Уткир даврлари турли хил интенсивликдаги сариклик билан кечади. Бемор курикдан утказилганда жигарнинг катталашуви ва зичлашуви кузатилади, терида - телеангиоэктазиялар (томир «юлдузчалари»), пальмар эритема, беморларнинг бир кисмида спленомегалия.

## Лаборатор текширувлар: ЭЧТ меъёрда ёки муътадил ортган, купинча тромбоцитопения, богланган (тугри) фракция устунлиги билан гипербилирубинемия, АЛТ фаоллигининг 3-5 ва ундан куп марта ошиши, β - ва γ- глобулинлар микдорининг кутарилиши.

## Минимал ва енгил намоён булган сурункали гепатитдан фаркли равишда γ- глютаминтранспептидаза, ва иммуноглобулин М даражаси кутарилиши.

## Сканерлаш утказилганда жигардаги диффуз узгаришлар манзарасида талокнинг фаоллиги ошиши.

## Сурункали гепатит ёки циррознинг вирусли этиологиясини инкор килиш максадида гепатит В (НВsAg, HВeAg, анти HBSAg, анти HbeAg) ва С маркерларига (анти - НСА) текширув утказиш лозим.

## Ижобий натижалар олинганда юкумли касалликлар буйича мутахассис-гепатолог маслахати зарур.

# *Жигар циррози*

## -Унинг ривожланишига асосий сабаб мукаддам утказилган вирусли (В ва С) гепатитлар,

## сурункали алкоголли интоксикация,

## -захарлар, дориларнинг токсик таъсири,

## -кон айланишининг сурункали етишмовчилиги (тургун жигар),

## -ут йуллари утказиш фаолиятининг бузилиши билан бирга кечувчи сурункали касалликлари,

## -метаболик бузилишлар (гемахроматоз, Вильсон-Коновалов касаллиги, α 1-антитрипсин танкислиги, овкатланишдаги тартибсизлик ва б.к.),

## -веноз окимнинг бузилиши (Бадда-Киари синдроми).

## -20-30% холатларда циррозлар этиологияси номаълум (криптоген).

# *ЖИГАР ЦИРРОЗИ*

# Сурункали гепатитларда кузатиладиган белгилар. Портал гипертензия сабаб бўлган белгилар:

# Спленомегалия (эрта белги),

# Қизилўнгач, геморроидал томирларнинг варикоз кенгайиши

# Асцит

# Паренхиматоз ва томир декомпенсацияси сабабли пайдо бўлган белгилар . Юкоридаги белгилар аник-ланганида конни билиру-бинга, холестеринга, иш-кор фосфатазаси, оксилга, оксил фракциялари, чукма синамалари, АЛТ фаол-лигига текшириш зарур

# Биохимик курсатмалар узгарганда жигар циррозини инкор килиш лозим: Амилоидоз, Вильсон-Коновалов касаллиги, гемахроматоз. Вильсон-Коновалов касаллигида куз шох пардасида махсус лампа ёрдамида Кайзер-Флейшер халкаси аникланади. Циррозларда ЭГДФС кизилунгачнинг пастки кисмида веналарнинг варикоз кенгайиши кузатилади. Гемахроматозга шубха килинганда гепатоцитларда темирни аниклаш максадида жигарнинг пункцион биопсияси тавсия килинади.

# Жигарнинг бирламчи билиар циррози (диагностика)

Бўлаклараро ўт оқим-ларини зарарловчи хос иммун комплекслар шаклланиши билан боғлиқ. *Сурункали жигаричи холестаз кўринишлари устувор, унга ҳақиқий жигар циррози белгилари қўшилади.* Жигар етишмовчилиги зў-райиб боради, суякларнинг, айниқса умуртқа поғонаси-нинг диффуз остеопорози билан бирга портал гипертензия синдроми. Тери қичишиши, тўқ сариқлик, ксантелазмалар, ксантомалар, гепатомегалия, стеаторея, ЭЧТнинг “сабабсиз” ошиши. Жигар қаттиқ консистенцияли, пайпасланганда сезгисиз бўлиб қолади

# Диагностик белгилари: Куйидаги лаборатор узгаришлар хосдир – ишкор фосфатазаси, γ- глютаминтранспептидаза фаоллигининг ошиши, иммуноглобулинлар, антимитохондриал антителалар, ут кислоталари ва холестерин микдорининг ортиши, хамда, конда билирубин даражасининг купайиши. Касаллик огир кечади. Жигар катталашади, зич консистенцияли булади, пайпасланганда сезгирлиги йук.Сурункали гепатитлар ва жигар циррозларини даволашпархез № 5. Сурункали гепатитнинг вирусли табиатида гептрал, интерферон, реоферон, интерлейкинлар буюрилади. Витаминлар билан даволаш курслари (кокарбоксилаза, В 6 витамини, рибофлавин, рутин, аскорбин, липоевий, фолий кислоталари, В12 витамини), гепатопротектив мембранани баркарорлаштирувчи воситалар (эссенциале, гепамерс), симпатик ва дезинтоксикацияловчи терапия

# Даволаш: Холестирамин бир кабул килишга 15 г.дан овкатланишгача ёки эрталабки овкатдан сунг; билгнин бир кабул килишга 5-10 г. дан кунда 3 марта; А ва Д витаминлари; Викасол; кальций глюконат; фенобарбитал кечкурун (ут суюклиги окиб кетишини кучайтириш учун).

# Жигарнинг иккиламчи билиар циррози

Узоқ давом этган буйракдан ташқари холестазда ўт чиқарувчи тизимда юқори босим туфай-ли жигар ичи ўт йўлларида таркибий ўзгаришлар пайдо бўлади. *Сариқлик – устувор белги, кўпинча ундан аввал тери қичиши пайдо бўлади. Сариқлик эрта пайдо бўлиб секин-асталик билан кучайиб боради, у нажаснинг ахолияси, стеаторея, А, Д, К витаминлари етишмовчилиги билан кечади*

Жигарнинг иккиламчи билиар циррози

Холестазнинг асосий белгилари - гипербилирубинемия, ишкор фосфатазаси, γ-глюта-минтранспептидаза, холестерин ва ут кислоталари даражасини кутарилиши. Холестаз гепатоцитлар емирилишига олиб келади. Жигар катталашган, зич, айрим холатларда юзаси нотекис. Диагностикаси: ретроград холангиография. Даволаш: ут йуллари утказувчанлигини тикланиши хирургик йул билан амалга оширилади.

Жигар усмалари.

Жигар усмалари хавфсиз ва хавфли, жигар тукималаридан ёхуд метастатик равишда пайдо булган булиши мумкин. Жигар ракининг иккита асосий тури мавжуд: Жигарнинг ўзини тўқималаридан пайдо бўлувчи ўсмалар гепатомалар деб аталади. Ўт йўлларида пайдо бўлувчи ўсмалар

*Бирламчи гепатоцеллюляр рак*

Номаълум этиологияли иситма, анемия, тана вазнининг камайиши, конда трансаминаза, ишкор фосфотаза микдорининг кутарилиши билан характерланади. Анамнезда мукаддам утказилган вирусли В гепатити. Диагностикаси мураккаб. Мухим белгиси – унг ковурга остида узок давом этувчи огриклар (ёкимсиз хиссиётлар) ва тез озиб кетиш. Диагностикада УТТ, радиоизотоп сканирлаш ва корин бушлигининг юкори булимини компьютер томографияси. Якуний диагноз жигар биопсиясидан сунг куйилади.

Жигар ости (холестатик) сарикликлар

Сабаблари: ташкаридан босим: ошкозон ости бези бошчаси, ут йуллари ёки пуфаги усмаси, лимфатугунлар (сил лимфагранулематози), унг буйракнинг катталашуви, корин аортаси ёки жигар артерияси аневризмаси, чандиклар, камрок - яра касаллиги, аппендицит. Ичкаридан босилиш сабаблари (обтурация): - тош, яллигланиш, шиш, юмалок глистлар, эхинококк, ёт жисмлар, жигар циррозида яллигланиш ва аллергик табиатдаги шишлар, Боткин касаллигида.

# *ЖИГАРОСТИ САРИҚЛИК*

|  |  |
| --- | --- |
| Терини сарғиш-кулранг ёки сарғиш-яшил бўлиши хос  Рангсиз нажасСийдикнинг тўқ рангда бўлиши  Ўт суюқлигининг ўт йўлларидан ўтишини бузилиши ва холестаз хос. Ахолик синдром  Ўт суюқлиги ичакка ўтмай қўяди, тўсиқдан юқоридаги ўт йўлларини тўлдириб юборади ва кўп миқдордаги конъю-гирланмаган билирубин қонга ўтади  Қонда ўт суюқлигининг барча таркибий қисмлари — билирубин, холестерин, ўт кислоталари тўпланади, ишқорли фосфатаза миқдори кўпаяди  Холемик синдром |  |

*Жигарнинг метастатик зарарланишлари*

Жигарнинг 90 % хавфли усмалари метастатик хусусиятга эга. Метастазлар тухумдонлар аденокарциномалари, ошкозон ости бези усмалари, ошкозон-ичак тизими усмалари, упканинг кичик хужайрали ракидан. Диагностикаси: жигарнинг хавфли эпителиал усмаларида кон зардобида α-фетопротеинлар ва карциноэмбрионал антиген аникланади. Карциноэмбрионал антигеннинг мавжудлиги жигарнинг метастатик зарарланиши, α-фетопротеин - эса жигарнинг бирламчи раки хакида маълумот беради.

Холедохолитиаз

Умумий ут йулининг тош билан ёпилиб колиши, ут йуллари шиллик каватининг яллигланишли шиши, ут йулининг ошкозон ости безининг шишган боши билан босиб куйилиши унинг асосий сабаблари хисобланади.

Касалликнинг куйидаги шакллари фаркланади:

сарик-огрикли, сарик-панкреатик, сарик-холецистли, сарик-огриксиз. Диагностика белгиларнинг узига хос учлигига асосланилади: унг ковурга остидаги огриклар, тез ривожланувчи иситмалаш, сариклик ва титратувчи калтираш билан бирга кузатулувчи иситмалаш

Дори воситалари таъсирида юзага келган сарикликлар

Дорили холестазда ахлат рангсиз, сийдик тук рангда, сариклик ва тери кичишининг пайдо булиши. Диагноз: касалликнинг дори воситалар кабул килиш билан богликлиги (антибиотиклар, стероидлар, яллигланишга карши ностероид воситалар, антитиреоид препаратлар, контрацептивлар ва бошкалар) хамда бошка холестатик касалликларни инкор килиш йули билан аникланади.Даволаш: дорини бекор килиш. Жигар хужайраларида алмашинувни яхшиловчиси воситалар буюрилади (В1, В6, В12 витаминлари, липоид кислотаси)

## Конституционал сарикликлар

## Жильбер; Криглер - Найяр, Дабин-Джонсон, Ротор синдромлари. Жигар сариклик-лари: вирусли гепатитлар (А, В, С, Д, Е), герпетик гепатит, цитомегаловирусли гепатит, сарик безгак, сальмонеллёз, сепсис, алкогол, дори, токсик воситалар таъсиридаги ва сурункали актив гепатитлар, жигар циррози. Холестатик (жигар) сариклиги.

## *Жильбер синдроми*наслий яхши сифатли сурункали касаллик. Барча холатларнинг 3-5%да купрок 20-30 ёшлардаги эркакларда учрайди. Наслдан наслга утишнинг аутосом-доминант тури. Глюкуронилтрансфераза активлигининг пасайиши окибатида гепатоцитлар томонидан эркин билирубинни ушлаб олиш ва конъюгация килиш бузилади. Куп холатларда Жильбер синдроми уткир касалликлар, стресс холатларида биринчи маротаба пайдо булиб 30 % холатларда белгиларсиз кечади.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

# Диагностика

## Билирубин даражаси конюгацияланмаган фракция хисобида кутарилади, конъюга-цияланган билирубин микдори 8 мкмоль/л дан куп эмас. Тулик очликда (суюклик истеъмол килишни чекламаган холда) 48 соат ичида конъюга-цияланмаган билирубин даражаси 2-3 марта ошади. Бу сурункали гепатитга чалинган беморлар ва соглом одамларда кузатилмайди. Давоси: Узок вакт давомида фенобарбитал кабул килиш ва ксилит (сорбит)ли тюбажлар самаралидир.

# ЛАБОРАТОР-АСБОБИЙ ТЕКШИРУВ

3.2. категория: Вирусли гепатитлар - -гепатит вируслари маркерлари АСТ билирубин фракциялари, Сурункали гепатитнинг вирусли этиологияси ёки жигар циррозини инкор этиш учун-- В гепатити вируслари маркерларига текширув ўтказиш зарур (НВsAg, HВeAg, анти HBSAg, анти HbeAg) ва С (анти - НСА). Сурункали гепатитлар - АСТ, ЛДГ ва билирубиннинг фракциялари:- қонни оқсил спектрига текшириш,- коагулаграмма,- жигар, ўт пуфаги ва талоқ УТТ ,- сулем ва тимолсинамалари, ишқорли фосфатаза

3.1. категория: - қон, сийдик, нажаснинг умумий таҳлили, - АЛТ

БИРЛАМЧИПРОФИЛАКТИКА: Аҳолининг билим даражасини оширишга қаратилган, одамларда соғлом турмуш тарзи кечиришга кўникмани шакллантириш ва уни амалга ошириш бўйича шароитларни яратишга доир амалиётлар, Зарарли одатлардан воз кечиш, Рационал овқатланиш, Дам олиш режимига риоя қилиш, В вирусига қарши эмлаш, Контрацепциянинг тўсиқли усулларидан фойдаланиш

Иккиламчи профилактика: Беморларни фаол аниқлаш, айниқса касалликнинг эрта босқичларида

* Соғломларнинг айрим гуруҳлари ва беморларни рўйхатга олиш ва уларни фаол кузатиш
* Касаллик қайталанишини олдини олиш, тезлик билан соғликни ва меҳнатга яроқлиликни тиклаш бўйича даволаш ва профилактика амалиётларини ўз вақтида қўллаш, Инсоннинг саломатлиги аҳволига таъсир қилувчи ташқи муҳим омилларини аниқлаш, меҳнат ва яшаш шароитини яхшилаш, соғлигига кўра ишга жойлашиш бўйича амалиётларни ўтказиш, Вирусларга қарши воситалардан фойдаланиш, Радикал жарроҳлик аралашувлари (ўсмаларда), Химиотерапия, Спленоэктомия (гемолитик камқонликлар) , Изоляция (ўткир гепатитлар) , Ҳаёт сифатини сақлаб туриш
* Училамчи профилактика
* Асоратларни олдини олиш. Паллиатив жарроҳлик усуллари (ўсмалар). Рухий қўллаб-қувватлаш

ҚВП ёки оилавий поликлиникада САРИҚЛИККА чалинган беморларни олиб бориш ва диспансерда кузатиш тамойиллари

* Соғлом ҳаёт тарзи кечириш бўйича маслаҳат
* Беморни ўз-ўзини назорат қилиш тамойилларига ўргатиш
* БИЛУРУБИН, ТРАНСАМИНАЗА (гепатитлар) даражаси мониторинги
* УТТ мониторинги
* Гемоглобин даражаси мониторинги (гемолитик камқонликлар)
* Тана вазни индекси мониторинги
* Психологик жиҳатдан қўллаб-қувватлаш (ўсмаларда)
* Асоратларни ўз вақтида ташҳислаш ва олдини олиш
* Дорилар билан даволаш оқибатиларини назорат қилиш
* Даврий равишда клиник кўрикдан ўтказиш

# Сийдик чўкмасидаги ўзгаришлар билан кечадиган касалликларни қиёсий ташҳислаш

## Маърузачи: доцент Нуриллаева Н.М.

# Максад: УАШ га сийдик чўкмаси ўзгаришлари, буйракларнинг иммун-яллигланишли ва яллигланишли касалликларда қиёсий ташхис ва УАШ тактикасини аниклаш.

**Вазивалар:**

1. УАШ га протеинурия, гематурия, лейкоцитурия, цилиндурияларни ташҳислашни ўргатиш касаллик босқичига қараб ва ўзига хос клиник кечишини.
2. УАШ га сийдик чукмаси синдроми билан кечадиган касалликларни ташҳислаш ва диференциал ташҳисни ўтказишни ўргатиш.
3. ҚВП ва ОП шароитларида сийдик чўкмаси ўзгаришлари билан беморларни диспансер кузатуви ва мониторинг олиб бориш тамойиллари.
4. Сийдик чукмаси узгариши синдроми билан кечадиган касалликларда бирламчи,иккиламчи,учламчи профилактика принциплари.

# Таянч сузлар: сийдик чукима, протеинурия, гематурия, лейкоцитурия, цилиндурия, бирламчи тизим, киесий ташхис, профилактика

# Касалликни ўзига хос кечиши ҳамда УАШ квалификацион характеристикаси” талаби бўйича кўриб чиқилган талабларга кўра соғлиқни сақлашни бирламчи звеносида беморни олиб боришни ўргатиш.

Патологик сийдик синдромининг асосий кўринишлари: Протеинурия, Гематурия, Лейкоцитурия, Цилиндрурия

## Умумий амалиёт шифокори олдида қуйидаги муаммолар туради:

## 1. Меёрий ва патологик протеинурия чегарасини аниқлаш;

## 2. Хар кандай протеинурия буйрак шикастланишидан далолат берадими деган саволга жавоб бериш.

Протеинурия

Сийдик билан физиологик меёрдан, яъни кунига 30 -50 мг дан юқори оқсилни чиқиб кетишига айтилади. Cийдик билан кунига 50-80 мг оқсил ажиралиб чиқиши буйракда патологик жараён борлигидан далолат беради.

# Протеинурияни таснифи

# Касалликларга боғлиқлигига кўра: Функционал. Патологик.

# Манбаи бўйича: Преренал (тўйинган), Ренал (коптокчали ва каналчали), Постренал (буйракдан ташқари, ёлғон кўриниши),

# Таркиби бўйича: Селектив; Носелектив.

# Миқдори бўйича: Микроальбуминурия (кунига ≤ 300 мкг), Енгил (оқсил изи, ёки кунига ≥ 1 г), Ўртача (кунига 1-3 г гача), Юқори нефротик (кунига ≥ 3 г)

# Функционал (физиологик) протеинурия

Миқдори кунига 2 г дан ошмай кўпинча таъсир қилувчи омил бартараф этилгач, изсиз ўтиб кетади ва камдан-кам ҳолларда эритроцитурия, лейкоцитурия, цилиндрурия билан бирга кечади. Ушбу жараён буйраги соғлом шахсларда учраб, унинг патогенези хозиргача ўрганилмаган. Функционал (физиологик) протеинурия: Рефлектор- қўл панжаси ва билакларни 2-3 дақиқага совуқ сувга ботириб турганда ёки терига кучли инсоляция таъсирида; Алиментар - оқсилга бой махсулотларни кўп истеъмол қилганда; Марказий (центроген)- эпилепсия хуружидан кейин ва бош мия чайқалганда; Эмоционал - яъни кучли ҳаяжонланишдан сўнг юзага келади.Пальпатор - узоқ вақт қорин ва буйрак соҳасини чуқур пальпация қилиш натижасида. Зўриқиш (маршли)-ишчи каналчалар протеину-рияси бир кунда 1-2 г дан ошмайди ва оғир жисмоний зўриқиш натижасида юзага келиб, сийдикнинг биринчи чиқишида аниқланади. Иситмалаш - коптокчали механизм билан боғлиқ бўлиб (кунига 1-2 г гача) кўпроқ ёш болаларда ва қарияларда лихорадка ҳолларида кузатилиб, тана ҳарорати нормаллашгандан кейин йўқолади. Ортостатик (лордотик, постдурал) коптокчали - айрим ҳолларда 13-20 ёшдаги, астеник тана тузилишига эга бўлган ёшларда учраб, горизонтал холда йўқолади (кунига 1 г гача). Уларнинг эрталабки сийдик таҳлилида оқсил аниқланмайди. Димланишли - юрак касалликларида учраб, кунига 1-3 г дан ошмайди, лекин уни хар доим хам функционал характерли деб булмайди.

*Патологик протеинурия*

Манбаи бўйича: Преренал (тўйинган); Ренал (коптокчали ва каналчали)

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

*Селектив протеину-рияда*кичик молекуляр оғирликка эга бўлган оқсиллар, асосан альбуминлар аниқланади

*Носелектив протеинурия* ўрта ва юқори молекуляр оғирликка эга бўлган оқсиллар ажралиши хос

Хар қандай протеинурияни патологик синдром деб қараш ва барча холатларда беморни синчковлик билан текшириш хамда уни сабабини аниқлаш лозим.

Гематурия

Сийдик чўкмасида физиологик меъёрдан, яъни эрталабки сийдик микроскопик текширилганда кўриш майдонида 1 - 3 тадан кўп эритроцитларни аниқланишидир.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Одатда глюкоза пешобда бўлмайди ёки минимал миқдорда 0,8 ммоль/л аниқланади, соғлом одамларда коптокчаларда фильтрация бўлган глюкоза каналчаларда тўлиқ қайта сўрилади.  **Қондаги глюкоза миқдори 10 ммол/л дан ошгандан сўнг яъни буйрак бўсағасидан ошгандан сўнг протеинурия аниқланади** Пешобда глюкоза аниқланиши ҚД касаллигида антидиабетик давони назорат қилишда ишлатилади. |
|  |  |

**Сийдик тахлили**

cийдик айириш тизими касалликлари; - профилактик кўриклардаги скрининг текширувлар;   
- касаллик кечишини бахолаш учун, асоратлар ривожланишини назорат қилиш ва олиб борилаётган давони самарадорлигини кузатиш учун. - cтрептококкли инфекция (ангина, скарлатина) ўтказган беморлар соғайгандан кейин 1 – 2 хафтадан кейин умумий сийдик тахлили топширишлари керак. Соғлом одамларга йилига бир икки марта сийдик тахлилини маслахат берамиз.

**Эсда тутинг, даволаш доим профилактикадан қиммат**

**Сийдик умумий тахлили учун сийдик йиғиш махсус тайёргарликни талаб қилади**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Yuqori qon bosimim bormi? Qandli diabetmi yoki diabet rivojlanish xavfi ostida turibmanmi?

Mening oilamda yurak-qon tomir kasalliklari tarixi bormi yoki yurak-qon tomir kasalligi bilan og'rigan ekanman? Oilamda kimdir buyrak kasalligi mavjudmi? Menda buyrakning shikastlanishi (buyrak infektsiyalari, toshlar, ..). Buyrak kasalligi xavfi yuqori bo'lgan ozchilik guruhida bo'lamanmi? (Afro-amerikalik, amerikalik amerikalik, ispan amerikaliklar, Tinch okeani orollari va tub amerikaliklar). Men 55 yoshdan katta emasmi?. Sizda surunkali buyrak kasalligi tashhisi bormi?

Yuqorida keltirilgan savollarga "ha" deb javob bergan bo'lsangiz, siz buyrak kasalligi uchun xavf tug'dirasiz. Erta skrining va davolash sizni ogohlantirishi mumkin, shu sababli o'zingizni tarbiyalashingiz va buyraklaringizni saqlab qolish uchun harakat qilishingiz mumkin

**Адабиетлар**

1. Терапевтический справочник Вашингтонского Университета. Под ред.М.Вудли и А.Уэлан, Пер. с английского, Москва, Практика, 1995 г.
2. «Умумий амалиёт врачлари учун маърузалар тӯплами» /А.Гадаев. 2010.
3. «Умумий амалиёт врачлари учун амалий кӯникмалар тӯплами» /А.Гадаев, Х.Ахмедов. 2010.
4. Современные представления об оксалат ных нефропатиях (клинические и популяцион- ные исследования) / М.С. Игнатова, Е.А. Харина, О.И. Ярошевская, В.В. Фокеева [и др.] // Педиа- трия. – 2007. – № 3. – С. 45–50.
5. Состояние некоторых показателей функции почек у больных / Е.Г. Кузнецова, P.P. Шиляев, О.А. Громова, О.Ю. Фадеева // Терапевтический архив. – 2007. – № 2. – С. 17–21.

6. Журнал «Нефрология и урология» за 2000-2007 гг.

7. Функциональное состояние почек и прогнозирование сердечно-сосудистого риска. (Российские рекомендации Приложение 3 к журналу "Кардиоваскулярная терапия и профилактика" 2008; 7(6)) - Журнал «Нефрология и диализ» 2000-2015

**Геронтология и умумий гериатрия. Кариялар муаммолари. Карияларда касалликлар кечиш муаммолари**

**Маърузачи: Т.ф.д., доц. Нуриллаева Н.М.**

**Мақсад**: Гериатрия сохасида кариликдаги функционал ва органик узгаришлар кура патологик механизмларини ургатиш

**Вазифалар:**

1. Гериатрия фанидан тушунча

2. Ёшга кура узгаришлар саволларини кўриб чиқиш

3. Кариликда функционал ва органик узгаришларини талабаларга тушунтириш.4

4. Кариш жараёнининг конунларига тегишли саволларни кўриб чиқиш.

5. Ёшга кура узгаришларнинг ўзига хослигини ўргатиш.

**Геронтология** – бу қаришни сабаби ва механизмлари, қариётган организмни физиологик хусусиятлари хақидаги фан. Клиник гериатриянинг муаммоларидаги асосий савол физиологик ёшга хос ўзгаришларг ва ривожланувчи патологияларнинг ўзаро боғлиқлигидир.

**Хронологик (тақвим) ёш**

Ёшни аниқловчи бу усул енг оддий ва қулай усул хисобланади.бу турда ёш тақвимдаги йиллар билан ўлчанади, аммо у реал қариш жараёнида акс эта олмайди.

**Биологик (жисмоний) ёш**

Бу ёш инсон организмининг жисмоний аьзоларининг функционал имкониятлари орқали аниқланади. Ёшни аниқловчи бу усул бутун организмнинг жисмоний холати ва қариш жараёнини деярли аниқ кўрсатади, аммо бу жуда мураккаб усул хисобланади.

**Психологик ёш.**

Бу ёш психометрия ёрдамида аниқланиб, у инсоннинг интелектуал ва психологик холатини намоён қилади.

Фақатгина юқорида санаб ўтилган ёшни аниқловчи 3 та усул орқали инсонни жисмоний, интелектуал ва рухий холатини бирмунча аниқроқроқ бахолаш, бундан ташқари унинг қариш даражасини аниқлаш мумкин.

Қарилик – бу организм қонуниятга асосланиб юз берувчи ёш ривожланишининг сўнгги даври бўлиб, организм ривожланишининг муқаррар, қонуниятга асосланган босқичидир.

**Қариш** – бу ёш ўтиши билан эндоген ва экзоген зарарли таьсирларнинг ортиб бориши натижасида ривожланувчи, натижада организмнинг физиологик функциялариниетишмовчилигига олиб келувчи емирилиш жараёнидир.

Бу бутун организмни қамраб олувчи мураккаб биологик жараён.

**Ташқи қариш белгиларининг асосий хусусиятлари қуйидаги тўрт омил хисобланади**

а) қора сочларга нисбатан оқ сочлар кўпайиб боради ва бу 40 ёшдан 50 ёшгача бўлган инсонларда кўпроқ учрайди;

б) ажинлар пайдо бўла бошлайди. Бу одатда 30 ёшдан 40 ёшгача бўлган инсонларда, аввалига пешонанинг олдинги қисмида ва кўз атрофида кўзатилади.

в) қариликдаги узоқни кўриш (дальнозоркость) (гиперметрофия) пайдо бўлади.

Бу 45 ёшдан кейин кузатилади.

г) харакатланиш секинлашиб, харакатлар камаяди, қадамлар номустахкам бўлиб, букилган холатда юрилади

**Бутунхитой тиббиёт жамияти геронтологияни таьрифлаш ва кекса инсонлар саломатлиги бўйича стандартлар қуйидагилардан иборат:**

* Суяк ва бўғимлар ўзгаришсиз, жиддий жисмоний етишмовчиликлар мавжуд эмас;
* Қарилик даги ақлий заифлик, асаб системасидаги ўзгаришлар ва бошқа асаб системаси касалликлари мавжуд эмас;
* Юрак фаолияти нормада, гипертония касаллиги, бундан ташқари юрак касалликлари (стенокардия ва бошқ.) мавжуд эмаслиги;
* Буйрак ва жигар касалликлари, эндокрин тизимдаги ўзгаришлар мавжуд эмаслиги;
* Маьлум даражада кўриш ўткирлиги ва эшитиш қобилияти мавжудлиги;
* Рухий ўзгаришларсиз,нормал характер ва муқим кайфият мавжудлиги;
* Оила аьзолари ва атрофдагиларга нисбатан мос равишда муносабат мавжудлиги;
* Ташқи омилларни қабул қилиш, жамият билан маьлум алоқадорликда бўлиш;
* Ўқиш ва кўникмаларга маьлум қобилият мавжудлиги.

Қариликни текшириш ва аниқлашнинг 4 усули мавжуд.

Морфологик кўрсаткичларни аниқлаш.

Улар соч ва қошларнинг оқаришни, қарилик кератомалари (доғлар),кўзнинг рангдор пардасидаги ўзгаришлар, бундан ташқари бўйнинг қисқариши ва бошқаларни хисобга олишади. Қариш жараёни қанчалик кам ва секин кузатилса, у шунчалик яхши кечади.

физиологик функцияларни аниқлаш

у ўз ичига бир неча текширув усулларини олади:

а) кўзлар юмилган холатда бир оёқда туриш. Бу усул энг оддий ва самарали хисобланади. Инсон бир оёқда қанчалик узоқ тура олса, қариш жараёни шунчалик секин кечаётган бўлади ва физиологи ёш хам шунчалик кам бўлади.

б) Сиқиш кучини бахолаш. 60 ёшдан 70 ёшгача бўлгаларда сиқиш кучи тахминан 25 минг граммни (25 кг) ташкил қилади.

в) Юрак фаолиятини текшириш. 65 ёшдан катталарда юракнинг қон билан таьминланишини 25 ёшдагилар билан солиштирганда 30-40 % га камайган бўлади

г) Ўпка фаолиятини текшириш. Кексаларда ёш ўтиб бориши билан ўпка фаолияти хам пасайиб боради.хар йили ўпканинг тириклик сиғими 30 мл гача камайиб боради. 70 ёшдан катталарда ўпка сиғими 2000-2700 млни ташкил қилади.

* Кекса ва қариялар балоғат ва ёшлик даврларида пайдо бўлган касалликлар билан оғриши мумкин..
* Буларга асосан кўп йиллар давомида сурункали кечувчи баьзи яллиғланиш, алмашинув бузилиши, турғун функционал ўзгаришлар киради.касалликни клиник намоён бўлишига атипиклик, ареактивлик хос.
* 40-45 ёшдан бошлаб касалликлар йиғилиб бориш жараёни юз беради.
* Кексаликда ва айниқса қарияларда касалланиш структураси ўткир касалликлар камайиши ва сурункали патологик жараёнлар ривожланиб боришининг ортишига боғлиқ равишда сезиларли ўзгаради.
* Организмнинг ёшга хослиги, айниқса унинг рухияти ва касалликнинг клиник намоён бўлиши беморлар билан мулоқотда алохида эьтибор талаб қилади.
* Сўраб суриштириш кўп вақт талаб этади, шу билан бирга бир мунча секин ва аниқ гапириш керак бўлади

Инсон организми ўз хаётийлигини турли хил озиқ овқат махсулотлари орқали қабул қиладиган углеводлар, ёғлар, оқсил, витаминлар, минерал тузлар, микроэлементлар каби озиқа моддалар хисобига таьминлайди. Агар ушбу моддалар мувозанати бузилса инсон касалликка чалина бошлайди.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

* Оқсиллар – хар бир тирик организмнинг мухим таркибий қисми хисобланади.
* Хар бир килограмм тана вазни учун суткалик оқсилга бўлган эхтиёж 1-1.5 г ни, суткалик энергияни тахминан 15% ни ташкил этади.
* Улар организмга асосан гўшт, товуқ, балиқ, сут, тухум, дуккаклилар орқали тушиб, қариялара айниқса дуккаклиларни кўпроқ истеьмол қилишлари зарур бўлади.
* Углеводлар – хаёт давомида инсон учун мухим бўлган энергиянинг асосий манбаидир. Бир қисм суткалик энергиянинг тахминан 70% га тўғри келади. Углеводлар асосан буғдой махсулотларида мавжуд. Суткалик норма тахминан 300-400 г ни ташкил қилади.
* Ёғлар – хужайранинг асосий компоненти хисобланиб, суткалик эхтиёж 1 кг тана вазни учун 0,6-1 г ёғни ташкил қилади. Унинг бир қисмига 15% суткалик энергия тўғри келади. Хайвон ёғларига нисбатан ўсимлик ёғларини кўпроқ истеьмол қилиш лозим.
* Минерал моддалар – бу моддаларсиз организм нормал фаолият юрита олмайди.буларга Са (кальций), Р (фосфор), Mg (магний), Fe (железо), К (калий) кабилар киради. Шунга қарамай бу моддаларга бўлган талаб жуда кам, аммо уларнинг иштирокисиз организм фаолиятини тасаввур этиб бўлмайди. Шунинг учун кексалар креветка, денгз карами, кунжут уруғли пюре,қўзиқорин кабиларни кўпроқ истеьмол қилиши керак.

Адабиёт

1. Дж. Мерта. Справочник врача общей практики. Москва 1998.
2. Р.Хеглин. Дифференицальный диагноз внутренних болезней. Москва, 1997
3. Гериатрия в деятельности ВОП.Н.Н.Насриддинова, Ташкент, 2004
4. Внутренние болезни, под ред.Ковалева Ю.Р. Санкт-Петербург, Фолиант, 2004
5. Общая врачебная практика, под ред. Ф.Г.Назырова, А.Г.Гадаева. Геотер-Медиа, Москва, 2005
6. В.Н. Ярыгина, А.С. Мелентьева.[Руководство по геронтологии и гериатрии в 4 томах. Том 2](http://www.geotar.ru/lots/Q0110887.html), 2010, 784 С.

**Аритмия. Тусатдан улим. Олдини олиш. Бирламчи тизимда олиб бориш тактикаси**

**Маърузачи: доцент Шукуржанова С.М.**

**Маъруза мақсади**: талабаларни аритмия синдроми билан кечувчи касалликларни ташхислаш, киесий ташхислаш ва даволашга ўргатиш.

**Маъруза режаси**:

1. Аритмия ва блокадалар этиопатогенези ва классификацияси.

2. Аритмиялар тури, клиникаси ва ЭКГ кўриниши.

3. Блокадалар тури, клиникаси ва ЭКГ кўриниши.

4. Аритмия ва блокадаларда тез ёрдам ва медикаментоз даво.

5. Тўсатдан ўлим тушунчаси ва унинг олдини олиш.

6. Аритмия ва блокадалар билан кечувчи касалликлар профилактикаси ва диспансеризацияси.УАШ тактикаси.

**Таянч сўзлар**: аритмия, тахикардия, пароксизм, бўлмачалар фибрилляцияси, қоринчалар фибрилляцияси, автоматизм, экстрасистолия, электроимпульс терапия, дефибрилляция, кардиостимулятор.

Юрак аритмиялари бу нормал тезликда бўлмаган доимий синусли ёки эктопик ритм ва импульслар ўтказувчанлигини ёмонланиши билан кечадиган барча юрак ритмини бузилишлари хисобланади.

Тахикардия – кета-кет келган 3 ва ундан ортик комплексда ЮУС 100дан куп булиши

Пароксизм – юрак уриш хуружининг аник бошланиш ва тамом булиш характери

Муким тахикардия – давомийлиги >30с

Таснифи:

Синус тугуни автоматизми бузилиши билан кечадиган аритмиялар.Улар бўлинади:Синусли тахикардияга, Синусли брадикардияга,Синус тугуни фаолиятини тўхташи, Синус тугуни фаолиятини сусайиши, Бўлмачалар асистолияси

Эктопик комплекс ва ритмлар

Пассив комплекс ва ритмлар: (бўлмачалар, ав, ритм бошқарувчиси миграцияси)

Фаол ритмлар

Фаол ритмлар:

Экстрасистолиялар (бўлмача, ав, қоринча)

Парасистолиялар

Пароксизмал ва нопараксизмал тахикардиялар (бўлмача, ав, қоринча)

Ўтказувчанликни бузилиши:

Синоаурикуляр, Бўлмача ичи, Атриовентрикуляр, Гис тутами оёқчаси, Муддатидан олдин қоринчалар қисқариши синдроми

Этиологияси бўйича аритмия ва блокадаларни сабаблари:

* Электролит мувозанатни бузилиши
* қонда калий, кальций, магний ва х.к. миқдорини бузилиш
* токсик моддалар таъсири
* углерод оксиди,бактериал токсинлари, никотин ва х.к.
* гипоксия ва гипоксемия
* сурункали ўпкали юрак, қон айланиши етишмовчилиги
* дори воситалар билан захарланиш (хинидин, юрак гликозидлари, в - адреноблока-торлар, сийдик хайдовчи воситалар)

Автоматизм фаолиятини бузилиши аритмияларига **синусли тахикардия** киради. Унинг таърифи - синусли ритм сақланган холда юрак уришини 1 дақиқада 90-160 гача аста секин тезлашиши синусли ритм дейилади. Беморни шикоятлари юрак ўйнишига, тез уришига, оғирлик хисига,баъзида юракдаги оғриқларга. ЭКГда: тўғри синусли ритм аниқланади; - юрак уриш сони 1 дақиқада 90-160 гача;-RR - оралиқлар кискарган, бир хил.

**Синусли брадикардия** - Синусли ритмда юрак уриш сонини 1 дақиқада 60 дан камайишисинусли брадикардия дейилади.Юрак уришини 1 дақиқада 30 дан кам бўлса кўпинча бу синусли эмас.Рефлектор таъсир кўрсатганда (Данини-Ашнер, Чермак-Геринг синамаси) юрак уриши секинлашади.Жисмоний зўриқишда ва атропиндан кейин юрак уриши тезлашади. ЭКГда: тўғри синусли ритм аниқланади; - RR оралиқлар кенгайган бир хил; юрак уриш сони 60 дан кам; PQ оралик 0,21 сек. кенг.

**Синусли аритмия** хам автоматизм фаолиятини бузилиши аритмияларига кириб нотўғри синусли ритм синусли аритмия дейилади.2 тури фарқланади: нафас аритмияси ва нафас билан боғлиқ бўлмаган аритмия. Шикоятлар кўпинча бўлмайди баъзида юрак ўйнаши, нохуш хиси, Нафас аритмияси нафасни ушлаб турганда йўқолади. ЭКГ белгилари:

синусли ритм сакланган; RR оралиқлар хар хил, фарқи 0,16 сек. дан кўп.

**Синус тугунининг тўхташи** бу даврий равишда синус тугунда импульс хосил булмаслиги ёки сонини камайиши. Шикоятлар: шу даврда бош айланишга,куз олдида коронгланишига,кувватсизликга, хушдан кетишга. Морганьи-Адамс-Стокс синдроми

кузатилади. ЭКГда:узок чўзилган танафуслар кузатилади ва PQRST бўлмайди;RR оралиқ нормал RR оралиқдан 2 баравардан кўпроқ катта бўлади; Синоатриал блокададан фарқи

RR оралиқ 2,3,4 ва х.к. нормал RR оралиқга тенг бўлмайди.

Синус тугунини автоматизмини сусайиши ёки тўхташи: латент тури –белгиларсиз кечади.

ЭКГда синусли брадикардия,аритмия, ритм бошкарувчисинимиграцияси билан кечади. гиподинамик ёки манифест тури –кучли тургун брадикардия, юракдаги оғриқ, бош айланиш,хушдан кетиш, бош оғриқ, парез, МАС билан ифодаланади.ЭКГда тургун синусли брадикардия,синоаурикуляр блокадалар белгилари билан кўринади. Брадитахикардия синдроми (Шорт с-ми) – кучли брадикардия пароксизмал суправентрикуляр тахикардия,хилпиловчи аритмия ёки бўлмачалар титраши даврлари

билан алмашиб туради. Клиникада: юрак ўйнаб кетиши, тез уриши, бош айланиши, хушдан кетиш,МАС безовта қилади.

Синус тугунининг сусайиш синдромига киради: Доимий хилпиловчи аритмия брадисистолик шакли, СА - блокада, АВ –диссоциация, кучли брадикардия фонидаги экстрасистолиялар, АВ ритм, ритм бошқарувчисини миграцияси.

**Эктопик комплекслар ва ритмлар** деб синус тугунини ташқарисидан пайдо бўлган импульс хисобига юракни қисқариши эктопик комплекс ёки ритм дейилади.Улар пассив ва фаолга бўлинади. Пассив деб Пассив - ритм бошқарувчисини

вазифасини 2 ва 3 қатордаги автоматизм ўчоқлари бажаради. Фаол эса эктопик ўчоқларни юқори фаоллиги хисобига хосил бўлган эктопик комплекслар ва ритмлар.

Фаол ритмларга кирувчи **суправентрикуляр экстрасистолия**га хос белгилар QRS комплекс меъёрда, ўзгармаган синусликга ўхшаб кетади, экстрасистолиядан кейин

нотулик компенсатор пауза, эктопик ўчоқни жойлашишига қараб асосий ўзгаришлар

Р тишчада кузатилади.

**Қоринчалар экстрасистолиясига** хос белгилар: QRS кенгайган, деформациялашган, экстрасистолиядан кейин тўлиқ компенсатор пауза, ST ва Т тишча асосий тишчага дискордант, экстрасистолияда Р тишча кузатилмайди.

Қоринчалар экстрасистолияларни Лаун буйича таснифи:

1 синф - монотоп (битта қоринчадан)1 соатда 30 дан кам

2 синф - монотоп 1 соатда 30 дан куп

3 синф - политоп (хам чап,хам ўнг қоринчадан)

4 синф - а. жуфтлашган (кетма-кет 2 экстрасистолалар); б. - гурухли (кетма-кет 3-5 экстрасистолалар)

5 синф - эрта R тишча Т тишчани устидаги

экстрасистолалар

**Суправентрикуляр пароксизмал** тахикардиялар эктопик комплекс ва ритмларга киради ва уларга хос белгилар: QRS комплекс нормал, ўзгармаган синусликга ўхшаб кетади; RR оралиқлар қисқарган ва бир хил. Асосий ўзгаришлар эктопик ўчоқни жойлашишига боғлиқ, ўзгаришлар Р тишчада кузатилади; Тўсатдан бошланади ва тўсатдан синусли ритм тикланади;Юрак уриш сони 1 дақикада 140-160 дан 200 гача ва ундан кўп.

**Қоринчалар пароксизмал тахикардиясига** хос белгилар: QRS комплекслар кенгайган,

деформацияланган, RR оралиқлар қисқарган ва бир хил, ST оралиқлар ва Т тишча асосий тишчага дискордант, Р тишча кузатилмайди, тўсатдан тахикардия бошланади ва тўсатдан

синусли ритм тикланади,ЮУС 1 дақиқада 140-160 дан 200ва ундан кўп.

**Хилпилловчи аритмия (бўлмачалар фибрилляцияси)** кўпгина касалликларни асорати хисобланади, Масалан, ЮИК, кардиосклероз, орттирилган ва туғма юрак нуқсонлари, айниқса митрал қопқон стенози, тиреотоксикоз. Хилпилловчи аритмияга хос белгилар: ЭКГда Р тишча кузатилмайди, унинг ўрнига гумбазсимон, хар хил шаклдаги f тўлқинлар

кузатилади, RR ораликлар хар хил, f тўлқинлар яхшироқ2, 3 стандарт, V1 ва V2 тармоқларда кўринади, қоринчалар қисқариш сонига қараб тахи, нормо ва брадисистолик турларига бўлинади. Хилпилловчи аритмиянинг асорати бу инсульт ва тромбоэмболик асоратлар. Бўлмачалар фибрилляциясини доимий, пароксизмал тури мавжуд.

**Булмачалар титраши** букўпгина юрак касалликларни асорати бўлиб унга хос ЭКГ белгилар: Р тишча бўлмайди, унинг ўрнига, аррасимон, F тўлқинлар кузатилади, QRS нормал, узгармаган булиши мумкин, F тўлқинлар яхшироқ 2, 3 стандарт,V1 ва V2 тармоқларда кўринади, тўғри турида RR оралиқлар бир хил, нотўғри турида RR оралиқлар хар хил бўлади, қоринчалар қисқариш сонига қараб: тахи, нормо ва брадисистолик бўлинади, давомийлигига караб: пароксизмал ва доимийга булинади.

**Қоринчалар хилпиллаши (фибриляцияси)** ўткир холат хисобланади ва кўпинча ЮИК. Ўткир миокард инфарктини асорати хисобланади ва терминал ритмлар таркибига киради, клиникада клиник ўлим белгилари билан кечади (АҚБ ва пульс аниқланмайди ва х.к.). ЭКГда қоринчалар қисқариш сони 150 дан 500 гача, ва ундан кўп; QRS комплексни тишчаларини бир биридан фарқлаб бўлмайди, улар ўрнига синусоидал тўлқинлар

кузатилади, пастроқ амплитудали, бир бирига ўхшамаган, оралиқлар хар хил.

**Ўтказувчанликни бузилишлари** - блокадалар (қамаллар)га киради:

* Синоаурикуляр блокадалари (СА)
* Бўлмача ичи блокадалари
* Атриовентрикуляр блокадалар (АВ)
* Гис тутами оёқчалари блокадалари
* Муддатдан олдин қоринчалар қисқариш синдроми

**Синоаурикуляр блокадалари (СА)** учта даражага бўлинади, 1 ва 2 даражаси - нотўлиқ,

3 даражаси тўлиқ хисобланади. 1 даражасини ЭКГда аниқлаб бўлмайди. 2 даражасида вақти-вақти билан 1, 2, 3 PQRST тушиб қолади, RR 2,3,4 баравар яқин кенгаяди, клиникада МАС кузатилиши мумкин.  
**Атриовентрикуляр блокадалар (АВ)** учта даражага бўлинади, 1 ва 2 даражаси - нотўлиқ, 3 даражаси тўлиқ хисобланади. 1 даражасида PQ 0,18-0,2 сек. кенг, бир хил,Р тишчадан кейин QRST тушиб қолмайди; 2 даражасида вақти-вақти билан Р тишчадан

кейин 1,2, 3 QRST ритмик ёки норитмик тушиб қолади. Клиникада МАСС кузатилиши

мумкин. 3 даражада бўлмачалар ва қоринчалар алохида узини ритмида қисқаради. ЭКГда RR оралиқлари бир хил, РР оралиқлар бир хил, QRS нормал ёки кенгайган.  
Муддатдан илгари қоринчалар қисқариш синдроми **(WPW cиндроми)** туғма синдром бўлиб кўпинча илк бор пароксизмал тахикардия пайдо бўлганда аниқланади. Унга хос белгилар бу бўлмачалар ва қоринчалар ўртасида қўшимча аномал ўтказиш йўллари мавжуд бўлади (Кент ўтказиш йўли). ЭКГда PQ оралиқ 0,11 сек. қисқа, QRS кенгайган 0,12 сек. кенг, QRS бошланғич қисмида қўшимча дельта тўлқин кузатилади, ST оралиқ ва Т тишча асосий тишчага дискордант бўлади (доимий эмас).

Юқорида кўрсатиб ўтилган аритмияларни даволашда хозирги кунда **V.WILLIAMS, 1970; 1972; D.HARRISON, 1985. Антиаритмик дори воситалар классификациясидан** фойдаланамиз.

|  |  |
| --- | --- |
| Класс IA: умеренный эффект на проводимость и реполяризацию; увеличение продолжительности ПД; отрицательный инотропный эффект; уширение комплекса QRS; умеренное влияние на фазу О и ЭРП | Хинидин  Прокаинамид  Дизопирамид |
| Класс IB: максимальный эффект на проводимость и реполяризацию; уменьшение продолжительности ПД; неизмененные интервалы QT/QRS; отрицательный инотропный эффект; минимальный эффект на фазу О и ЭРП | Лидокаин  Мексилетин  Токаинид  Дифенин |
| Класс IC: выраженное замедление проводимости; неизмененный ПД; слабый отрицательный инотропный эффект; уширение комплекса QRS и неизмененный интервал QT; минимальный эффект на ЭПР | Флекаинид  Энкаинид  Пропафенон |
| Класс II: блокада бета-адренергических рецепторов: торможение симпатической активности; уменьшение интервала QТ | Пропранолол  Эсмолол |
| Класс III: удлинение реполяризации:  увеличение продолжительности ПД и интервала QT | Амиодарон  Соталол |
| Класс III: удлинение реполяризации:  увеличение продолжительности ПД и интервала QT | Амиодарон  Соталол |
| Класс IV: Блокада кальциевых каналов | Верапамил  Дилтиазем |

Қуйидаги классификацияга асосланиб аритмиялар трансмембран потенциални фазаларига таъсири бўйича таъсир этади. Масалан, натрий ионларини тез кириши, яъни деполяризацияга таъсир қилувчи дори воситалар, хлор ва кальций ионларини киришига таъсир этувчи, яъни тез реполяризация фазасига таъсир қилувчи ва калий каналларига таъсир қилувчи, яъни секин реполяризация фазасига таъсир этувчи дори воситалар.

Масалан, СИНУСЛИ АРИТМИЯ ДАВОСИ бу - Физиологик, нафас аритмиясида даво ўтказилмайди, Патологик, синусли аритмияда асосий касаллик давоси, Тахиаритмияда бетта-блокаторлар, кальций антагонистлари, брадиаритмияда холинолитиклар, симпатомиметиклар.

Пассив эктопик ритмлар давоси: Брадикардия бўлса - холинолитик, бетта - адреностимуляторлар, кардиостмуляция тавсия қилинади, сунъий ритм бошкарувчисини ўрнатиш, МАС синдромини давоси.

Экстрасистолиялар давоси қуйидагиларни ўз ичига олади: Седатив ва транквилизаторлар, Калий дори воситалари, функционал экстрасистолияда –атропин, бел-ладонна,бетта-адреноблокаторлар.Органик суправентрикуляр – бетта-адреноблокаторлар,кальций антагонистлари, юрак гликозидлари, хинидин.Органик қоринчалар ЭС – новокаинамид, лидокаин, этмозин, дифенин, кордарон.

Пароксизмал тахикардия давоси - Суправентрикуляр ПТ –рефлектор таъсир медикаментоз (АТФ,верапамил, новокаинамид, кордарон, этацизин, анаприллин, юрак гликозидлари, электрик дефибриляция, ЭКС, сунъий ритм бошқарувчиси). Қоринчалар ПТ –номедикаментоз, верапамил, АТФ фойда бермайди, юрак гликозидлари мумкин эмас, қолган даво бир хил.

Бўлмачалар титраши ва хилпиллаши давоси: Пароксизмал турларининг давоси суправентрикуляр ПТ давоси билан бир хил; Электрик дефибрилляция; Доимий турида антиаритмик дори воситалар перорал хам тавсия қилинади (бетта-адреноблокаторлар, кордарон, новокаинамид, калий дори воситалар ва х.к.).

Қоринчалар титраши ва фибрилляцияси давоси: Дефибрилляция+ Сунъий нафас+ Юрак билвосита массажи+ Атропин, платифиллин, бетта-адреностимуляторлар тавсия қилинади.

Блокадалар давоси: Брадикардия ва МАС синдроми кузатилса сунъий ритм бошқарувчисини ўрнатиш, атропин, платифиллин, бетта-адреностимуляторлар, глюкокортикостероидлар тавсия қилинади.

СИНУС ТУГУНИНИНГ ТУХТАШИНИ ДАВОСИ - Асосий касаллик давоси+ Фаол метаболик терапия+ Холинолитик ва бетта-адреностимуляторлар+ МАС синдромининг давоси, агар ёрдам бермаса режали равишда Сунъий ритм бошқарувчисини ўрнатиш ёки электрокардиостимуляция.

Тўсатдан ўлим - бу ўлим ўткир симптомлар бошлангандан сўнг бир соат ичида юз бериб, ундан олдин яхши холатда юрган ва бошқа касалликлар белгилари бўлмаган кишилардаги холат.

Тўсатдан ўлим хавф омиллари қуйидагича:

* Анамнезда тусатдан улим
* Пароксизмал коринчалар экстрасистолияси
* Утказилган УМИ
* ГКМП, ДКМП
* Чап коринча гипертрофияси
* QT интервалнинг узайиши
* Юрак етишмовчилиги
* Сабабидан каттий назар ФВ камайиши

Аритмия ва блокадалар профилактикаси

Бирламчи: хавф омилларини эрта аниқлаш ва организмга таъсирини камайтириш

Иккиламчи: аҳоли скринингини ўтказиш ва ҚВПда, уй шароитида ҳамма беморларни ЭКГсини мунтазам кузатиб бориш, АҚБни эрта аниқлаш ва даволаш

Учламчи: Ариитмия ва блокадали беморларни клиник кузатув (йилига 2 марта), ЭКГ, пульс, суткалик мониторолашни назорат қилиш ва даво самарадорлиги назорати.

Аритмия ва блокадаларни бирламчи профилактикаси – юрак қон томир касалликлар профилактикаси:

Соғлом турмуш тарзи:

Тана вазнини камайтириш

Алкогол қабул қилишни камайтириш

Жисмоний машқлар

Ош тузи миқдорини чеклаш

Рационда мева ва сабзавотларни кўпайтириш, тўйинган ёғларни камайтириш

Чекишни ташлаш

Ариитмия ва блокадаларни иккиламчи профилактикаси:

ЭКГ, пульсни назорат қилиш

Хавф омилларини бартараф қилиш

Соғлом турмуш тарзига риоя қилишни ва адекват антиаритмик давони назорат қилиш

Аритмия ва блокадаларни учламчи профилактикаси:

ЭКГ, холтерлик суткалик ЭКГда бемор ахволини доимий назорат қилиш

Антиаритмик даво

Диспансер назорат, зарур бўлганида стационарда хирургик даволаш (кардиостимуляция, электроимпульс терапия, кардиостимулятор қўйиш, кардиовертер дефибриллятор)

**Диспансер кузатуви**

Йилига 2-4 марта;

Кардиолог, офтальмолог, невропатолог – йилига 1 марта, кўрсатмаларга кура –эндокринолог кўриги. Холтер мониторинг мутахассисда.

Умумий сийдик анализи йилига 2-4 марта, креатинин, ХС, кўз туби, ЭКГ, кўкрак кафаси рентгени (кўрсатмаларга кўра) –йилига 1 марта

**Қўлланилган адабиетлар:**

1.Беркоу Р., Флетчер Э. Руководство по медицине. Диагностика и терапия.- 1997. Том I.- 1045С.

2.Аритмии сердца. Основы электрофизиологии, диагностика, лечение и современные рекомендации. Под редакцией акад. В.С. Моисеева, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.

3. Курбанов Р.Д. Руководство по клинической кардиологии, Тошкент, “Тиб-китоб”, 2007 г

4. Control of Cardiac Rhythm E.M. VaughanWilliams 1998

5. Рациональная фармакотерапия сердечно-сосудистых заболеваний. Под. редакцией Е.И.Чазова, Ю.Н. Беленкова. -М. 2005. -971С.

6. Общая врачебная практика. Руководство. Назиров Ф.Г., Гадаев А.Г. Тошкент 2005.

7. Комаров Ф.И. Руководство по внутренним болезням для враче общей практики от симптоме – к синдрому – к диагнозу и лечению. Москва

Издательство медицинское информационное агентство 2007 г.

8. Окороков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов Москва 2007г.

9. Guidelines of cardiovascular disease, ESE, 2011

10. Электрокардиография. Мурашко В.В., Струтынский А.В., Москва., 1998.

11. Национальные рекомендации Всероссийского национального общества кардиологов по ведению и лечению кардиологических больных, Москва , 2008г.

12. Виноградов А.В. Дифференциальный диагноз внутренних болезней, Москва, 1997

**ЮРАК СОҲАСИДАГИ ШОВҚИНЛАР ВА КАРДИОМЕГАЛИЯНИ ТИББИЙ АМАЛИЁТИДА ДИФФЕРЕНЦИАЛ ТАШҲИСЛАШ**

**Т.ф.д., доцент Нуриллаева Н.М.**

**Машғулот мақсади**: Алгоритмларга мос равишда юрак чўққисида функционал ва органик шовқинлар эшитиладиган беморларни эрта муддатда ташхис қўйиш усулларини, қиёсий ташхис, оптимал даво тактикасини бирламчи тизимда танлашга ўргатиш.

**Вазифалар**:

1. Юрак чўққисидаги функционал ва органик шовқинлар ажрата билиш ва тегишли тактика курсатиш

2. Кардиомегалия ва шовкинлари билан кечувчи касалликларнинг киесий ташхиси

3. Даволаш стандартларига кура мутахассис маслаҳатига юборишга кўрсатмалар

4. Юрак тугма ва ортиррилган нуксоналрни олдини олиш

**Таянч сузлар:** кардиомегалия, юрак шокинлари, лаборатор-инструментал диагностика, даволаш, профилактика

**Соғлом одамда аускультацияда иккита тон эшитилади**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Функицонал шовкинлар**. Кўпинча систолик бўлади ва юрак чўққисида яхши эшитилади, хусусиятига кўра улар қисқа ва доимий эмас. Улар бўйин томирларига узатилмайди, яъни тарқалмайди; жисмоний зўриқишда кучсизланади ёки йўқолади. Айрим ўсмирларда тез ўсиш даврида систолик шовқин эшитилади.

**Перикард ишқаланиш шовқини.** У юрак қисқаришлари билан боғлиқ бўлмаган ҳолда аниқланади, доимий эмас. Хусусиятларига кўра у шитирлаш ёки юмшоқ қорда юриб кетаётганда пайдо бўладиган товушни эслатади.

Куруқ перикардитдафонендоскопни кўкрак қафасига босилганда одатда систолага узатилувчи перикардни ишқаланиш шовқини билан кечувчи қўпол систолик шовқин эшитилади. У бўйин томирларига узатилмайди ва соч ишқалангандаги шовқинни эслатади   
перикардит бирор-бир касалликнинг клиник белгиси ёхуд асоратидир   
тўғри ташҳис қўйишда шовқин мавжудлиги ва асосий клиник кўрсаткичлардан ташқари экг дигностика аҳамиятга эга. Шовқинни жойлашуви (эпицентр)ини аниклаштириш учун барча эшитилиш нуқталаридан фойдаланган ҳолда энг яхши эшитиладиган жойни аниқлангунгча фонендоскопни секин-асталик билан силжитиш зарур.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |

Тўғри проекцияда юракнинг чап ва ўнг чегарасини рентгенографик манзараси. *Юракнинг ўнг чегараси: А*- юқори ғовак томир; *Б*- ўнг бўлмача. *Юракнинг чап чегараси: А*- аорта равоғини шишиши; *Б*- ўпка артерияси; *В*- чап бўлмача; *Г*- чап қоринча.

***Систолик шовқин*** мавжуд бўлганда беморда ревматизмнинг анамнестик ва объектив кўрсаткичлари, шунингдек экг ва эхокгда чап қоринча гипертрофияси белгилари бўлмаса бу шовқин ***функционал*** бўлиб, тембри бўйича юмшоқ ва товушсиздир**.** ● беморда чўққида ***систолик шовқин*** мавжуд бўлганда юрак уриб кетиши кузатилса, жисмоний зўриқишда ёки тинч ҳолатда ҳансираш ва ҳаво етишмовчилиги кузатилса ва чапга силжиган ва тарқалган чўққи турткиси объектив равишда қайд этилса бу ***митрал етишмовчилик*** белгилари.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

Аорта қопқоқчалари етишмовчилиги. Боткин – Эрб нуқтаси ва кўксдан ўнгда II қовурға оралиғида диастолик шовқин. Баъзан Флинтнинг пресистолик шовқини митрал қопқоқчанинг нисбий етишмовчилиги туфайли чўққида систолик шовқин чўққида I тоннинг, аортада II тоннинг кучсизланиши ва йирик томирларда Дюрозье иккиланган тонининг мавжудлиги. Йирик томирлар пульсацияси, юқори турткини кўтарувчи капилляр пульс, юрак чегараларининг пастга ва чапга силжиши. Систолик АҚБошган, диастолик паст, шунга мутаносиб равишда баланд пульс босими.ЭКГда чап қоринча гипертрофияси ва уни ортиқча босим остида ишлаши, рентгенографик жиҳатдан юракнинг аортал конфигурацияси, юракнинг чап бўлимларини катталашуви, аортанинг кўтарилувчи қисмини катталашуви.

**Аортал стеноз**. Ўнгда кўкс олдида Боткин-Эрб нуқтаси устида, уйқу артерия-лари, кураклар орасидаги соҳага ва бўйин чаноқла-рига қўпол ўтказилувчи II-III қовурғалараро систолик шовқин. Аортада II тоннинг кучсизланиши.

**Юракниг туғма нуқсонлари бир неча турларга бўлинади**:

Ўпкада қон айланиши ўзгармаган нуқсонлар: Юрак жойлашуви аномалиялари, аорта равоғи аномалиялари, унинг катта ёшдагилар типидаги коарктацияси, аорта стенози, аортал қопқоқча атрезияси; ўпка ўзани қопқоқчаси етишмовчилиги; митрал стеноз, қопқоқча атрезияси ва етишмовчилиги; уч бўлмачали юрак, юрак қон томирлари ўтказувчанлик нуқсонлари

**Кичик қон айланиш доираси гиперволемияси нуқсонлари:** 1 ) Цианоз билан кечмайдиган – очиқ артериал оқим, бўмачалараро ва қоринчалараро тўсиқлар кемтиклари, Лютамбаше синдроми, аортоўпка оқма яраси, аортанинг болалар шаклидаги коарктацияси;

2) цианоз билан кечувчи – қоринчалараро тўсиқн-инг катта кемтики билан кечувчи трикуспидал атрезия, яққол намоён бўлган гипертензия ва қон ўпка ўзанидан аортага оқувчи очиқ артериал оқим.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Юракнинг туғма нуқсони – очиқ артериал оқим. ЧапдаII –III қовурғалар орасида: *систолик* ва *диастолик* шовқинлар эшитилади. ЭКГда чап қоринча гипертрофияси белгилари. Рентгенда юракнинг митрал конфигурацияси, чап ва ўнг қоринчалар катталашуви, ўнг бўлмача катталашуви, аорта кенгайиши, ўпка артерияси чап ўзанининг узайиши, унинг шишиб туриши ва кучли пульсацияси

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Иккиламчи профилактика. Юрак нуқсонининг нохуш ривожланиши профилактикаси: нуқсонни ўз вақтида аниқлаш, зарур парваришлаш ва нуқсонни энг мақбул коррекциялаш усулини аниқлаш (туғма нуқсонда жарроҳлик йўли билан).

Учламчи профилактика.Жарроҳлик амалиётлари (юракнинг орттирилган нуқсонлари). Юракнинг туғма нуқсонлари профилактикаси (бактериал эндокардит).

Адабиет

1. Дземешкевич С.Л., Стивенсон Л.У. Болезни митрального клапана. - М.: ГЭОТАР-
2. Медиа, 2000. - 288 с.
3. Дземешкевич С.Л., Стивенсон Л.У., Алекси-Месхишвили В.В. Болезни аортального клапана. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2004.
4. Дземешкевич С.Л., Панченко Е.П. Антикоагулянтная терапия у пациентов с клапанными пороками сердца // Русский медицинский журнал. - 2001. - Т. 9. - № 10 - С. 427-429.
5. Беленков Ю.Н., Мареев В.Ю., Агеев Ф.Т. Хроническая сердечная недостаточность. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 424 с.
6. Интернет сайтлари

**Иситмалашни қиёсий ташхислаш ва унда умумий амалиёт врачи тактикаси**

**Кафедра мудири: т.ф.д. Нуриллаева Н.М.**

**Мақсад:** Турли касалликлар сабабли келиб чикадиган иситма синдромида уз вактида ташхислаш ва таккослама ташхислашни УАШ га ургатиш ва соғлиқни сақлашни бирламчи бугинида беморни олиб боришни ўргатиш.

**Вазифалар:**

1. УАШ га номаълум этиологияли иситма характери, турлари ва иситмада текширув режаси ташҳислашни ўргатиш

2.УАШ га иситма билан кечадиган касалликларни ташҳислаш ва диференциал ташҳисни ўтказишни ўргатиш .

3.УАШ ни ҚВП (ШШП) ёки махсус касалхоналарда даволанишга муҳтож иситма билан кечувчи инфекцион ва ноинфекцион касалликлар рўйхати билан таништириш.

4.УАШ квалификацион характеристикаси доирасида олиб бориш услуби саволларини муҳокама қилиш. Даволаш тамойиллари (номедикаментоз ва медикаментоз).

5.ҚВП ва ОП шароитларида беморларни диспансер кузатуви ва мониторинг олиб бориш тамойиллари. Иситма билан кечадиган касалликларда бирламчи,иккиламчи,учламчи профилактика принциплари.

**Таянч сузлар**: иситма, этиология, турлари, УАШ тактика, профилактика

Иситмалаш – тана ҳароратининг меъёридан юқори кўтарилиши ҳисобланиб айрим ҳолларда касалликнинг ягона белгиси сифатида намоён бўлади. Тана ҳароратининг меъёрий кўрсаткичлари:оғиз бўшлиғида 36,0дан 37,3 гача (ўртача 36,8 С); тўғри ичакда 37,7 С.

Тана ҳарорати кун давомида 1 С га ўзгариб туради ва эрталаб одатда кечга нисбатан пастроқ бўлади. Юқори тана ҳарорати аксарият холларда куннинг иккинчи ярмида кузатилади . Давомилигига кўра иситмалаш: қисқа ( 4 кундан кам), ўртача (4-14 кун), узоқ муддат (14 кундан кўп) кечувчи турлари фарқланади.

Давомийлик муддатидан ташқари тана ҳароратининг кўтариш даражасига қараб иситмалашни: субфебрил (37-37.9 С), фебрел (38-39.9 С), ва гектик (40 -40.9 С) кечиши фарқланади. Айрим беморларда гипертермия яъни ўта юқори иситмалаш (41 Сдан юқори) кузатилиб бу холат иссиқ ҳароратда узоқ қолганда, ёмон сифатли ўсмаларда, баъзи инфекцияларда, геморрагик инсульт оқибатида гипоталамус зарарланганда учрайди

Иситмалаш муддати ва унинг даражаси бир неча кун давомида тана ҳароратини қайд этиш варақасида белгилаб борилса маълум эгри чизиқлар хосил бўлади ва уларнинг тахлили асосида айрим холларда шифокор тахминий ташхисий хулосалар чиқариши мумкин

**Иситмалаш турлари**

* **Уч ва турт кунлик танаффусдан кейинги иситмалаш** безгак касаллигига хос бўлиб тана ҳарорати ҳар уч ёки тўрт кундан кейин кўтарилиб туради.
* **Тўлқинсимон иситмалашда** тана ҳароратини секинлик билан жуда юқори даражагача кўтарилиб, бир неча кун сақланиб тургандан сўнг қандай кўтарилган бўлса шу холатда меъёригача тушиши ҳамда маълум вақтдан кейин ушбу жараённинг яна қайта такрорланиши кузатилади. Иситмалашнинг бу тури сурункали бруцеллез ва лимфогранулематоз касалликларида учрайди.
* **Доимий иситмалашда** (1 расм в)тана ҳарорати кўрсаткичи юқори бўлиб унинг меъёридан юқорига тебраниш даражаси кун давомида 1С дан ошмайди. Бу турдаги иситмалаш одатда вирусли инфекцияларда (масалан гриппда) кузатилади
* **Ремиттирловчи иситмалашда** (1 расм г)кун давомида тана ҳароратининг меъёридан юқо-рига тебраниш даражаси 1 Сдан юқори, лекин 2 Сдан ошмайди.
* Бу кўринишдаги иситмалаш йирингли инфекция (тоз абсцесси, ўт пуфаги эмпиемаси, ярали инфекция ва бошқалар) ҳамда хавфли ўсмаларда учрайди
* **Тебранувчииситмалашда** тана ҳароратини кун мобайнида меъёридан юқорига тебраниш даражаси 1Сдан кўп ва унда минимал кунлик кўрсаткичи 37Сдан юқори бўлиб, цитомега-ловирусли, мононуклеозли ва йирингли инфекцияларда (масалан, холангитда) учрайди
* **Қайталовчи иситмалашда** тана ҳароратини тўсатдан юқорига кўтарилиб (иситмалаш даври) бир неча кун давомида сақланиши ва ундан сўнг шундай тезликда меъёригача тушиб маълум муддат шу холатда туриши (иситмасиз давр) ҳамда ушбу жараённи қайта-қайта такрорланиши хосдир. Иситмалаш эгри чизиғининг бундай
* **Ҳолсизлантирувчи ёки гектик иситмалашда**  тана ҳароратининг меъёридан юқоридаги кунлик тебраниш даражаси 3-5С ташкил этади. Бундай иситмалаш сил ва сепсис касалликларида учрайди.
* **Ўзгарган шаклдаги иситмалашда э**рталабки тана ҳароратининг кечкига нисбатан юқори бўлиши кузатилади (соғлом одамларда тана ҳарорати эрталаб кечкига нисбатан пастроқ бўлади). Бу турдаги иситмалаш сил, сепсис ва ёмон сифатли ўсмаларда бўлиши мумкин.
* **Нотўғри иситмалаш** тана ҳароратининг кеча кундуз кўтарилишидаги мутоносибликнинг йўқолиши билан характерланади. Бундай турдаги иситмалаш менингит, грипп ва бошқа касалликлар учун хосдир

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Тана ҳарорати меъёридан кўтарилган бемор УАВга мурожаат этганда у синчковлик билан шикоятларни сўраб суриштириши, анамнез йиғиши (шу жумладан эпидемиологик анамнез) ва беморни объектив кўрикдан ўтказиши лозим. Зарурат бўлганда анамнез йиғиш ва бемор кўригини бир неча бор ўтказиш зарур, чунки иситмалаш билан кечувчи касалликларнинг баъзи белгилари кейинроқ пайдо бўлиши мумкин.

Асосий лаборатор ва асбобий текширувлар:

- умумий қон тахлили (гемоглобин, ранг кўрсаткич, лейкоцитлар, ЭЧТ);

- сийдик тахлили (умумий тахлил ва уни экиш);

- қон биокиёвий тахлили;

- қонни экиш;

- кўкрак қафаси ва бурун бўшлиқлари рентгенографияси;

- аҳлатни микроскопик текшириш ва экиш;

- балғам тахлили (агар бўлса);

- қорин тифи, юқумли мононуклеоз, бруцеллез, цитомегаловирусли инфекция, токсоплазмоз ва заҳмни ташхислашдаги ўтказиладиган махсус текширувлар

* ОИТС антителасига қон тахлили;
* иммуннологик бузилишларни аниқлаш учун ўтказилиши лозим бўлган текширишлар (ревматизм, системали қизил волчанка [СҚВ]ва бошқалар);
* туберкулинли синама;
* ошқозон ичак тизимини рентгеноконтраст текширув;
* ультра товуш текшируви
* ҳосиладан пункция қилиб олинган материални цитологиктекшириш;
* лапароскопия;
* биопсия, масалан катталашган лимфа тугундан, тери, жигар, суяк кўмигидан гистологик текшириш учун.

***Инфекция-*тана ҳароратининг кўтарилишига бактериал, вирусли риккетсиозли, паразитар касалликлар олиб келиши мумкин**

1. **Қалтираш (ваража) -** одатда тўсатдан пайдо бўлувчи иситмалаш қалтираш билан кечади: зотилжам, йирингли инфекция; бактеремия; сепсис, лимфогранулематоз, ўткир лейкоз; пиелонефрит, безгак, бруцеллез.

**2. Тери тошмалари:** қизамиқ, қизилча, сув чечак, баъзи стафилококли инфекциялар, қорин тифи, паратиф, токсоплазмоз, экссудатив эритема, дори воситалари таъсирадаги иситмалаш, Стивенс-Жонсон, Лайелла синдромлари, ревматизм, ревматоидли артрит, СҚВ,

**3. Лимфа тугунлари катталашиши:** бурун- томоқ ва оғиз бўшлиғи йўллари яллиғланиши (тананинг юқори қисмидаги лимфа тугунлар катталашиши кузатилади- бўйин, жағ ости, қўлтиқ таги, билак). Бундан ташқари бутун тана лимфа тугунларининг катталашиши (сарамас, йирингли лимфаденит, лимфогранулематоз, дифтерия;

**4. Танглай, ҳалқум ва оғиз бўшлиғи яллиғланиши**: ўткир фарингит, ангина, сурункали тонзиллитнинг қайталаниш даври, бўғма

**5.Йўтал:** грипп, аденовирусли инфекция

**6.Терлаш:** – организмдан иссиқликни чиқариш йўлларидан бири. Иситма тушиши билан кўп терлаш кузатилади; унинг кўтариши билан тери одатда иссиқ ва қуруқ бўлади.

**7. Юқоридагилардан ташқари иситамалашнинг қўйидаги умумий белгилари мавжуд**: касалликнинг ўткир бошланиши, бош оғриши, дармонсизлик, артралгия, миалгия, баъзан кўнгил айниши, қайт қилиш, диарея, гепатоспленомегалия, дизурия ва бошқалар.

***Бактериал инфекцияли иситмалашда***тана ҳарорати юқори кўтарилиши асосан кечки вақтга тўғри келади. Қайта қалтираш, кучли терлаш, умумий қон тахлилида – лейкоцитоз, таёқча ядроли чапга силжиган нейтрофилез, ЭЧТнинг ошиши, токсик донодор нейтрофиллар бўлиши мумкин. Шунингдек баъзан бемор лабларида герпес кузатилади.

***Вирусли инфекцияли иситмалашда*** эпидемиологик анамнезни аниқлаштириш муҳим аҳамиятга эга. Улар кўпича бурун-халқум яллиғланиш белгилари ва теридаги тошмалар билан бирга кечади. Кам ҳолатларда эса қалтираш ҳам кузатилади ва уларда умумий интоксикация белгилари устун туради. Умумий қон тахлилида лейкопения, нейтропения хисобига чапга силжиш аммо ЭЧТ сезиларли ўзгармайди.

***Паразитар инфекцияли иситмалаш*** ўзига хос клиник белгилар билан кечиб, уларни ташхислашда ҳар бир тур учун махсус ташхисий услублар қўлланилади

**УАШ тактика**. Беморни юқумли касалликлар шифохонасига (бўлимига) ётқизиш. Даволашнинг муҳим тадбирларидан бири бу беморларга тўғри парваришни ва ётоқ режимини ташкиллаштиришдан иборат. Ўтиришга беморларга тана ҳароратининг меъёрлашганининг 7-8 кунлари, юришга эса 10-11 кунлари рухсат берилади. Уларнинг териси ва оғиз бўшлиғини тозалаб яхши парвариш қилиш талаб қилинади. Ич келиш равонлигини кузатиш, шифокор рухсатисиз тозаловчи хукналар қилиш ман қилинади. Енгил хазм бўлувчи ва юмшоқ таомлар тавсия қилиниб, бемор соғайиб борган сари у кенгайтирилиб борилади. Юқори ва ўзоқ давом этувчи тана ҳарорати (39-40 С), лимфоаденопатия, жигар, талоқ ва мояк катталашиши, ҳаракат таянч тизими зарарланиши, асаб тизимининг неврит, полиневрит ва радикулат шаклида яллиғланиши, қон тахлилида: нисбий лимфоцитоз билан лейкопения, ЭЧТнинг меъёрида бўлиши ёки бироз ошиши бруцеллез касаллигига хосдир. Ушбу касалликка шубҳа бўлганда УАВ беморни юқумли касалликлар шифохонасига (бўлимига) ётқизиши лозим. Касалликни олдини олиш учун ҳайвонларни режали равишда мунтазам ветеринария кўригидан ўтказиш ва аҳоли ўртасида санитария- оқартув ишлари олиб бориш керак.

**Узоқ тўхтовсиз давом этувчи гипертермиянинг сабабларидан бири сепсис ҳисобланади. Иситмалашнинг сепсисга хос турлари: гектик, кам ҳолларда доимий, ремиттирловчи ёки тўлқинсимондир.** Сепсисга хос бўлган белгилардан бири бирламчи ўчоқ мавжудлиги ва (ҳар доим ҳам аниқлашнинг имкони йўқ) ундан қўғатувчининг қонга ўтиши ҳамда зарарланган фагоцитларда ривожланиши (септицемия). Сўнгра иккиламчи йирингли ўчоқ шаклланади (септикопиемия). Аксарият ҳолларда септик ўчоқлар эндокарда жойлашади (юрак қопқоқларида, эндокард деворида, катта томирларнинг эндотелиясида - септик эндокардит). Сепсисдан ўлим кўрсаткичлари юқори, шунинг учун ҳам унга шубҳа бўлган ҳолларда зудлик билан беморларни шифохонага ётқизиш лозим.

ОИТС зўрайиб борувчи антропаноз инфекция хисобланиб, гемоперкутан йўл билан юқади ва иммун дифецит ҳолатини чақириб оппортунист инфекцияси, ёмон сифатли ўсма ва ауто-иммун касалликларига хос клиник кўриниш билан намоён бўлади.

I. Яширин босқич.

Яширин босқич 2 ҳафтадан - 2 ойгача давом этиб, беморда клиник белгилар кузатилмайди.

II. Касалликнинг клиник намоён бўлиш босқичи.

Ушбу босқич “ўткир иситмалаш, симптомсиз ва зўрайиб борувчи тарқоқ лимфааденопатия даврларига бўлинади.

III.Иккиламчи касалликлар босқичи.

Касалликнинг клиник намоён бўлиш босқичининг ўткир иситмалаш даври 96% беморларда тана ҳароратининг кўтарилиши кузатилиб, ўткир ретровирусли синдром, инфекцияли мононуклеоз, грипп ва экзантемани эслатувчи белгилар билан кечади.

Даволаш юқори фаолликдаги антиретровирус терапияси BAAPT(highlyactiveantiretroviraltherapy) ОИТС инфекциясининг таббий зўрайиб боришини камайтиради. Хозирда уни даволашнинг самарали усулларини ишлаб чиқиш борасида малекуляр биология ва ген мухандислиги даражасида илмий изланишлар олиб борилмоқда.

Тана ҳарорати кўтаришилининг (39 - 40 С) ўткир бошланиши, қалтираш, пешона ва кўз соққаси соҳасида оғриқ, ёруғлиқдан қўрқиш хисси, кўздан ёш оқиши, тана мушакларининг қақшаб оғриши кўпроқ гриппга хос. Одатда иситмалаш ушбу касалликда 2-4 кундан кўп давом этмайди. Мабода унинг давомийлиги 5 кундан ортиқ бўлса касалликнинг асорати тўғрисида ўйлаш лозим. Трахеит, ринит, фарингит, ларингитларнинг мавжудлиги грипп учун характерли ўзгаришлар ҳисобланади

Узоқ муддатли иситмалаш 15-20% ҳолларда чегараланган ўчоқли яллиғланиш оқибатида пайдо бўлади. Беморда йирингли жараён ўчоғи аниқланса иситмалаш сабабини ташхислаш қийинчилик туғдирмайди. Лекин айрим холларда йирингли ўчоқни топишни имкони бўлмасада(паранефрит, диафрагма ҳамда жигар ости абсцесси ва бошқалар) реммитирловчи иситмалаш ва йирингли жараёнга хос бўлган лейкоцитозни мавжудлиги уни борлигидан далолат беради.

Иситмалаш юрак қон-томир тизими (юрак аневризмаси, тромбофлебит), кўкрак қафаси (ўпка абсцесси ва гангренаси, йирингли бронхоэктазлар, плевра эмпиемаси) қорин бўшлиғи (бактериал перитонит, вирусли гепатит, ўткир ва сурункали холецистит, жигар, жигар ости, диафрагма ҳамда тоз соҳаси абсцесслари), сийдик чиқариш йўллари (ўткир ва сурункали пиелонефрит, апостематоз нефрит, буйрак карбункули ва сили, паранефрит) касалликларида, простатитларда, тери, тери ости ёғ ва суяк тўқимасининг инфекцияларида (инъекция кейин хосил бўлган инфильтратлар, абсцесслар ҳамда флегмонлар), ётоқ яралари, тиш ва жағ инфекциясида (жағ остеомиелитлари) ҳам сабаб бўлади.

**Лямбилиоз**

* Унинг ичак, гепатобилиар ва аралаш шаклларида субфебрил иситмалаш кузатилади ва ривожланишида қуйидаги асосий патогенитик бўғинлар фарқланади.
* лямбилялар таъсирида ичак ва ўт йўлларининг жароҳатланиши.
* 12 бармоқли ва ингичка ичак, ўт йўллари ҳамда жигарнинг шиллиқ қаватида атрофия ва микроабцесслар пайдо бўлиши
* ичаклар микробиозининг ўзгариши
* малъабсорбция жараёнининг ривожланиши
* турғун дискенизия
* микроблар ўлими натижасида ичакда дисметоболитик махсулотлар тўпланиши..
* тилни оқ караш билан қопланиши
* метеоризм ва ичакларни ғулдираши
* пилодуоденал ва мезогипогасрал соҳада оғриқ
* жигар катталашиши
* Ортнер-Греков ва Мюсси-Георгиевский синдромларининг аниқланиши (1/3 қисм беморларда)
* Асаб тизимида астенизация, ЮКТ дистония, гемоглабин кўрсаткичини меъёрида бўлишига қарамасдан терини оқимтир рангда кириши, болалар ҳамда ўсмирларда (уларда асосий белги хисобланади) лаб қуриши, ёрилиши, устки қаватининг қуруб кўчиб тушиши, соч ўсиш тезлиги камайиб ва ингичкалашиши кузатилади.

Иммунокомплекс касалликларинингаксарияти у ёки бу турдаги иситма билан кечади.

Баъзан у асосий касалликни яшириб ниқоб бўлиб, антибиотиклар самара бермайди, фақатгина кортикостероидлар ёки НЯҚДВ қўллаганда тушади

Иситмалаш –системли қизил югурдакнинг асосий белгиларидан бири.

Максимал тана ҳароратининг кўтарилиши куннинг кундузги қисмига тўғри келади. Тана ҳарорати кўтарилиши, қуйилувчи терлаш, қалтираш, лекин умумий интоксикация белгилари яққол бўлмайди. Юқори ҳароратда ҳам беморлар мулоқатга киришиш қобилиятини йўқотишмайди. Унда антибиотик ва сульфаниламид препаратларига резистентлик бўлиб, у иситма туширувчи ва стероид гормонлар таъсирида тез тушади.

Аксарият ҳолларда иситма артралгия, эритема ёки пурпура билан бир пайтда намоён бўлади

Аҳоли орасида ҳар 100000 та кишидан 7-8 тасида лейкоз касаллиги учрашини назардан қочирмаслик керак, шунинг учун ҳам УАВ фаолиятида уларга ўта юқори иситмалаш

Кўпчилик ўсмалар ҳар хил турдаги иситмалаш билан (хусусан лимфома, лимфогранулематоз, нефрокарцинома, йўғон ичак, ўпка, жигар ва ошқозон ости бези ўсмалари ва бошқалар) кечади. У баъзан ўсмалардан олдин келиши, унинг бошқа белгиларидан устунлик қилиши ёки маълум муддатгача у ягона белги сифатида кўриниши ҳам мумкин. Аксарият ҳолларда иситмалашнинг сабаби инфекция қўшилиши эвазига пайдо бўлади, масалан, ўпка ракида зотилжам қўшилиши. Ўсмаларнинг пироген модда ишлаб чиқаришини ҳисобга олсак, унда уларнинг таъсири натижаси ўлароқ иситмалашни кузатишимиз мумкин.

**Дори воситалари таъсиридан келиб чиқувчи иситмалаш турлари:**

1. Дори воситасини киритаётган ёки киритиб бўлиши билан пайдо бўладиган иситмалаш (масалан, антибиотиклар).

2. Дори воситасинининг фармакологик таъсири оқибатидан келиб чиқадиган иситмалаш. Ўта кучли антибиотикотерапевтик самара кўрсатганлиги эвазига катта миқдордаги микроорганизмлар нобуд бўлади, улардан эса пироген хусусиятга эга бўлган эндоген субстанциялар ажралиб терморегуляция марказига таъсир кўрсатади, ва унинг натижасида тана ҳароратини кўтарилади (масалан, захмда, зотилжамда ва бошқаларда).

3. Дори воситаларига ўта юқори сезувчанлик эвазига иситмалаш, уларнинг пайдо бўлиш асосида иммунологик механизм ётади, чунки улар кўпича дорилардан бўладиган аллергия белгилари билан бирга келади (тери тошмалари, эшак еми).

4.Илгари анамнезидан баъзи дориларга аллергияси бўлган беморларга бир вақтнинг ўзида бир неча хил дори воситалари юбориш.

5.Қари ёшдагиларда дорили иситмалашга мойиллик кўпроқ бўлади.

6.Диагнозни бемор тана ҳарорати дори қабул қилмаганда тушиши ва яна уни қабул қилган қайта кўтарилиши тасдиқлайди

***Ноаниқ табиатли иситмалаш***

* иситмалаш давомилиги 3 хафтадан ортса;
* - температура 38 С кўтарилса;
* - иситмалаш сабаби шифохона шароитида ўта синчковлик билан текширилишига қарамай, бир хафтада мобайнида топилмаса.
* ноаниқ табиатли иситмалаш сабабини аниқлашда, биринчи навбатда кам учрайдиган экзотик касалликлар ҳақида эмас балки, тарқалганлари тўғрисида ўйлаш лозим, баъзан эса хасталикларнинг атипик кечишини ҳам назарда тутмоқ даркор (туберкулёз, инфекцион эндокардит, жигар ва ўт йўллари ва ўпка саратони, лимфогранулематоз, гипернефрома).

Диагностика учун аҳамиятга мойил бўлган ахборотлар, яъни ўтказилган касалликлари, касбий зарарлари (хайвонлар билан ишлаши) ва сафарга борганлигини эътиборга олиш керак.

Табобат оламида иситмалашнинг ижобий томонларидан фойдаланиш мақсадида пиротерапияни бошқа замонавий даволаш услублари билан бир қаторда олиб борилади. Бунинг учун тозаланган бактериал пирогенлар қўлланилади (пирогенал, пиромен ва пирексаллар).

Пиротерапияни қачон ва қандай ҳолларда қўллаймиз?

* антибиотико-резистент, чўзилган, рецидивловчи ва бактериал инфекция сурункали, захм касаллигини эрта шаклида, нейросифилиса, сўзакнинг чўзилган, баъзи тери касалликларида.
* Пиротерапияга қарши кўрсатма юрак қон томир етишмовчилиги, артериал гипертония, қандли диабет, тиреотоксикоз, хомила, ЮИК.

**Малака ошириш факультети 1-ички касалликлар кафедраси 2018-2019 укув йили 6-курс талабалари учун амалий машгулот тематик режаси**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Амалий машғулотмавзулари** | **Дарссоатларихажми** | |
| **Назарий** | **Амалий** |
| **Стационар терапия** | | | |
| 1 | Оилавий тиббиёт асослари. УАШ вазифалари. Ишлаш хусусиятлари. Тиббий ҳужжатлар. Жамиятнинг жалб этилиши. Бемор ва шифокор ҳуқуқлари. УАШ фаолиятида этика ва деонтология. Мулоқотга таъсир қилувчи омиллар. Мулоқотдаги қийинчиликлар. Шахслараро мулоқот. Амалий маслаҳатлар. Консультация. Консультация турлари. Консультация принциплари. Беморнинг ўз саломатлигига жавобгарлиги. | 3  (2/1) | 3 |
| 2 | УАШ амалиётида дифференциал диагностика. Тахминий ташхис. Стационар ва амбулатор шароитда клиник ташхисни шакллантириш. Ички касалликлар ташхисотида дшиагностик хатолар сабаблари ва характери. Хавфли касалликлар хақида тушунча. Имитатор касалликлар. Психик бузилишлар ва симуляция. Шифокор фаолиятида полипрагмазия. | 3 | 3 |
| 3 | УАШ фаолиятида профилактика. Профилактика асослари ва турлари. Соғлом турмуш тарзини тарғиб қилиш. Овқатланиш ва турмуш гигиенаси. Терапевтик касалликларнинг хавф омиллари  .  ни аниқлаш ва олдини олиш. Касалланиш ва ўлим сабабларига таъсир кўрсатиш. Руҳий ҳолатни мустаҳкамлаш. Медикаментоз ва номедикаментоз давога мойиллик хақида тушунча. | 3 | 3 |
| 4 | Балғам ажралиши билан кечувчи йўтал синдроми. Касалхонадан ташқари ва касалхона ичи пневмонияларини таққослама ташхислаш. Турли этиологияли зотилжамлар | 3  (2/1) | 3 |
|  | (бактериал, вирусли, микоплазмозли). Пневмония аниқланганда УАШ тактикаси. |  |  |
| 5 | Ўпкада сояланиш синдроми. Ўпка диссеминациясида қиёсий ташхис. Ўпканинг бўлакли сояланишида қиёсий таққослаш. Бўлакли пневмония, ўпканинг инфильтратив силида қиёсий ташхис. Ўпка силининг гемотоген-диссеминирланган шакли, пневмокониоз, ўпка метастазида қиёсий ташхис. | 3 | 3 |
| 6 | Ўпкада сояланиш синдроми. Ўпка инфаркти, ўчоқли зотилжам, туберкулома, ўпка абсцеси, ўпка ўсмаси, ўпка эхинококкида қиёсий ташхис. УАШ тактикаси. | 3 | 3 |
| 7 | Қуруқ ва экссудатив плевритда қиёсий ташхис. Экссудатив плеврит турлари. Плевритларни эрта ташхислашда УАШ тактикаси ва профилактика усуллари. | 3 | 3 |
| 8 | Қон туфлаш синдроми. Турли нозологик шаклларда қиёсий ташхис ва УАШ тактикаси (рак, ўпканинг йирингли касалликлари, ЎАТЭ, ўпка сили). Ўпка артерияси тромбоэмболиясида госпиталгача ва госпитал босқичда тактика. | 3 | 3 |
| 9 | Ҳансираш, бўғилиш синдроми. Бронхообструкция билан кечадиган касалликларнинг дифференциал диагностикаси (бронхиал астма, СЎОК, ўпка ўсмаси, бронхоэктатик касаллик). Юрак ва ўпка патологиясида ҳансирашнинг қиёсий ташхисоти. УАШ тактикаси. | 3  (2/1) | 3 |
| 10 | Аритмиялар. Синусли тахикардия, брадикардия, синусли аритмиялар, ритм бошқарувчиси миграцияси, синус тугуни сустлиги синдроми, экстрасистолиялар ҳамда бўлмачалар ва қоринчалар титраши, ҳилпираши (доимий ва пароксизмал), пароксизмал тахикардия, қоринчаларнинг вақтдан олдин қўзғалиши синдроми қиёсий ташхисоти Аритмиялар турига кўра УАШ тактикаси. Юқори хавф гурухларини аниқлаш. | 3  (2/1) | 3 |
| 11 | Аритмиялар. Синоатриал бўлмача ичи, атриовентрикуляр ва қоринча ичи блокадаларида қиёсий ташхисот. УАШ тактикаси. ЭКСга кўрсатма. | 3 | 3 |
| 12 | Артериал гипертензия синдроми. Гипертония касаллиги ва буйрак билан боғлиқ артериал гипертензияларнинг қиёсий ташхисоти. Буйрак касалликлари билан боғлиқ артериал гипертензияларнинг шакллари (паренхиматоз, реноваскуляр). | 3  (2/1) | 3 |
| 13 | Артериал гипертензия синдроми. Гипертония касаллиги ва эндокрин АГ ни дифференциал диагностикаси. Эндокрин АГ турлари (феохромоцитома, Конн синдроми, Иценго Кушинг синдроми, тиреотоксикоз). Гипертония касаллигида | 3 | 3 |
|  | гипотензив терапияни танлаш. Симптоматик АГда асосий касалликни хисобга олган холда гипотензив терапияни танлаш. Гипертоник кризларда УАШ тактикаси. Хирургик давога кўрсатма. |  |  |
| 14 | Артериал гипертензия. Гипертония касаллиги, гемодинамик ва церебрал АГ (бош мия травмалари, вертебробазилляр синдром, арахнои-дит, энцефалит, мия ўсмаси), склеротик АГ ни дифференциал диагностикаси. Гипертония касаллигида гипотензив терапияни танлаш. Симптоматик АГда асосий касалликни хисобга олган холда гипотензив терапияни танлаш. Гипертоник кризларда УАШ тактикаси. Хирургик давога кўрсатма. | 3 | 3 |
| 15 | Юрак соҳасида оғриқ. УАШ амалиётида юрак сохасидаги коронароген оғриқлар қиёсий ташхиси ва олиб бориш тактикасини танлаш. ЮИК стабил стенокардия ва ностабил стенокардияларнинг клиник, лаборатор, ЭКГ диагностикаси. Липид алмашинувининг бузилиши. ЮИК диагностикасида жисмоний юкламали ЭКГ ахамияти. Юкламали ЭКГ натижаларининг тахлили. | 3  (2/1) | 3 |
| 16 | Юрак соҳасида оғриқ. Ўткир коронар синдром қиёсий ташхиси.Миокард инфарктининг турли клиник шакллари ва босқичларининг таққослама ташхисоти. | 3 | 3 |
| 17 | Юрак соҳасида оғриқ. МИ асоратлари (кардиоген шок, ўпка шиши, юрак аневризмаси, Дресслер синдроми). МИ госпиталгача, стационар ва амбулатор олиб бориш. | 3 | 3 |
| 18 | Юрак шовқинлари ва кардиомегалия. Юрак чўққисидаги шовқиннинг таққослама ташхисоти. Функционал (миокардиал, анемик, қон ўзгаришларида, иситмада) ва органик (митрал ва аортал нуқсонлар) шовқинлар қиёсий ташхиси. Асоратларни олдини олиш чора-тадбирлари. Хирургик давога кўрсатмалар. Туғмаюрак нуқсонларини қиёсий ташхислаш. Хавф омиллари. Фертил ёшидаги аёллар билан профилактик тадбирларни ўтказиш. Ўз вақтида клиник, лаборатор-инструментал диагностика, ривожланишнинг хавф омиллари. Бактериал эндокардитли беморларни олиб бориш тактикаси. УАШ тактикаси. | 3  (2/1) | 4 |
| 19 | Юрак шовқинлари ва кардиомегалия.Миокардит ва кардиомиопатиянинг турли хил клиник формалари (дилятацион, рестриктив, гипертрофик, ўнг қоринчанинг аритмоген дисплазияси) да таққослама ташхисот. КМПларни эрта аниқлаш. Профилактика ва УАШ тактикаси. | 3 | 3 |
| 20 | Дисфагия. Эзофагит, рефлюкс-эзофагит, склеродермиядаги дисфагия ва қизилўнгач ўсмаларини таққослама ташхисоти. | 3 | 3 |
|  | Профилактика. УАШ тактикаси. |  |  |
| 21 | Қоринда оғриқ. Гастрит ва яра касаллиги (12 б.и ва ошқозон), сурункали холецистит ва сурункали панкреатит, носпецифик ярали колит ва Крон касаллигини қиёсий ташхиси. Профилактика. УАШ тактикаси. | 3 | 3 |
| 22 | Гепатомегалия ва сариқлик синдроми. Сурункали актив ва ноактив гепатит, жигар циррози, ўт-тош касаллиги, билиар-панкреатик соҳа ўсмалари (жигар, ўт қопи, ошқозоности бези ўсмалари) ни солиштирма ташхислаш. Сариқликларни эрта диагностикаси. УАШ тактикаси. | 3  (2/1) | 3 |
| 23 | Бўғим синдроми. Ревматик иситма, ревматоид артрит, реактив артритлар, серонегатив спондилоартритлар қиёсий диагностикаси. УАШ тактикаси. | 3  (2/1) | 3 |
| 24 | Бўғим синдроми. СҚБ, ССД ва дерматомиозитни қиёсий ташхислаш. Геморрагик васкулит, тугунчали периартеритни қиёсий ташхислаш. УАШ тактикаси. | 3 | 3 |
| 25 | Сийдик чўкмасидаги ўзгаришлар. Патологик сийдик чўкмасини қиёсий ташхислаш. Пиелонефрит, гломерулонефрит, интерстициал нефрит қиёсий ташхислаш. УАШ тактикаси. Сурункали буйрак касаллиги. | 3  (2/1) | 3 |
| 26 | Сийдик чўкмасидаги ўзгаришлар. Протеинурия. Нефропатияларнинг ва амилоидознинг солиштирма ташҳиси (ҳомиладорликдаги, диабетик, дори дармонли). УАШ тактикаси. | 3 | 3 |
| 27 | Шиш синдроми. Турли этиологияли шишларнинг қиёсий ташҳисоти. Маҳаллий (аллергик, томирли, яллиғланишли); умумий (қон айланиш етишмовчилигида, буйрак шишлари, эндокрин шишлар ва очликдаги шишларда). УАШ тактикаси. | 3  (2/1) | 3 |
| 8 | Гериатрия. Ёш нормаси муаммолари. Қариликда функционал ва органик ўзгаришлар. Қариялар озиқланишининг физиологияси ва гигиенаси. Атеросклероз клиникаси ва динамик кузатув. Кексалар эмфиземаси. СЎОК  ривожланишига мойиллик туғдирувчи ёшга хос ўзгаришлар.Бу ҳолатларда УАШ тактикаси ва кузатув усуллари. Қарияларда ошқозон-ичак тракти касалликлари ва сийдик ажратиш тизими касалликларида ёшга хос ўзгаришлар. | 3  (2/1) | 4 |
|  | **Стационар терапия буйичажамисоат** | 146 | |
| **Амбулатор терапия** | | | |
| 1 | Оилабиланишлаш.Ишнингхусусиятлари. Оиладапсихологикмухит. Дин вамаросиммуаммолари. Оила консультацияси. Амалий маслахатлар. Маслахаттурлари. Беморнинг уз саломатлигигажавобгарлиги (бирламчи звенода | 3 | 3 |
|  | диспансер кузатуви ва мониторинг). Болалар, усмирлар фертил ёшдаги аёллар, хомиладор аёллар, эркаклар, кариялар.Кишлок хужалик ишчилари. Социал-химояланмаган инсонлар. Беморлар, қийин беморлар, ўлаётган беморлар. Терапевтик беморларни реабилитациява диспансеризация масалалари.Мехнатгалаёќатлиликэкспертизаси. |  |  |
| 2 | УАШ амалиётида профилактика.Инфекционваноинфекционкасалликларпрофилактикаси. Иммунизация. Дастур ва тадбирлар. Санитар оқартувишлари.Ўлимдаражасивакасалланишнингасосийомилларигатаъсирқилиш. Руҳийстатуснимустахкамлаш.Экология вакасбийомиллар. Беморларниўкитиш - «саломатлик мактаблари». Профилактик кўриклар ўтказиш усуллари. Скрининг. | 3 | 3 |
| 3 | Соғлом овқатланиш: овқат таркиби, овқатланиш пирамидаси, соғлом овқатланиш- турли касалликлар профилактикаси. ЮҚТ, ўпка, меъда-ичак, буйрак касалликларида диетотерапия. Беморларнинг диетотерапияга мойиллигини аниқлаш. УАШ тушунтириш ишлари. | 3 | 3 |
| 4 | Балгамли йутал синдроми. ЎРК, ЎРВИ, ўткир бронхит ва пневмонияда киёсий ташхис. УАШ тактикаси.Бирламчизвенода респиратор касалликларпрофилактикаси, даволаш. | 3 | 3 |
| 5 | Кўкрак қафасида оғриқ. Кўкрак қафасидаги нокоронароген оғриқларда УАШ тактикаси. Амбулатор даволаш. Бирламчи ёрдам ва профилактика. | 3 | 3 |
| 6 | Юрак уриб кетиши. Турли хил аритмиялар ва блокадаларда УАШ тактикаси ва профилактика (юқори хавф гурухларини аниқлаш). Амбулатор шароитда даволаш хусусиятлари. Режали ва тезкор электроимпульс терапияга кўрсатмалар. Юрак ритми бузилишлари профилактикаси. | 3 | 3 |
| 7 | Бош оғриғи. Гипертония касаллигини хавф гурухлари стратификацияси. УАШ тактикаси. Бирламчи звено шароитида гипертония касаллиги ва САГ профилактикаси. | 3 | 3 |
| 8 | Хансираш ва бўғилиш синдроми. СЎОК ва бронхиал астмани бирламчи звено шароитида диагностикаси. УАШ тактикаси. СЎОК ва БА ни бирламчи звено шароитида даволаш ва профилактика ишлари (хуруж ва хуруждан ташқари вақтда | 3 | 3 |
|  | кузатиш ва амбулатор даволаш). Санатор-курорт давога кўрсатма. Астмани назорат қилиш ва қадамба-қадам даволаш. СНЕ билан оғриган беморларни олиб бориш. |  |  |
| 9 | Бўғим синдроми. Артрозларни бирламчи, иккиламчи, учламчи профилактикаси ва диспансеризация тамойиллари. | 3 | 3 |
| 10 | Диспепсия (жиғилдон қайнаши, кўнгил айниши, қусиш). Бирламчи звенода секреция бузилиши билан кечадиган касалликлар: меъда ва 12 ичак яра касаллиги, ўт йўллари дискинезияси, холецистит, постхолецистэктомик синдромда ва меъда операциясидан кейинги холатларни даволаш ва профилактикаси | 3 | 3 |
| 11 | Қорин эпи-, мезо-, гипогастрал сохаларида оғриқ билан кечувчи касалликлар профилактикаси.Диарея. Инфекционваноинфекционэтиологиялидиареяда дифференциал диагностика. Йўғон ичак таъсирланиш синдроми. Таснифи. Мезонлари. УАШ тактикаси. Йўғон ичак таъсирланиш синдроми, карияларда ич котиши ва йугон ичак усмаси профилактикаси. УАШ тактикаси. | 3 | 3 |
| 12 | Гепатомегалия. Ўткир гепатит, сурункали гепатит, алкоголлижигаркасалликлари, инфекцион ваноинфекцион этиологияжигарциррози профилактикаси ва УАШ тактикаси. | 3 | 3 |
| 13 | Дизурия. Ўткирвасурункали пиелонефрит, циститвасийдикдиатезидапрофилактика. УАШ тактикаси. | 3 | 3 |
| 14 | Иситма. Ноаник генезли иситма. Иситма характери, типлари. Текширув режаси. УАШ тактикаси. | 3 | 3 |
| **Амбулатор терапия буйича жами соат** | | 84 | |
| **Жами** | | **230 соат** | |

**Малака ошириш факультети 1-ички**

**касалликлар кафедраси мудири, т.ф.д., доц. Нуриллаева Н.М.**

**Стационар терапия**

**Оилавий тиббиёт асослари**

**Амалий машгулот №1**

**Мавзу:** Оилавий тиббиёт асослари. УАШ вазифалари. Ишлаш хусусиятлари. Тиббий ҳужжатлар. Жамиятнинг жалб этилиши. Бемор ва шифокор ҳуқуқлари. УАШ фаолиятида этика ва деонтология. Мулоқотга таъсир қилувчи омиллар. Мулоқотдаги қийинчиликлар. Шахслараро мулоқот. Амалий маслаҳатлар. Консультация. Консультация турлари. Консультация принциплари. Беморнинг ўз саломатлигига жавобгарлиги.

**Ўқитиш технологияси**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ўқув вақти: 4 соат** | |
| **Машғулот тузилиши** | 1. Ўқув тематик кабинет. 2. Ўқув қўлланма,тарқатма материал, вазиятли масалалар ва тестлар тўплами |
| **Машғулот** мақсади**:** Оилавий тиббиёт фалсафаси – талабаларнинг УАШ фаолияти асосий жиҳатларини тушуниши, ҚВП, ҚОП ва ОП шароитида меҳнатни ташкил этишнинг муҳим аргументидир. Оилавий тиббиётнинг асосий принципларини билиш келажакда талабаларга уларнинг иш негизини тушуниш имконини бериш. УАШ ни аҳоли орасида СТТ ни тарғибот қилиш профилактик тадбирларни, иммунизатсияни амалга оширишни ўргатиш. Мулокот жараенини урганиш.УАШга беморлар билан мулокот санъатига консултатсия кўникмаларига ўргатиш. Шахслараро мулокот кўникмаларини ўзлаштириш. Самарали консултация қилиш кўникмаларига ўргатиш. | |
| **Педагогик вазифалари**  -Соғлиқни сақлаш тизимида қайта шаклланиш масалаларини кўриб чиқиш.  -Соғлиқни сақлаш тизимининг икки босқичлилиги аҳамиятини талабаларга етказиш.  -Оилавий тиббиёт аспектларига оид масалаларни кўриб чиқиш.  -УАШ вазифалари ва фаолияти хусусиятларини ҳамда тиббий ҳужжатларни ўрганиб чиқиш.  -УАШ фаолиятида этика ва деонтология масалаларини кўриб чиқиш.  -УАШни профилактика ишлари билан таништириш.  -УАШ га аҳоли орасида СТТ тарғиботини ўргатиш.  -УАШ га профилактик кўрув ва скрининг усулларини ўргатиш.  -Аҳоли орасида иммунизатсияни ўтказишни ўргатиш.  -талабаларни шахслараро мулокот кўникмалари билан таништириш.  -талабаларга хар бир беморга уникал шахс сифатида қарашга ўргатиш.  -Консултатсия асослари ва кўринишлари.  -«Шифокор- бемор» муносабати принциплари ва стили.  -Консултация турлари ва моделлари. | **Ўқув фаолият натижалари:**  **Талаба билиши лозим:**   * Тиббиётни қайта тикланиш хабарчиларини. * Тиббиётнинг фалсафий аспектларини. * УАШ вазифалари ва фаолияти хусусиятларини. * Тиббий ҳужжатлар рўйхатини (ЎзР ССВ №80 23.03.2009 й. қарорига мувофиқ) * УАШ фаолиятида этика ва деонтологиянинг муҳим масалалари. * СМИларда қуйидаги мавзуларда маърузалар тузилишини:алкоголизм, наркомания, чекиш, сил, ВГА, ОИТС, контратсепсия. * Соғлом овқатланиш пирамидасини тузиш. * Харита тузиш ва скрининг натижаларини баҳолаш. * Аҳолини иммунизатсиясини режалаштириш. * Еффектив мулокот характеристикасини. * Мулокот жараени боскияларини,қийинчиликларини. * Шахслараро мулокот кўникмаларини. * Консултациянинг асосий принциплари, коидалари,боскичлари,директив ва нодиректив шакллари. * Шифокор фаолияти сифатига салбий таъсир килувчи асосий омиллар. * Беморга салбий таъсир килувчи омиллар самарали консултатсия олиб бориш.   **Талаба қилиши лозим:**  -Оилавий тиббиёт аспектларидан келиб чиқиб УАШ фаолияти принципларини санаб бериши.  -УАШ фаолиятидаги этик ҳолатларда жавобгар бўлиши.  -Мулокотнинг хар иккала турини (вербал ва новербал) самарали ишлатиш, беморларга эътиборли булиш, уларнинг мақтовларини олиш.  -Беморни диккат билан эшитиш,у билан оддий тушунарли тилда гаплашиш.  -Беморлар жавоб бера оладига яхши ,тугри саволлар бериш (епик,очик,синаш учун)  -Беморлар тушуниши ва муаммоларини хал қилиш учун уларини хурмат килиш,куллаб кувватлаш.  -Консултатсия утказиш, консултатсия пайтида мулокот куникмаларини ишлатиш.  -Консултатсия боскичлари,коидалари ва принципларига мос равишда маслахатлаш.  **Талаба бажариши лозим:**  -УАШ вазифалари ва фаолияти хусусиятларини белгилаш.  -Поликлиникада тиббий ҳужжатларни тўлдириш ва таҳлил қилиш.  -УАШ нуқтаи назаридан келиб чиқиб беморларнит сифатли кўригини ўтказиш.  -УАШ амалиётида профилактика турлари.  -СТТ принциплари ва уларни аҳолига қўллаш усулларини.  -СМИларда ва маҳаллаларда қандай қилиб маъруза ва суҳбатлар ўтказишни.  -Иммунизатсия, скрининг принсиплари ва уни ўтказиш усуллари. |
| **Ўқитиш усуллари** | Демонстратсия, дискуссия, суҳбат, тест ечиш. |
| **Ўқув фаолиятининг ташкиллаштириш шакиллари** | Индивидуал ишлаш, гуруҳларда ишлаш, коллектив, аудитория ва аудиториядан ташқарида. |
| **Ўқитиш воситалари** | Тарқатма ўқув материал. |
| **Қайта боғланиш усул ва воситалари** | Блитс-сўров, тестлаш, тиббий хариталарни тўлдириш  Амалий кўникмаларни бажариш. |

**Ушбу мавзу буйича машгулот тугаганидан сунг талаба эга булиши лозим булган куникмалар руйхати.**

1. Беморларни консултатсия килишда шахслараро мулокот куникмаларидан фойдаланиш (вербвл ва новербал).
2. Беморлар сизни тушунаетганлигини бахоловчи жараен –кайтар богланишни максимал куллаш.
3. Самарали шифокор-бемор мулокоти учун керак бклган 4та куникмани куллаш.
4. Беморга нисбатдан мулойим булиш.
5. Ешитиш кобилиятига эга булиш.
6. Мулокот принтсиплари.
7. Кузатув.

**Машғулот таркиби:**

* Амалий машғулотнинг назарий қисмида қуйидаги масалалар кўриб чиқлади.
* Оилавий тиббиёт ҳар бир мутахассислик ва илм каби ўзининг фалсафасига эга. Биз нима учун ОТ ни танладик ва бундай қайта шакллантиришнинг мақсади нима эди? ОТнинг фалсафаси нима?
* Биз биламизки, 1991 йил Ўзбекистон мустақилликка эришди, бу нарса сиёсий аҳамиятга эга бўлди, республикамиз янги моделни танлаши лозим эди, шу жумладан тиббиёт соҳасида ҳам. 5 та босқичга асосланган тиббиёт илгариги замонларда режали иқтисодиёт асосида қурилган эди, бозор иқтисодиёти замонида эса бу механизм эффектив бўлмай қолди.Аҳоли сониниг доимий ўсиши, тиббий илм ва технологияларининг ривожланиши, қишлоқ аҳолисининг устунлиги, қишлоқ шароитида тиббий муассасаларнинг узоқлиги кабилар соғлиқни сақлаш тизимида қайта шаклланишга ва аҳолига икки босқичли хизматга ўтишга сабаб бўлди. Тиббий хизматнинг биринчи босқичи соғлиқни сақлашнинг биринчи звеноси бўлиб, оилавий шифокорлар томонидан бевосита ҚВП, ШВП ва ОП да хизмат кўрсатилади. Иккинчи босқичда аҳолига тор матахассислар хизмат кўрсатади. Нима учун биз қайта шакллаёнтиришнинг айнан шу йўлини танладик? Нима учун биз ОТни эффектив деб ҳисоблаймиз? Бунинг учун биз оилавий тиббиёт асосларининг фалсафасини тушуниб олишимиз керак.
* Оилавий тиббиёт – бу тиббиёт ихтисослиги бўлиб, бутун аҳолига тўлиқ, кенг қамровли,сифатли,давомли, қулай ва ҳаммага манзур бўлган бирламчи тиббий санитарёрдам кўрсатади. Бу соҳа педиатрия,терапия,гинекологиянинг мажмуасиданда кенгроқ соҳа ҳисобланади. У ўзига хос алоҳида соҳа бўлиб, бошқа тиббий соҳалардан фарқланувчи муҳим принтсиплардан тузилган.
* Бирламчи звено - бу алоҳида шахс , оила ва жамиятнинг соғлиқни сақлаш тизимида тиббий-санитар ёрдамни аҳоли яшаш ва ишлаш жойи билан максимал яқинлаштирилган зонаси ҳисобланади. Оилавий тиббиёт инсонни аъзо ва тизимини ажратмасдан уни бутунлигича кўради, бунда нафақат клиник, балки биологик, ижтимоий муаммоларни ҳам бирлаштириб, фақат битта индивидга эмас, балки бутун оила, аҳоли гурухларига жинси ва ёшидан қатъий назар ёрдам беради.
* Юкоридагиларга асосланиб, ОТ қуйидаги фалсафий аспектларни ўз ичига олади.
* Диққат марказида алоҳида касаллик эмас, балки бутун инсон организми туради. Инсоннинг манфаатига биологик, психологик, ва ижтимоий аспектлар нуқтаи назаридан қаралади. Оилавий тиббиёт аслида касалликни эмас, беморни даволайди. Оилавий шифокор – бу кўп учровчи касалликлар, патологик ҳолатлар бўйича мутахассис ҳисобланади. У бундай холатларни даволаш ва ташхислашда эксперт бўлиб, кам учровчи ва оғир, даволаш қийин бўлган ҳолатларни ҳам ташхислай олиши, уларни тор мутахассисга йўналтира олиши лозим.
* Кенг тарқалган муаммоларни ҳал қилиши – соғлиққа таъсир қилувчи оддий ва мураккаб муаммоларни ҳал қилиши лозим. Ўқув жараёнининг ривожланиши ва тажриба ортиб бориши жараёнида оддий муаммолардан аста-секин мураккаб муаммоларга ўтиб борилади.
* Барча ёшдаги ва иккала жинсдаги кишиларга ёрдам кўрсатиш.
* Алоҳида инсоннинг муаммосини унинг оиласи ва жамият билан боғлиқ ҳолда кўриб чиқиш.
* Оилавий шифокор оғир касаллиги бор, асоратлари ривожланган ёки ташхислаш қийин бўлган беморларни тор мутахассисларга юборади. Бундай беморларга оилавий шифокор лозим лаборатор текширувларни ўтказиб, консултатсияга йўлланма билан тор мутахассисга юборади.
* Шундай қилиб, УАШ – бу олий тиббиет муассасаси дипломига эга, шифокорлик қилиш учун литсензияси бўлган, унга бириктирилган аҳолига ёши, жинси ва ижтимоий ҳолати, касаллик шаклидан қатъий назар ёрдам кўрсатувчи шахс.
* УАШ фаолияти оилавий тиббиётнинг қуйидаги принтсипларидан иборат, оилавий тиббиёт принтсиплари эса фалсафа асосларидан келиб чиқади, ҳамда бу соҳанинг уникал характери ва имкониятларини юзага келтиради:
* Ҳар томонламалик (кенг камровлилик), инсон соғлиғи билан боғлиқ барча муаммолар кўриб чиқилади, бирор муммо йўқки бундан истисно бўлса. ОТ истисно қилмайди, чегараламайди, ажратмайди ҳам, балки тиббий муаммоларни умумлаштириб ҳал қилади. Шу билан оилавий шифокорга ишончни оширади.
* Беморни кузатув давомийлиги ҳаётининг барча даврларида, туғилгандан тортиб ўлимига қадар давом этади. Даволаш битта касаллик эпизодини даволаш билан чегараланмайди. Бемор ва унинг оиласини узоқ вақт кузатиш хавф омилларни аниқлашга, профилактика ва даво чора тартибларини назорат қилишга имкон беради. Шифокор фаолиятининг натижавийлиги ошади, унга кўрсатилаётган тиббий ёрдамга қониқиш даражаси ошади.
* Интегратсия – тиббиётнинг барча аспектларини - даволаш, реабилитатсион, профилактик, инсон ва жамият соғлиғини сақлашни ўз ичига олади.
* Профилактика ишлари ва санитар оқартув. Профилактика ишлари - оилавий шифокор ва унинг гурухининг асосий йўналишларидан бири ҳисобланади. Оилавий тиббиёт соғлом турмуш тарзини олиб бориш, касалликларни эрта ташхислаш ва санитар-оқартув ишларини тарғиб қилади. Инсон саломатлиги – нафақат тиббий, балки ижтимоий тушунча ҳамдир, оилавий тиббиёт жамият ҳаётининг ижтимоий томонларига, экологик ва бошқа кўплаб муаммоларни ҳал қилишга таъсир кўрсатади. Бу янги соҳанинг ривожланиб бориши жараёнида оилавий шифокор жамият ҳаётининг ушбу жиҳатларига ҳам таъсир қилиш имкониятига эга бўлади.
* Координатсия - даволаш устидан назорат. Оилавий тиббиёт кўплаб муаммоларни ҳал қилади, лекин у барча тиббий хизматларни кўрсата олмайди. Заруратга қараб, оилавий шифокор тор мутахассислар билан маслаҳатлашади ёки беморни статсионар даволанишга юборади, бироқ шунда ҳам бемор устидан назоратни тўхтатмайди. Тизим шундай тузилганки, бирламчи тиббий-санитар хизмат ва стационар орасидаги алоқа узилишига йўл қўймайди, беморнинг соғлиқни сақлашнинг барча босқичларида даволанишини координатсиялайди.
* Ишончли ўзаро муносабат. Тиббиёт ходимлари ва беморлар орасидаги ишончли ўзаро муносабатсиз кузатув давом этишм мақсадга мувофиқ эмас. Оилавий шифокор бемор ҳуқуқларини ҳимоя қилади ҳамда уларга ҳамдардлик қилади. Бемор уни ҳурмат қилишлари, эшитишлари ва тушунишларини ҳис қилиши керак. Оилавий ҳамшира ҳам бундай муносабатларини ҳосил қилишда ёрдам беради. Қатор ҳолларда, оилавий тиббиёт ҳамшираси учун бемор билан ўзаро муносабатларни ҳосил қилиш осон бўлади. Бошқа томондан, бемордан ўз соғлиғи учун жавобгарлик, тиббий ходимлар билан ҳамкорлик талаб этилади.
* Тиббий ходимлар гуруҳи таркибида ишлаш. Оилавий шифокор, оилавий ҳамшира, барча тиббий штат ягона кўп профилли команда сифатида ишлаши лозим. Оилавий шифокорнинг вазифаси гуруҳ ҳар бир аъзосининг илмидан келиб чиқиб иш фаолиятини ташкиллаштиришдан иборат.
* Бирламчи тиббий ёрдам олишнинг қулайлиги. Ҳар бир оиланинг ўз оилавий шифокори бўлиш лозим, иш шундай ташкил қилиниши лозимки, бемор тиббий ёрдамни олишда қийинчилик бўлмаслиги керак.
* Беморнинг ўз соғлиғи ва оила аъзолари саломатлиги учун жавобгарлиги. Беморни ўз соғлиғини сақлаш ва тиклашда фаол иштирокчи қилиш муҳим аҳамиятга эга. Беморга иштирок этиш имкониятини бериш уни бу жараёнга жалб этишнинг осон йўлидир. Шу билан боғлиқ ҳолда, қисқа консултациялар ва беморга ўргатишнинг роли ошади. Оилавий шифокор ва бемор ҳамкор каби ишлайдилар. Унинг ҳамкорлиги янада яхши натижаларга эришишга қаратилган бўлади.
* Тиббий ёрдам сифатининг ошиши ва нархининг камайиши. Оилавий тиббиёт нафақат даволаш сифатини оширади, балки нархини ҳам пасайтиради. Агар беморни оилавий шифокор доимий ва эффектив кузатса, кўпчилик касаллик бартараф этилиши ёки уни эрта босқичларда аниқлаш ва даволаш мумкин бўлади. Соғлиқни сақлаш тизими ресурслари чегараланган пайтда, ташхислаш, профилактика ва даволашнинг нархига ҳамда сифатига эътибор қаратиш лозим. Идеалда эса бемор индивидуал эҳтиёжлирининг соғлиқни сақлаш тизими имкониятлари билан мос келишидир. Оилавий тиббиёт нафақат харажатни, балки турли тор мутахассисларга юборишга, лаборатор текширувлар ва госпитализатсияга кетадиган вақтни ҳам тежайди. Шуни эсда тутиш лозимки, давлатга тор мутахассисини тайёрлашдан кўра оилавий шифокорларни тайёрлаш арзонга тушади.
* УАШ хуқуқлари ва функтсионал мажбуриятлари шунингдек, тиббий ҳужжатлар рўйхати ЎЗР ССВ № 535, 6.12.2004 й. қарорида келтирилган.
* Шундай қилиб, УАШ ва ОТ - тасодифий ҳол эмас, у уникал тиббий ихтисосликни ташкил қилиб, махсус фалсафа ва принтсиплари билан характерланади.
* УАШГ`ОТнинг қўшилмаси ҳаёт сифатини яхшилашга қаратилган, шу йўл билан соғлиқни сақлаш вазифалари ва эффективлигига эътибор қаратилади, муҳими нархи пасаяди.
* Оилавий тиббиёт фалсафаси ва принтсиплари ҳақида тушунчага эга бўлган ҳолда соғликни сақлашнинг эски модели камчиликларини кўрсатиш мумкин:
* Тор мутахассислар тизимининг инсонга эмас, касалликка қаратилганлиги;
* Қишлоқ аҳолиси учун тиббий хизматнинг узоқлиги;
* Қиммат, харажатли тизим;
* Беморларнинг мутахассисларни кутиш учун кўп вақт йўқотиши;
* Абсолют марказийлаштирилган тизим, шу жумладан маблағнинг тақсимланиш жиҳатидан ҳам;
* Иккиламчи, госпитал звенонинг устунлиги;
* Поликлиникаларнинг катта штати;
* Катта бинолар;
* Штатда УАШ, умумий амалиёт ҳамшираси, менежер кабиларнинг йўқлиги;
* УАШнинг кичик авторитетга эгалиги ва унга талабгорлик;
* Ратсионал даво тавсияларининг купинча бўлмаслиги;
* Гуруҳ билан ишлашнинг паст даражаси;
* Даволаш сифатининг турли даражаси;
* Қиммат ташхисий тестларнинг максимал буюрилиши (рентген, эндоскопия, ЭхоКГ, ЭКГ, биохимик текширувлар);
* Кўп ҳолларда гопситализатсия қилиши;
* Поликлиникалар суткасига 24 соат хизмат кўрсатмайди;
* Ҳужжатлар ва ҳисоботлар сонининг кўплиги;
* Қайта шаклланиш ва оилавий тиббиётнинг киритилишидан нима кутишимиз мумкин:
* УАШ, тиббий ҳамшира, менежер ва бошқа мутахассисларни тайёрлаш;
* Фондлар тақсимланишини детсентрализатсияси;
* УАШга бўлган талаб ва авторитетнинг ошиши;
* Бирламчи тиббий-санитар хизмат структурасининг белгиланиши (ҚВП, ШВП, ОП);
* БТСХнинг индивид ва жамият эҳтиежларига қаратилганлиги;
* БТХСнинг иқтисодий эффектив тизим эканлиги;
* Биринчи босқичда тиббий хизмат ва ресурларнинг ратсионал ишлатилиши;
* Госпитализатсия сонининг камайиши;
* Асосий эътибор профилактика ва соғлом турмуш тарзини тарғиб этишга қаратилганлиги.

**УАШ фаолиятида этика ва деонтология.**

УАШ ҳам, бошқа соҳа мутахассислари каби ўз фаолиятининг этик жиҳатларига амал қилиши лозим.

Етика ўз ичига қуйидаги масалаларни олади:

Конфидентсиаллик;Даволашга розилик; Шифокор ва давлат; Профессионал ҳатти-ҳаракат; Меҳмондустлик; Ҳамкасблар ўртасидаги муносабат; Шифокорнинг заиф томонлари; Ресурсларни тақсимлаш, жойлаштириш; Маълумот олишнинг чегараланганлиги; Этика дилеммалари.

Маълумот олишнинг чегараланганлиги деганда, информатсион ресурсларнинг кодланганлиги тушунилади. Бу нарса регистратура, техника ишчилари, ўрта тиббиёт ходими, шифокорлар ва бошқалар учун тегишли.

Етика дилеммалари қуйдаги масалаларни ўз ичига олади:

* Ҳомиладорликни тўхтатиш;
* Репродуктив қибилиятнинг пасайиши ва бепуштлик;
* Генетик консултатсия ва текширувлар;
* Жинсни ўзгартириш;
* Аъзо ва тўқималар трансплантатсияси;
* Қон қуйиш;
* Суррогат она, скрининг, ривожланиш нуқсонлари бўлган болалар, ВИЧГ`ОИТС муаммолари, эфтаназия, клонлаш ва бошқалар.

Конфидентсиаллик. Тиббий амалиётнинг асоси шифокор ҳамда бемор ўртасидаги муносабатнинг фундаменти ҳисобланади. Беморлар улар айтадиган маълумотлар сир сақланишига ишонадилар. Барча ҳолларда, шифокор беморнинг соғлиғи тўғрисидаги маълумотни ошкор қилишда жавобгар ҳисобланади.

Даволашга розилик: Шифокорлар ўз маслаҳатларини таклиф қиладилар, беморлар эса нима қилиш ва қаерда даволанишни ўзлари ҳал қилишади:

* Бемор шифокорнинг фикрига қўшилиши ва унинг тавсияларини бажариши мумкин;
* Розилик танлаш имкониятини ўз ичига олиши керак;
* Беморнинг ўз соғлиғи ҳақида билишини хоҳламаслиги маълумотни инкор этишнинг белгиси хисобланади;
* Маълумот бериш асосидаги розилик ҳар доим ҳам давлат қонунида кўрсатилмайди.

Розилик олиш.

* Аниқ ифодаланган оғзаки розилик;
* Ёзма розилик.

Ҳар доим эсда тутиш лозимки шифокор ва бемор муносабатлари ўзаро ишончга асосланган.

*Тиббий этика принтсиплари*:

Соғлиқни сақлаш тизими бошқаруви асосида бешта асосий этика принтсиплари бўлиши лозим.

1. Барча инсонлар тиббий ёрдам олиш ҳуқуқига эга.
2. Индивидуумга кўрсатиладиган тиббий ёрдам соғлиқни сақлаш тизимини марказида туради, лекин у ҳам аҳоли саломатлигини максимал яхшилашга қаратилган.
3. Касалликлар профилактикаси ва ногиронларга ёрдам кўрсатишда тиббиёт ходимларнинг жавобгарлиги.
4. Тиббий хизмат тизими ичида тиббиёт ходимлари орасидаги зарур бўлган кооператсиянинг бўлиши.
5. Тиббий хизмат кўрсатувчи соғлиқни сақлаш тизимидаги барча тиббиёт ходимлари ва гуруҳлари тиббий ёрдам сифати учун ҳар доим жавобгардир.

**Мулокот санъати. Шахслараро мулокот.**

Шифокорнинг профессионаллиги нафакат касалликни этиология,патогенези,ташхиси ва даволашни яхши билиш,балки консултатсия килиш, мулокот санъатига хам кай даражада эгалиги билан белгиланади. Беморнинг ишончини козониш оркалигина,батафсил маълумот йигиш ва бу оркали самарали даволаш мумкин.

Мулокот-бу шахслар уртасида маълумот алмашишдир. Шахслараро мулокот эки юзма-юз мулокотда булиш инсонлар уртасидаги маълумот,фикр эки хис-туйгу алмашишнинг энг асосий ва самарали усулларидан хисобланади.

Шахслараро мулокот бевосита амалга ошадиган жараен хисобланади. Шахслараро мулокот тиббий ёдам курсатишнинг барча сфераларида фойдаланилади. Шу сабабли шахслараро мулокот бирламчи тиббий-санитар ёдам дастурини амалга оширишда катта ютукларга эришишга имкон беради.

**Мулокот жараени боскичлари.**

Талил

Мулоқот

Дизайн

Даволаш

**Боскичлари:**

* Бахолаш- тиббий ходим билан эки беморлар гурухи маданияти,тажрибаси ва касаллик тарихидан,узаро муносабати ва билими хакида маълумот йигади.
* Тахлил- тиббий ходим бемор эки беморлар гурухи тугрисида тупланган маълумотларни тахлил килиб уларнинг эхтиежларини аниклайди.
* Дизайн (режалаштириш) – тиббий ходим беморлар эхтежини ва мухим маълумотни аниклаб,ушбу маълумотни качон ва каерда келтиришни хал килади- режалаштиради.
* Мулокот-режаоар амалга оширилади.
* Бахолаш- тиббий ходим уз мулокотининг самарадорлигини бахолайди ва натижаларни бошкалар билан мулокотни яхшилаш учун куллайди. Бемор кизикиш билдирдими? Маълумот тушунарли булдими? Бемор келтирилган маълумотларга асосланиб харакат киладими? Бу жараен узлуксиз давом этади.

**Самарали мулоқот.**

Мулоқот – бу маълумот,фикр,хис-туйгу жараени булиб,нутк,ишора эки харакатлар ёдамида амалга оширилади. Мулокот- икки томонлама жараен. Маълумотни аудитория эки кабул килувчи шахс кандай кабул килиши маълумот берувчи шахсга боглик. Мулокот жараени самарадорлиги оширувчи куйидаги 4 элементни эдда сакланг:

**Яхши мулоқот характеристикаси.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Хабар булиши керак:** | **Хабар юборувчи булиши керак:** |
| * Тушунарли ва киска | * Предметни яхши билиши |
| * Аник | * предметга кизикиши булиши |
| * аудитория эхтиежига мос келиши | * вазифаларни аниклаши |
| * уз вактида берилиши | * аудиторияни билиши ва у билан контакт урнатиши |
| * шароитга мос булиши | * аудитория даражасида гапириши |
| * аудиторияни харакатга келтириши | * мос юлларни танлаши |
| Канал булиши лозим: | Аудитория булиши лозим: |
| * мос келиши | * тушуниши,кизикиши ва маълумотни кабул килишни хохлаши |
| * кулай булиши | * ешитиш учун сабаби булиши |
| * узига жалб килиши | * диккат билан эшитиши |
|  | * Амалга оширишни хохлаши |
|  | * Кайтар богланишни таъминлаши |

**Шахслараро мулокот махсуслиги:**

**Шахслараро мулокот куникмаларини тез-тез ва самарали кулланг:**

* Фаол эшитиш
* Сузни кайтариш ва умулаштириш
* Сухбатни олиб бориш
* Назорат саволлари
* Ижобий кайтар богланиш

**Вербал ва новербал мулокот усуллари**

|  |  |
| --- | --- |
| Новербал | Вербал |
| Самарали мулокотни ишлаб чикинг   * Бемор муаммоси хакида танкидсиз фикрланг * Яхши хатти-харакатни узлаштиринг. Шундай мулокот урнатингки,инсонлар сиз билан муаммодарини хал килаетган пайтда танкитга учрашдан куркмасин. Куйидагича булинг: * Очик * Беморга эгилиб туринг * Куриш оркали контактни сакланг * Тугри утиринг ва кулиб туринг | Самарали мулокотни таъминланг   * Аниклаштиринг * Ешитинг * Куллаб-кувватланг * Тушунганликни тасдикланг * Сузларни кайтаринг |
| Уз холатингизни тана тили ёдамида демонстратсия килинг   * Турлича куриш контакти(доимий) * Мажбурий булмаган холат(кулларни сикманг ва кесиштирманг) * Бемор билан юзма-юз утиринг эки туринг * Диккат билан эшитиш позаси(уз кизикишингизни курсатинг) * Беморга бироз эгилинг | Оддий ва тушунарли тилни кулланг   * Оддий ва тушунарли килиб гапиринг |

Қайтар боғланиш- бемор сизни тушунаяптими,юкми,шуни аниқлашга имкон берадиган жараен,бунда бумордан ўзизни кандай хис қилаяпсиз деб сўраб куриш мумкин.

**Самарали кайтар богланиш характеристикаси.**

* Изохлаш,мухокама килмаслик, Аник булиш, Индивидуал булиш,Сураш,уз фикрларини уктирмаслик, Вазиятни яхшиловчи гаплар айтиш, Реалист ва асосли булиш, Кайтар богланишга эришиш учун макса два вазифаларни белгилаш, Ижобий кайтар богланишдан бошлаш,сунг яхшилашга каратилган аник юлларни таклиф килиш.
* Ижобий нотадан бошлаш ва ижобий нота билан тугатиш.

**Саволлар типлари**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ёпик** | **Очик** | **Синаб курувчи** |
| Қачон ишлатилади: сухбатни эпиқ саволлардан бошлаш | Сухбатни очиқ саволлар бериб давом эттириш | Сунг синаб курувчи саволлар беринг,олинган маълумотга жавобан |
| Талаб этилади: қисқа «ха» ёки «йўқ» жавобини | Купроқ,узунроқ,хис-туйғу ва безовталикни ифодаловчи жавобни | Олдинги гапни тушунтиришни |
| Масалан:  Нечта фарзандингиз бор?  Қизингизнинг ёши нечада? | Фарзандингизни кукрак билан эмизиш хақида кандай фикрдасиз? | Нима учун у хеч нарса емайди? |

**Клиник ҳолат мисолида оилавий тиббиёт аспектларини кўриб чиқамиз:**

Бемор М., 36 ёшли аёл, охирги 3 йил ичида бронхиал астма хуружи сабабли 6 марта госпитализатсия қилинган. Охирги учта госпитализатсияда интенсив терапияга муҳтож бўлган, битта ҳолатда эса ўлимга яқин бўлган. Даволовчи шифокор ва тиббиёт ходимларини ажаблантирган нарса - бу тавсияларнинг бажарилмаганлиги. Беморга ингаляторлар, теофиллин ва орал стероидлардан фойдаланиш ўргатилган, бироқ бемор шифохонага оғир аҳволда тушганида аниқландики, у буюрилган дорилардан кўпини қабул қилмаётган экан.

Бемор М. шифохонадан 48 км узоқда яшаганлиги сабабли, унинг даволаниши бир неча марта охиригача бормаган. Беморнинг доимий шифокори бўлмаган, доимий назорат қилинмаган ва даволанмаган. Ҳар сафар интенсив терапиядан оддий палатага ўтказилганда, шифокор алмашган. Даволаниш давомида бир неча марта мутахассис алмашган. Шунингдек, аниқландики, бемор билан хуружларни олдини олиш ва узоқ муддатга соғлиқни сақлаш ҳақида гаплашилмаган, бунга оид ҳеч қандай ҳужжатлар ҳам бўлмаган. Шу тарзда, бу ҳолатда даволаш давомийлиги принтсипига амал қилинмаган.

Бемор касаллиги бўйча яхши даво курсини қабул қилган, лаборатор-асбобий текширувлар ўтказилган. Бироқ касаллик тарихида депрессия ёки безовталик тўғрисида ҳеч нарса дейилмаган. Бир шифокор айтган: “Енг аввало биз органикани истисно қилишимиз керак. Кейин эса руҳий, ижтимоий аспектлар туғрисида ўйлаймиз.”

Иккита ташхис қўйишдан қурқмаслик лозим. Беморда депрессия ҳам, рак касаллиги ҳам бўлиши мумкин. Бу иккала муаммони ҳам эчиш лозим. Яъни, ҳар томонлама даволаш керак.

Статсионар ва амбулатор касаллик тарихларини ўрганилганда даволовчи шифокорлар ўртасида ўзаро боғлиқлик йўқлиги аниқланди. Амбулатория шифокори беморни госпитализатсия сони ва улар ҳақида маълумотга эга бўлмаган. Шу билан бирга беморнинг амбулатор даволаниши ҳақидаги маълумотларга статсионар шифокори эга бўлмаган. Бир тиббий муассасада қилинган текширувлар бошқасида яна такрорланган, шу билан даволаниш харажатлари ошган.

Шу тарздаги коммуникатсия ва координатсиянинг йўқлиги соғликни сақлаш тизими, бемор ва унинг оиласи учун катта минус бўлган.

Амбулатор картада беморнинг касби ва уй шароити ҳақида маълумот бўлмаган, биламизки баъзи одамларда ташқи нафас фаолияти бузилганда уй ва иш шароити касаллик кечишига таъсир кўрсатади.

Бемор М. ҳолатида беморнинг ўзи эмас, балки касаллик даволанган. Профилактика принтсипларига амал қилинмаган. Астма профилактикасидан ташқари бошқа ҳеч қандай профилактик чора-тадбирлар ҳужжатлаштирилмаган. Беморга сут безларини ўзи кўрикдан ўтказиш, остеопороз, парҳез, юрак қон томир касалликлари ва рак профилактикаси учун жисмоний машғулотлар билан шуғулланишга ўргатиш чора тадбирлари олиб борилмаган.

Бемор М.нинг оилавий анамнези тўлиқ йиғилмаган. Тузилган генограмма кўрсатдики, беморнинг уч фарзанди (икки қиз ва бир ўғил) бор. Қизлар соғлом, ўғли бронхиал астма билан касалланган. Бемор М.нинг ота-онаси ўлган, эри алкоголик бўлган. Эрининг ота онаси ҳаёт. Онаси дементсия билан оғрийди, отаси алкоголик. Эрининг ота-онаси уч йилдан бери икки хонали уйда беморнинг оиласи билан бирга яшайди.

Бемор М.га эр-хотин ва фарзандлардан иборат оила доираси схемаси кўрсатилди. Фарзандларидан бири руҳий қийинчиликлар сабабли оиладан анча узоқлашган эди. Доиранинг бир томонида Мария, ундан кейин учта фарзанди турарди, бошқа томонида унинг эри, эрининг орқасида унинг ота онаси турарди. Сўнг Мария ўз воқеасини айтиб берди. Эри спиртли ичимликларни суъистеъмол қила бошлаганда бемор дори ичишни тўхтатган. Ичиб олган эри ва унинг отаси кўпинча астмага чалинган ўғлини ураркан. Уларни тўхтатаман деб, Мария оғир нафас ола бошлаган ва беморда астма хуружи ривожланган. Ҳар бир ўткир хуруж уйдаги ичкилик билан боғлиқ бўлган. Нафас сиқиш хуружи унинг фарзандларини ҳимоя қилган, шу сабабли бемор ҳар сафар шифохонага ётганида фарзандлари уйда қолганлигидан хавотирланган.

Келтирилган ҳолатдан кўриниб турибдики, бемор касаллигининг асосий негизи турлича бўлиши мумкин ва кўплаб омилларга боғлиқ бўлади. Бу маънода оилавий шифокор кўп устунликка эга: давони олиб бора туриб беморнинг оила аъзоларини кузатади, касаллик асл сабабларини аниқлайди ва баъзи муаммоларни ҳал қилишга ёрдам беради.

Шунингдек, асосий эътибор оилавий тиббиёт шароитида олиб бориладиган тиббий ҳужжатларга қаратилиши лозим. УАШ ҳар бир бемор, инсон учун амбулатор карта расмийлаштиради, унда бемор соғлиғидаги ҳар қандай чекланиш, текширув маълумотлари, даволаш, қайси хавф гурухига мансублиги кўрсатилади. Ҳозирда ССВ № 535, 6.12.2004 й. қарорига мувофиқ тиббий ҳужжатлар рўйхати қисқартирилган.

Оилавий шифокор беморнинг уйига бориб кўрадиган ягона шифокордир. УАШнинг беморни уйига бориб кўриши муҳим ҳисобланади, чунки бу орқали нафақат тиббий, балки бошқа муаммолар ҳам ҳал бўлади. Беморнинг қандай шароитда яшаши, унинг бошқа оила аъзолари билан ўзаро муносабати ҳақида шифокорда тасаввур пайдо бўлади, бу нарса шифокор ва бемор ўртасидаги муносабатни мустаҳкамлайди. Шифокор фаолияти кабинетда қабул қилиш билан чегараланганда, шифокор томонидан кўрсатилаётган хизмат конвеерга айланади. Руҳий, ижтимоий аспектлар принтсипи йўқотилади.

Муаммоларни ҳал қилишда жамиятни жалб этиш муҳим аҳамиятга эга.

**Хулоса:**

Оилавий тиббиёт соғлиқни сақлаш тизимини қайта шакллантиришда катта рол ўйнади, чунки у бирламчи тиббий ёрдам сифатининг ошишига олиб келади, нархининг эса пасайишга сабаб бўлади. Бундай натижага ОТнинг қуйидаги асосий принтсиплари олиб келади: Ҳар томонламалилик;Давомийлик ва узлуксизлик;Интегратсия;Координация;Ишончлилик;Ягона команда;Қулайлиги;Профилактика;Беморнинг жавобгарлиги;Иқтисодий эффективлик.

Оилавий тиббиётнинг ушбу барча афзалликларини амалга ошириш учун, оилавий шифокорлар барча юқоридаги принтсипларни ҳаётга тадбиқ этишлари лозим. Агар соғлиқни сақлаш тизими бу принтсипларни қабул қилиб унинг бажарилишини қўллаб қувватласа, бу жараён тез кечади. Бизда Ўзбекистонда соғлиқни сақлаш тизимининг бирламчи звеносини қайта шакллантириш учун қандай қадамлар қўйилмоқда? Булар биринчи навбатда қонунда белгиланган актлар:

Президент И.А. Каримов фармонининг Соғлиқни сақлаш реформининг давлат дастури (10.11.1998);Қишлоқ соғлиқни сақлаш реформи дастури (қишлоқ шифокори, умумий амалиёт ва оилавий шифокорлар);

Шаҳар соғлиқни сақлаш реформи дастури (оилавий шифокорлар).

Оилавий шифокорлар ўзига маъсулиятни олиши ва беморларни даволаш, лаборатор текширувлар, госпитализатсия, консултатсияга юборишни ташкиллаштириши лозим. Оилавий тиббиёт жамиятда соғлиқни сақлаш бирламчи звеноси бўлган шифокорнинг роли ва стутусини оширади.

Шундай қилиб, ўқув дастурлари оилавий шифокорларни оилавий тиббиётнинг принтсипларини кундалик амалиётга киритиш йўллари ва усулларига ўргатиши лозим.

**Назорат саволлари:**

1. Умумий амалиёт шифокори фаолиятининг ўзига хос хусусиятлари.
2. Зарурий тиббий хужжатларни тўлдириш.
3. Беморларни уйда кўриш қоидалари.
4. Жамиятни соғлом турмуш тарзини тарғиб қилишга жалб этиш нималардан иборат.
5. Шифокор ва бемор ҳуқуқлари.
6. Оилавий шифокор амалиётида этика ва деонтология
7. Оила сиз учун нимани англатади?
8. Оила шифокорининг мулоқот санъатининг аҳамияти ва роли.
9. Шахслараро мулоқот нима?
10. Шифокорнинг бемор билан ишлашида мулоқотдаги қийинчиликлар.
11. Мулоқотга таъсир қилувчи омиллар.
12. Амалий маслваҳатлар.
13. Консултатсия турлари.
14. Оилавий шифокор консултатсия кўникмаларининг аҳамияти ва роли.
15. Консултатсия принтсиплари.
16. Беморларнинг ўз саломатлиги учун жавобгарлиги.

**Амалий машгулот №2**

**Мавзу:УАШ амалиётида дифференциал диагностика. Тахминий ташхис. Стационар ва амбулатор шароитда клиник ташхисни шакллантириш. Ички касалликлар ташхисотида диагностик хатолар сабаблари ва характери. Хавфли касалликлар хақида тушунча. Имитатор касалликлар. Психик бузилишлар ва симуляция. Шифокор фаолиятида полипрагмазия.**

**Ўқитиш технологияси**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ўқув вақти: 6, 0 соат** | |
| **Машғулот тузилиши** | 1. Ўқув тематик кабинет. 2. Ўқув қўлланма, тарқатма материал, вазиятли масалалар ва тестлар тўплами |
| **Машғулот мақсади:**Тахмини ташхис қўйиш учун талабаларга УАШ саволлари ўқитиш,схема буйича дифференциаль-диагностикалари, хавфли касалликлар муаммоларини ёритиш, касалликлар-имитаторлари, психик бузилишлар васимуляциялар. | |
| **Педагогик вазифалари**  1.Тахминий ташхисни ўзига хос хусусиятларини кўриб чиқмоқ.  2.Талабаларга уқитиш: УАШ нинг хавфли касалликларни аниқлаш ва дифференциасияни.  3.УАШ нинг проффесионал иш фаолиятини ва диагностика муоммоларини мухокама килиш.  4. Имитатор касаллиги, психик бузулишлар ва симуляция касалликларидаги УАШ саволларини талабаларга уқитиш | ***Талаба билиш лозим:***  1.Тахминий ташхис куйишни.  2. Дифференциал диагностиканиумумий схемасини.  **Талабақила олиш лозим:**   1. Касалликларни дифференциал диагностика алгоритмларни ишлатиш 2. Хавфли касалликлар сабабларини. 3. Имитатор касаллигини сабабларини. 4. Психик бузулишлар ва симуляцияни аниклашни   **Талаба бажара олиш лозим:**  1.Беморга тахминий ташхис куйиш учун шикоятларини тахлил қила олиш.  2. Хавфли касалликларда туғри тактика тайинламоқ.  3. Биринчи ёрдамни вадифференциал диагностикани туғриўтказиш.  4.Диагностик хатоларга йул қўймаслик.  5. Имитатор касаллигини, психик бузилишларни ва симуляцияни аниқламоқ. |
| **Ўқитиш усуллари** | Демонстратсия, дискуссия, суҳбат, тест ечиш. |
| **Ўқув фаолиятининг ташкиллаштириш шакиллари** | Индивидуал ишлаш, гуруҳларда ишлаш, коллектив, аудитория ва аудиториядан ташқарида. |
| **Ўқитиш воситалари** | Тарқатма ўқув материал. |
| **Қайта боғланиш усул ва воситалари** | Блиц-сўров, тестлаш, тиббий хариталарни тўлдириш  Амалий кўникмаларни бажариш. |

**Машғулот таркиби**

**Назарий қисм**

Хозирги кунда шифокор узининг профессионал фаолтятида клиник диагноз куйишда уч вазиятда прогрессив методикага таянади: Синдромал диагностикага, Диагностик алгоритмга, Оптимал максадга каратилган диагностика.

Клиник синдром бу нима? В.А.Германова аниклашича ,малум бир вакт орасида аникланган, ва сабаб окибатлари, мохияти, патогенитик боглик булмаган клиник симптомлар гурухи: биринчидан, факат етакчи синдромни хосил киладиган симптомлар ва атрофдаги касалликлар,(синдромал ёндашув); иккинчидан, барча асосий майда белгилар устида хам ишончли диагностика утказиш, майда текширувларни хам белгилаш (оптимальной максадга каратилган диагностика); учунчидан ,яхши инструкции билан бор булган симптомларёрдамида касалликлардачукур уйланганоперацияни бажариш, хар бир этапда ухшаш касалликлар билан дифференциал диагностика килиш талаб этилади , охирги этапда якуний диагнозга утилади (диагностик алгоритм).

Амалиётда симптом аникланади, ва ухшаш касалликлардан ажратиб ташхис куйилади. Дифференциал диагностикани умумий схемасида бешта савол киради бу саволларга врач жавоб беради, ва бемор шикоятларига солиштиради: эхтимоли катта сабаб (тахмин килинган диагнозга), анчагина хавфли касалликлар, тахминий диагнозни асоси, шикоятлар сабаби айёр касалликлардан бири эмасми? рухий бузилишлар ва симуляция бўлиши мумкинми?

Врач узининг амалиётида, хар доим рад килиш керак куп таркалган касалликларни, хардойм унга зарур кам учрайдиган касалликларни билишва хавфли касалликларни: ёмон сифатли янги хосилани, менингоэнцефалит, сепсис, инфекцион эндокардит, ВИЧ-инфекция, инфаркт миокард, нестабильная стенокардия, аритми, бронхиальная астма, психиккасалликларни ва бош-мия травмаларини. Качонки диагностик хатолар шифокорларнинг майда симптомларга этибор бермаганда кузатилади. Сийдик йуллари инфекциясидиагностикасида. диккат билан текшириш талаб этилади .У юзага келиши мумкин болаларда – генизи номалум булган лихорадка ,хомиладорларда – белда о=рик билан, карияларда – холсизлик . Касалларда бу касалликлар куплаб клиник симптомлар билан базида клиник симптомсиз келиши мумкин, бу холатлар -имитатор касаллиги ёки симуляция деб аталади. Куйдаги еттита касалликларни симулияциясини диагностика килиш кийин: Депрессия,Кандли диабет,Дориларнинг кушимча тасирини ва интоксикацияни,Анемия, Калконсумон касалликларини,Умуртка касалликларини,Сийдик йуллари инфекциясини. Шифокор амалиётида нозик хисли психолиг булиш керак. Купинча аникланмаган муоммолар, шифокорнинг усталик билан олиб борилган муомиласидан сунг аникланади, шифокор умумий амалиётида ойла билан туғри муносабатни аниклай олиши зарур, хавотирли холатларда узини тута олишни билиб олиши зарур.

Бундан ташқари диффренциал диагностика жараёнида шифокор қуйидаги саволларга жавоб беришилозим.

1. Эхтимоли кучли бўлган сабаб (тахминий ташхис). Шифокор у ёки бу касаллик хақида ўйлаганда энг аввало анамнез маьлумотларини, касалликнинг клиник намоён бўлиши ва айни касалликнинг тарқалганлик даражасини хисобга олиши зарур. Бунинг учун шифокор айни касаллик эпидемиологияси, яьни ушбу касаллик дунёда ва ўз мамлакатида тарқалганлик даражаси, касалликнинш кечишини яхши билиши зарур.
2. Энг кўп хавфли хисобланган касалликлар. УАШ кўп холатларда кенг тарқалган, кўпинча ўғир бўлмаган касалликларга дуч келади, аммо УАШ кам учровчи лекин хавфли касалликлар хақида унутмаслиги лозим.
3. Нотўғри ташхис сабаблари. Диагностик хатолар кўпинча шифокорлар эьтиборсизлиги сабабли юзага келади. Мисол тариқасида қоринда оғриқ сабаби бўлиб чекиш ёки тиш кариеси бўлиши мумкин, бундай холларда шифокор анамнез йиғиш жараёнида бемордан бу хақида маьлумот олиши зарур.
4. Имитатор касалликлар. Афсуски баьзи шифокорлар ноаниқ холларда беморни дархол госпитализация қилишга шошилишади.хақиқатдан хам шундай касалликлар мавжуд бўлиб, клиник кўриниши турли хил баьзиларида патогномоник симптомлари бўлмайди. Улар имитатор касалликлар деб аталиб, ташхис қўйиш қийин хисобланади. Юз йил аввал имитатор касалликлар бўлиб захм ва сил хисобланар эди, хозирги кунда эса дори воситаларнинг ножўя таьсири, атеросклероз, ёмон сифатли ўсмалар, алкоголизм,эндокрин касалликлар, саркоидоз хисобланади.
5. Психик бузилишлар ва симуляция. УАШ ўз вақтида психолог хам бўлиши зарур. Беморга ўз хавотирларини бўлиши ва улар хақида гапиришга имкон бериш жуда мухим хисобланади. Кўпинча ноантқ шикоятла, масалан умумий холсизлик шифокорга мурожаат қилиш учун бир сабаб бўлиши мумкин. Унинг асосий сабаби эса ўзига нисбатан паст бахолаш,канцерофобия ёки оилавий келишмовчилик бўлиши мумкин.бундай холларда шифокор дархол вазиятга ойдинлик киритиши беморнинг оила аьзолари билан муносабати, канцерофобия сабаби бўлиши мумкин бўлган оила аьзоларида ўсма касалликлари мавжудлиги аниқлаши зарур. Кўп холларда турли хилдаги қатьий шикоятлар Мюнхгаузен синдроми бўлиши мумкин.

**«Аклий хужум» билан таъсир килиш методи**

Ишлатиш мумкин булган фикрлардан фойдаланиш. Катнашувчиларнинг даражасини кутариш. Дарс бошида энергетик таъсир курсатади. Хар бир холатда уз аргументида ва фикрида колиш,келиб чиккан вазиятдан уз фикрида колиш,сухбатлашишни билиш, вауз фикрига ишонч хосил килиш.

Масалан. «Кон айланиш етишмовчилиги,анимиялар,тиреотоксикоз холатларда кузатиладиган юрак уриб кетишини дифференциал диагностикаси». Хар бир талабага биттадан савол берилади

1.Кон айланиш етишмовчилигини класификациясини айтинг.

2. .Кон айланиш етишмовчилигини клиник диагностикаси.

3. Тиреотоксикоз клиник диагностикаси.

4. Анимияларни клиник диагностикаси.

5.Менеджмент холатларда тахминий ташхис куйишни урни

6. Дифференциал диагностиканинг умумий схемасини биласизми?

7.Кандай 7 хил яширин кечувчи асосий касалликларни биласиз.

**Назорат саволлари**

1. Менеджмент холатларида тахминий ташхис куйиш роли.
2. Кандай хавфли касалликларни биласиз?
3. Таккослама ташхисни умумий жадвалини биласизми?
4. Яширин кечувчи касалликлар нима?
5. Кандай 7 хил яширин кечувчи асосий касалликларни биласиз?
6. Беморлардаги шошилинч холатларнинг асосий сабаблари.
7. Фобия нима?
8. беморни муаммоси билан бўлишиш нима?
9. Энг куп учрайдиган шикоятларни умумий характеристикасини сананг.
10. Умумий амалиёт врачининг профессионал фаолиятида кандай мухим хусусиятлар мавжуд?

**Амалий машгулот №3**

**Мавзу:УАШ фаолиятида профилактика. Профилактика асослари ва турлари. Соғлом турмуш тарзини тарғиб қилиш. Овқатланиш ва турмуш гигиенаси. Терапевтик касалликларнинг хавф омилларини аниқлаш ва олдини олиш. Касалланиш ва ўлим сабабларига таъсир кўрсатиш. Руҳий ҳолатни мустаҳкамлаш. Медикаментоз ва номедикаментоз давога мойиллик хақида тушунча.**

**Ўқитиш технологияси**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ўқув вақти: 6, 0 соат** | |
| **Машғулот тузилиши** | 1. Ўқув тематик кабинет. 2. Ўқув қўлланма, тарқатма материал, вазиятли масалалар ва тестлар тўплами |
| **Машғулот** мақсад**и:**УАШ ахоли орасидакасалликлар профилактикасини олиб бориш, СТТ ни тарғибот килиш, соғлом овқатланиш тушунчаси,терапевтик касалликларнинг хавф омилларини эрта аниқлаш ва уларни олдини олиш, Касалланиш ва ўлим сабабларига таъсир кўрсатиш. Руҳий ҳолатни мустаҳкамлаш. Медикаментоз ва номедикаментоз давога мойиллик хақида тушунчани ўргатиш. | |
| **Педагогик вазифалари**  **1.** Талабаларни профилактика ишлари билан таништириш  2. Талабаларга ахоли орасида СТТ ни, соғлом овқатланиш ва диетология асосларини тарғибот қилишни ўргатиш  3. Талабаларга профилактик курув ва скрининг усулларини ургатиш.  4. Талабаларгамедикаментоз ва номедикаментоз давога мойиллик хақида тушунчани ўргатиш.  5.Касалликларнинг хавф омилларини эрта аниқлаш ва уларни олдини олиш | ***Талаба билиши лозим:***   1. УАШ амалиётида профилактика турлари. 2. СТТ принциплари ва уларни ахолига куллаш усулларини. 3. Махаллаларда кандай килиб сухбатлар утказишни. 4. СМИларда кандай килиб маъруза укишни. 5. Соғлом овқатланиш ва диетология асосларини тарғибот қилиш. 6. Касалликларнинг хавф омилларини эрта аниқлаш ва уларни олдини олиш.   ***Талаба кила олиш лозим****:*   1. УАШ вазифси.Ишнинг ўзига хос хусусиятлари билиш. 2. харита тузиш ва скрининг натижаларини бахолаш. 3. ахолини иммунизациясини режалаштириш 4. Соғлом овқатланиш ва диетология асосларини тарғибот қилиш.   7.Соғлом овқатланиш касалликлар профилактикаси.  **Талаба бажариш лозим**  Умумий амалиет врачининг асосий иш фаолиятининг 80-90%ини профилактик ишлар ташкил этади. СТТ, соғлом овқатланиш асослари, ахолини уз соглигига жиддий муносабати хар хил касалликларни хавф омилларини бартараф этиш ва эрта диагностика, уз вактида даводаш ва асоратларни огохлантириш , буларни барчаси ахолии соглигини яхшилашга ердам бериш. |
| **Ўқитиш усуллари** | Демонстратсия, видеокўрув, дискуссия, суҳбат, тест ечиш. |
| **Ўқув фаолиятининг ташкиллаштириш шакиллари** | Индивидуал ишлаш, гуруҳларда ишлаш, коллектив, аудитория ва аудиториядан ташқарида. |
| **Ўқитиш воситалари** | Тарқатма ўқув материал. |
| **Қайта боғланиш усул ва воситалари** | Блиц-сўров, тестлаш, тиббий хариталарни тўлдириш  Амалий кўникмаларни бажариш. |

**Машғулот таркиби.**

**Назарий қисм.**

Профилактика – согликни мустахкамлаш касалликларни олдини олиш стт таргиб етишга каратилган комплекс тадбирлар йигиндисидир

Бирламч профилактика - согликни максимал саклашга каратилган хавф омилларни эрта аниклаш вабартараф этишга каратилган тадбирлар йигиндисидир булардан бошкариб булмайдиган еши жинси ирсий моиллик, бошкариб буладиган чекиш,алкогол, кам харакатлик хает тарзи нотугри овкатланиш киради.Бу ерга стт,тугри овкатланиш буйича тавсиялар зарали одатлар билан курашиш,жисмоний машклар билан мунтазам шугилланиш киради.

Иккиламчи профилактика - бу касалликларни эрта аниклаш ва уз вактида даволаш. Бу ерга скрининг профилактик курувлар саволномалар утказиш киради. Биз биламизки усма касалликлари асосан ката ешли ахолии орасида куп учрайди,масалан сут бези усмасидаги эрта узгаришларни аниклаш учун оилавий шифокор барча 25 ешдан ката аелларни сут безини текшириб маммография утказиш,40 ешдан катта аелларни йилига 2 марта текшириш керак. .

Учламчи профилактика-бу асоратлардан огохлантириш учун касалликларни даволаш ,масалан барча АД ва СД билан касалланган беморларга биз инсултва МИларни олдини олиш учун аспиринни профилактик дозада берамиз.Беморларни хает тарзини узгартириш буйича маслахат бериш умумий амалиет врачининг иш фаолиятига киради.

**Овкатланиш гигиенаси.**

Системали овкатланиш схемаси:

Кунига 3 махал овкатланиш, лекин ухлашдан олдин эмас,шошмасдан чайнаш,овкатдан олдин 1 стакан сув ичиш,лекин сок эмас,овкатланиш вактини утказиб юбормасдан овкатланиш,овкатни майдалаб ейиш. Идеал рационал овкатланиш болалик даврдан бошлаб кундалик хаетнинг асосий бугини хисобланади.

Соглом овкатланишни 10 погонаси

-Соглом овкатланиш асосан усимлик озукалари,кайсики хар хил ва фойдали.

-крахмал билан бойитилган овкатлар умумий овкатни яримини ташкил этиши керак.

-мева ва сабзавотлар энэргиянинг 70%ини ташкил этиши керак.

-гушт ишлатилган энергияни10%ини ташкил килиши керак.

-еглар ишлатилган энергияни15-30%ини ташкил этиши керак.

-туз истемоли кунига 6 граммдан ошмаслиги керак.

-тана вазни тавсия берилган нормадан ошмаслик керак

-Физик активлик хар куни булиши керак.

-хар хил овкатлар истемол килинг

Умуман соглом овкатланиш буйича тавсиялар куййдагилар:

Нон, дуккаклилар,картошка гурухидаги махсулотлардан лупрок йенг. Куп микдорда мева васабзавотлар истемол килинг,улар ранг баранг махсулотлардан иборат булсин. Узимизда етиштирилган сабзавотлар жуда фойдалидир хамда экзотикмевалар хам жуда фойдалидир . сут ва сут махсулотларни керакли микдорда ичинг,уларни еглилиги кам булсин. Егли ваширин махсулотларни камрок истемол килишга харакат килинг. Шунга карамасдан купчилик куп микдордаги овкатларни истемол килиб юборади. Куп микдорда енергия олишади ва семиришади.базилар эса жуда кам озука истемол килишади ва тана вазинлари камаяди хар бир одамнинг овқатга эхтиежи турличадир.агар сизда ортиқча тана вазни буса куйдаги жадвалдан энг камидан фойдаланишиз керак булади. Агар вазнингиз етмаса сиз купрок овкат истьемол килинг,лекин шунга карамай балансни ушлашга харакат килинг.

**Соглом турмуш тарзи**нинг тарғиботи, профилактика сифатида, инсонга соглом бўлиш ва соғлом қолиш имкониятини беради, хаёт сифатини оширади, касалликларнинг олдини олади, ногиронлик ва ўлимнинг олдини олади ва шу орқали умрни узайтиради. Соғлом турмуш тарзи соғликни мухим фактори хисобланади. СТТга риоя қилиш мехнат фаоллигини оширади, жисмоний ва рухий мўътадиллик яратади, хаёт фаолиятини активлаштиради, химоя кучларини фаоллаштиради, касалланишни ва сурункали касалликлар хуружини камайтиради.СТТни таргибот килиш. УАШ СТТни таргибот этишни ўтказади. УАШ махаллаларда,мактаб,спорт залларда ахолии билан сухбат ўтказади таркатма буклетлар кўргазмали материаллар,лекциялар ёрдамида (алкогализм, чекиш, наркомания,вирусли гепатит, контрацепция оитс, грипп).

**Соғлом овқатланиш тушунчаси**-Рационал овкатланиш бу - хар куни овкат билан бирга оксил, ёг, углевод, витамин ва минералларнинг организмни тулик ишлаши, ривожланиши, соглом булиши учун кераклича кабул килиниши. Кабул килинадигн озика моддаларининг етишмаслиги ва шунигдек, куп булиши хам касалликка олиб келади. Овкат билан кабул килинадиган озик моддаларини тугри билансига кандай эришиш мумкин? Биринчидан, хилма-хил озик-овкатларни истеъмол килиш билан, чунки бирор озика махсулоти организмни барча керакли моддалар билан таъминлай олмайди. Масалан, лимон витамин Сга бой, лекин унда оқсил кам, ёки фасоль темирга бой, лекин витамин С йук. Соглом овкат турли озука махсулотларидан ташкил топган, тугри микдорда ва нисбатда булиши керак.

**Соғлом овқатланишга риоя этмаган ҳолда содир бўлувчи касалликлар.**

Жахон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра, дунё бўйича касалланиш ва ўлимга олиб келувчи 10 та асосий касалликлардан 6 тасини (семизлик, камқонлик, қандли диабет, юрак-қон томир, жигар, буйрак) юзага келиши ва ривожланиши бевосита таом таркиби ва овқатланиш хусусиятларига боғлиқ.

ГАЛЕРЕЯ БУЙИЧА «ТУР УСУЛИНИ» КУЛЛАНИЛИШИ

Максад: берилган муаммо буйича талабаларни мальлумотларни критик бахолашга ургатиш. Бунда талабаларга фикрлаш учун вакт берилади сунгра 2, 3, 4, 8, кичик гурухларда мухокама утказиш бошланади , качонки уйинда барча гурух иштрок этмагунча бу усул харбир талабага уз нуктаи назарини айтиб бера олиш кобилиятини беради. Укитувчи талабаларга конкрет вазифа беради. Укитувчи талабаларга гурух тузиб олишини айтади.

Сунгра эса харбир гурух ечган масалани алмашиши айтилади.

**Аналитик кисм**

**Вазиятли масалалар:**

1.26 ёшли бемор УАВ га жиғилдон қайнаши, тўш ортида ачишиш ва вақти –вақти билан сиқувчи оғриқлардан шикоят қилиб келди.Беморнинг сўзига қараганда, юқорида кўрсатилган шикоятлар 2 йил олдин пайдо бўлган. Касаллигини овқатланиш тартиби бузилиши билан боғлайди, зарда қайнаши,тўш ортидаги оғриқ, ачишиш горизонтал ҳолатда пайдо бўлади ва вертикал ҳолатда йўқолади. Оғриқни кўп овқат ва спиртли ичимликлар истеъмол қилиш билан боғлайди. Ҳайдовчи бўлиб ишлайди. Кунига 1 қути сегарет чекади.

Объектив кўрикда: Тери – ўзгаришсиз. Юрак тонлари ритмик, аниқ. А/Б 120/80 мм.см.уст. Тана вазни индекси – 32. Тил оқ караш билан қопланган. Қорин пальпацияда юмшоқ.

УҚТ:Нb- 120 г/л; Эр-3,7х10/12 л; Лей- 6,1х10/9 л. ЭЧТ - 7 мм/соат. УСТ: миқдори-100 мл,ранги- сариқ, с/о – 1015, оқсил – йўқ, лейкоцитлар 1-3/1; ЭКГ: ўзгаришсиз. ЭГФДС: Диафрагманинг қизилўнгач тешигида ошқозон шиллиқ қавати 2,5-3 см пролапси, қизилўнгачнинг кардиал қисмида эрозиялар, ошқозон суюқлигининг қизилўнгачга қўйилиши, ўтнинг дуодено-гастрал рефлюкси.

1.Сизнинг тахминий ташхисингиз.

Жавоб:Гастроэзофагеал рефлюкс касаллиги .

Савол: 2.Кандай озика махсулотларни чеклаш керак.

3.Кучли газланган ичимликлар, цитрус меваларни чеклаш, аччик ва шур махсулотлар.

2.Сизга 45 ёшли эркак жинсли бемор мурожаат қилди. Беморда ортиқча тана вазнига эга ва отаси ннфаркт миокарддан вафот этгани ва қўшнисини инфаркт миокард ривожланиши мумкин деган гапидан хавотирланиб мурожаат қилибди .

Саволлар:

1. Сизнинг биринчи қадамиз қандай?

2. Касалланиш бўйича ушбу беморни қайси категорияга қўясиз?

3. Беморга қандай калит саволлвр берасиз?

4. Суров жараёнидасиз беморингиздан соғлиғи бўйича шикоятлари йўқ эканлигини билдингиз. Сизнинг тавсиянгиз?

5.Агар бемор лаборатор-инструментал текширувдан ўтишни талаб қилса, қайси энг қулай текширишни танлаган бўлар эдингиз? Асосланг

3. Бемор К., 28 ёш, фельдшерга қуйидаги шикоятлар билан мурожат қилди: ҳароратнинг 38,3°С гача кўтарилиши, “зангсимон балғамли” йўтал, умумий бўшашиш, иштаҳанинг пасайиши. Анамнезидан 5 кундан буён бемор, касаллигини совуқ қотиш билан боғлайди. Объектив: температура – 38,8°С. Умумий аҳволи ўртача оғирликда. Териси нам, тоза.Ўпканинг перкуссиясида ўнг томонда ўпка товуши тўмтоқлашган, аускультацияда шу соҳада бронхиал нафас ва майда пуфакчали нам хириллашлар эшитилади .Юрак тонлари бўғиқлашган, ритмик, ЮҚС 94 та минутига. . АҚБ 115/80 мм сим.уст. Ўпка рентенографиясида ўнг ўпка пастки қисмида бўлакли инфильтратив зарарланиш аниқланди.

1. Тахминий ташхисни шакллантиринг.
2. Қайси касалликлардан фарқлаш лозим.?
3. Даволаш режаси

4-масала. Бемор К, 52 ёш. Балғамли йўтал, нафас чиқаришнинг қийинлашуви, ҳансираш, қориннинг катталашиши, оёқларда шишга шикоят қилмоқда.Анамнезидан: 10 йилдан бери сурункали бронхит билан оғрийди. Бир неча марта стационар шароитда даволанган. Объектив: аҳволи оғир, тинч холатда хам ҳансираш,нафас олиш сони 28 та/мин. Юз ва оёқ-қўлларда диффуз цианоз. Акроцианоз. Оёқларда шишлар. Аускультацияда ўпканинг пастки соҳаларда сусайган везикуляр нафас, тарқоқ қуруқ хириллашлар эшитилади. Пульс 100 та. АҚБ 110/70 мм.сим.уст., перкуссияда юрак нисбий чегараси ўнгга кенгайган, эпигастрал пульсация, аускультацияда ўпка артерияси устида II тон акценти аниқланади. Жигари +3 см катталашган.

1. Тахминий ташхис қўйинг.

2. Қайси касалликлардан фарқлаш лозим?

3. Даволаш режаси.

5-масала. 59 ёшли С. исмли бемор, поликлиникага оёқларда шиш, ҳансираш, ўнг қовурға тагида оғирлик ҳисси каби шикоятлар туфайли мурожаат қилди. Анамнезидан:кўп йиллардан буён сурункали бронхит билан оғрийди, кўп чекади. Объектив: аҳволи ўртача оғирликда, оғир, диффуз цианоз. Оёқларда шишлар. Аускультацияда ўпканинг пастки соҳаларда сусайган везикуляр нафас, тарқоқ қуруқ хириллашлар эшитилади. Пульс 90 та. АҚБ 110/70 мм.сим.уст., перкуссияда юрак нисбий чегараси ўнгга кенгайганаускультацияда ўпка артерияси устида II тон акценти аниқланади. Жигари +2,0-2,5 см катталашган, оғриқли. ЭКГда ўнг қоринча ва ўнг бўлмача гипертрофия белгилари.

1. Сизнинг ташхисингиз?
2. Текшириш усули?
3. Даволашни тавсия этинг?

6-масала. Бемор 68 ёшда, клиникага балғамли йўтал, ҳансираш, юрак соҳасида оғриқ, оёқларда шиш билан мурожат қилиб тушди. Сурункали бронхит билан 40 йилдан буён оғрийди.

Объектив кўрикда: диффуз «иссиқ цианоз», ҳансираш аралаш типли, бўйин веналари бўртган, фалангалар охири қалинлашган, оёқларда шиш, перкуссияда ўпка устида қутичасимон товуш, юрак чегаралари кўндалангига кенгайган. Аускультацияда везикуляр нафас сусайган, қуруқ тарқоқ ва нам хириллашлар, юрак тонлари бўғиқ, ўпка артерияси устида II тон акценти қорни юмшоқ, жигари +2см га катталашган.

1. Қайси асорат ҳақида ўйлаш мумкин?

2. ЭКГ аммада нимани кутмоқдасиз?

3. Ушбу касаллик асоратини даволашнинг самарали усули?

7-масала.38 ёшли бемор 2 ой олдин тишини олдирган. Охирги 3 ойда тана ҳароратининг ошиши, қалтираш, юрак соҳасида огриқ, нафас қисишига ва юрак уриб кетишига шикоят қилмоқда. Объектив: юзлари окарган, оёқ-қўлларда майда нуқтали тошмалар бор, юрак чегараси чапга силжиган. АҚБ - 110/70 мм.сим.уст. Пульс – 92 та/мин. Аускультацияда Боткин нуқтасида диастолик шовкин эшитилади, жигар +2 см.га катталашган. УҚТ – анемия, лейкоцитоз, ЭЧТ тезлашган, қон биохимик таҳлилида: фибриноген - 6 ммоль/л

ЭКГ- чап коринча гипертрофияси белгилари.

1. Тахминий ташхис
2. Ташхисни тасдиқлаш учун қандай қўшимча текширув усулларини ўтказиш лозим?
3. Даволаш режаси.

8-масала. Бемор Ш. 25 ёш, шифокор кўригида компенсацияланган митро-аортал нуқсон ташхиси билан «Д» назоратида туради. Туғруқдан 10 кундан сўнг тана ҳарорати 38,5-39 0С кўтарилиб, эт увишиши, бел соҳасида чап тарафда кучли оғриқ пайдо бўлиб, сийдик тутилиши юзага келган. Объектив: тери қатламлари рангпар, сарғишсимон, Кончаловский белгиси мусбат, юракнинг ўнг нисбий чегараси тўш суяги ўнг қирғоғидан 1,5 см ташқарига кенгайган, чап нисбий чегараси ўрта ўмров чизиғидан 2,5 см ташқарига кенгайган, 4 – қовурғалараро соҳада. Юрак тонлари ритмик, юрак чўққисида I тон сусайган, шу ердан қўлтиқ остига узатилувчи систолик шовқин, аортада протодиастолик шовқин, Боткин нуқтасида 1 тон сусайган. АБ 130/50 мм сим уст. Жигар +1 см, талоқ қовурға ёйидан +1,5см га чиқиб турибди.

1. Ревматик нуқсон нима билан асоратланди?
2. Лаборатор-инструментал текширувларида қандай натижаларни кутасиз?
3. Даволашни тавсия этинг?

**Назорат саволлари**

1.УАШ нинг вазифалари

2.Профилактика турлари

3. Соғлом турмуш тарзи пропагандаси

4. Овқатланиш гигиенаси

5. Овқатланиш пирамидаси

6. Скрининг ва профилактик кўриклар

7. Юқумли ва юқумли бўлмаган касалликларни профилактикаси

8. Тиббий документациялар.

9. Соглом овкатланиш касалликлар профилактикаси

**Амалий машғулот№4**

**Мавзу: Балғам ажралиши билан кечувчи йўтал синдроми. Касалхонадан ташқари ва касалхона ичи пневмонияларни киёсий ташхислаш. Турли этиологияли зотилжамлар (бактериал, вирусли, микоплазмали). Пневмония ташхиси куйилганда УАШ тактикаси. Диагностикаси. Даволаш. Профилактика ва диспанцеризация**

**Ўқитиш технологияси**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ўқиш вақти: 4 соат | | |
| Дарснинг тузилиши | Ўқув тематик хона.  Стационар, пульмонология булими.  Ўқув қўлланмалар, фантомлар, муляжлар, тарқатма материаллар, вазиятли масалалар тўплами.  Видео аппаратура, мультимедиа | |
| Ўқув дарсининг мақсади: УАШни “Умумий амалиёт шифокорининг квалификацион характеристикаси”да назарда тутилган талабларга мос равишда касалхонадан ташқари ва касалхона ичи пневмонияларни таққослама ташхислашни, турли этиологияли зотилжамлар (бактериал, вирусли, микоплазмозли) ни ташхислашни, пневмония ташхиси куйилганда УАШ тактикасини, диагностика, даволаш ва ушбу касалликлар профилактика, диспанцеризациясини ўргатиш. | | |
| Педагогик вазифалар:  1. УАШ шароитида касалхонадан ташқари пневмонияни таққослама ташхислашни, турли этиологияли зотилжамлар (бактериал, вирусли, микоплазмозли) ни ташхислашни, пневмония аниқланганда УАШ тактикасини, диагностика,даволаш ва ушбу касалликлар профилактика, диспанцеризациясини ўргатиш.  2. Теоретик билимларни ўргатиш ва мустаҳкамлаш.  3. Амалий кўникмаларни яхши эгаллаши.  4. Амалиётда ўзлаштирган билим ва кўникмаларини қўллаши. | | Ўқитиш фаолиятининг натижалари:  Талаба билши зарур:  Касалхонадан ташқари ва касалхона ичи пневмониясида ва турли этиологияли зотилжамларда киёсий ташҳис ўтказишни.  Касалхонадан ташқари ва касалхона ичи пневмониясида хавф омилларини ва ташхислаш мезонлари.  Клиникаси ва эрта ташҳислаш усуллари.  УАШ тактикаси (текширувларга йулланма бериш, консультация, госпитализация).  Талаба бажара олши керак  1.Профессионал сўров, тизимли кўрикдан ўтказиш.  2.Кўкрак қафасини пальпация, перкуссия, аускультация қилиш  3.Клиник ва биохимиявий, бактериологик текширув натижаларини интерпретация қилиш  4.Рентген натижаларини ўкиш  5.Дастлабки ва якуний ташҳис қўйиш  6.Керакли ҳужжатларни тўлдириш (касаллик тарихи, амбулатор карта)  7.Соғлом турмуш тарзини тарғиб қилиш: рационал овқатланиш, шахсий гигиена, зарарли одатлари билан кураш, ўчоқли инфекция профилактикаси, ЛФК |
| Ўқитиш услублари | | Графикли органайзер- концептуал жадвал, видеотасвир томоша қилиш, бахс, сухбат, тестлар ва вазиятли масалалар ечиш. |
| Ўқитиш фаолиятини ташкил қилиш шакллари | | Индивидуал тарзда иш юритиш,гурухларда ва жамоа бўлиб ишлаш, аудитор, аудиториядан ташқари вазифалар бажариш. |
| Ўқитиш ускуналари | | Тарқатма визуал ўқув материаллар, видеофильмлар, муляжлар, графикли органайзерлар, тиббий хариталар мажмуаси, жадваллар ва стендлар. |
| Қайта алоқа услуб ва ускуналари | | Оғзаки назорат: назорат саволлари, гуруҳларда ўқув машғулотларини бажариш, амалий кўникмаларни бажариш, ТМИ. |

2. Назарий қисм

Йўтал– беморларнинг УАШга мурожаат қиладиган шикоятларидан биридир.

Йўтал– организмнинг ҳимоя реакцияси бўлиб, юқори нафас йўлларидан ёт жисм, экссудат, чангларни чиқариб ташлаш ҳисобланади ҳамда бу психоген генезли ёки қуйи нафас йўллари касалликларининг кўп учрайдиган симптомларидан бири ҳисобланади.

Йўтал– мураккаб рефлектор акт бўлиб, кўкрак қафаси ичидаги босимнинг тезда ошиши билан характерланади.

Йўтал кўпинча патологик симптом бўлиб ўпка касалликлари билан бирга кечади. Йўтал рефлекси адашган нервдан бошланади. Плеврадаги ёки нафас йўлларидаги рецепторларнинг қитиқланиши узунчоқ миядаги йўтал марказига узатилади. У ерда ретикуляр системанинг полисинаптик йўллари орқали бронхлар, ҳиқилдоқ, кўкрак қафаси ва диафрагманинг координациялашган реакцияси кузатилади. Кўкрак қафаси босими 140 мм.сим.уст.га етади. Йирик бронхларда ҳавонинг ўтиш тезлиги 30-40м/сек да 20-30 мартага тезлашади, сиғим тезлиги 12 л/с га етади. Ўпканинг бир қанча касалликларида йўтал специфик симптом ҳисобланиб йўтал рефлекси бош миянинг пўстлоқ қисми таъсири остида бўлади. Шунинг учун беморларни сўраб суриштирганда йўталнинг қачон пайдо бўлгани, унинг давомийлиги ва ажралаётган балғамнинг характерига эътибор бериш керак.

Пневмония - турли хил этиологияли ва патогенезли, морфологик куриниши хамда клиник кечиши буйича инфекцияга боглик уткир (асосан бактерияли) касаллик булиб, упканинг респиратор булими шикастланиши, альвеола ичи ва интерстициал тукималарнинг экссудатив яллигланиши билан кечади. Касалликка якуний ташхис кукрак кафаси рентгенгенофафиясида патологик жараён мавжудлиги тасдиклангандан сунг куйилади.

Этиологияси ва патогенези. Пневмониянинг асосий кузгатувчилари граммусбат ва грамманфий бакгериялар, хужайра ичи патогенлари, камдан-кам холларда замбуруг ва вируслардир. Ёшларда пневмонияни кузгатувчи келтириб чикарса (моноинфекция), ёши катталар ва ёндош касаллиги борларда бир нечта миксинфекция чақиради. паталогик, патогенетик хусусиятлари, эпидемиологик жараёнларни ва кузгапувчига кдрши антибиотикларни эмпирик танлаш хдмда шифокорларга кулайлик тўғдириш максадида пневмониянинг қуйидаги ишчи таснифи таклиф этилган ва у амалиётда кўлланилиб келинмоқда.

Пневмониялар таснифи:

1.Касалхонадан ташқари (синонимлари - уй, амбулатория, бирламчи) пневмония

2.Касалхона ичи (синонимлари - нозокомиал, госпитал, иккиламчи) пневмония. Бемор касалхонага тушгандан 48-72 соатдан кейин ривожланади ва бу шакли 10-15% ни ташкил этади. Аммо ўлим 30-50% ҳолларда кузатилади.

3.Иммун танкислиги (туғма иммунодефицит, ОИТ-инфекцияси) пневмонияси.

4.Атипик пневмония - хужайра ичи кўзғатувчилари (легионелла, микоплазма, хламидия)Бу тасниф хозирги кунга қадар кенг қўлланилиб келмоқда. Чунки бемордан анамнез йиғиб ва клиник текшириш ўтказилгандан сўнг дарҳол танлов антибактериал давони бошлаш имконини беради. Бундан ташкари, ташхис куйганда касалликнинг кузгатувчиси (иложи булса), жараённинг жойлашиши, оғирлик даражаси, асорати, шу билан бирга нафас ва кон айланиши етишмовчилиги, фон, ракобатдош ва ёндош касалликлар курсатилиши керак.Ўчоқли пневмония клиник-морфологик нуқтаи назардан бўлакли пневмоииядан фарқ қилади. Унда яллиғланиш ўчоғи кичик ва бир нечта сегментларнинг шикастланиши билан кечади. Организмнинг гипер ёки нормергик реакцияси хос бўлиб, яллиғланиш аста-секин шаклланади ва томирлар ўтказувчанлиги бузилиши яққол намоён бўлмайди. Экссудат шиллиқли ёки шиллиқ-йирингли ва кам холларда йирик бронхларда кузатилади, ҳамда бронх ва ўпка тўқимаси зарарланиши билан кечади. Шунингдек, беморда бўлакли пневмонияга хос бўлган яллиғланиш жараёнининг аниқ босқичлари кузатилмайди.

Пневмонияга чалинган ёки унга шубха килинганда беморлар куйидаги кушимча текширишлардан утишлари керак.

1. Барча беморлар учун:

♦ коннинг умумий тахлили;

♦ коннинг биокимсвий тахлили (электролитлар, ферментлар);

♦ упканинг икки проекциядаги рентгенографияси;

♦ балгамни бактериоскопияси (Грам усулида буяш);

♦ балгамни экиш (антибиотикка сезувчанлигини аниклаш);

♦ умумий сийдик тахлили.

2. Курсатмалар булганда солиштирма ташхис утказиш максадида :

♦ юкори харорат ва калтираш булганда конни экиш;

♦ вентиляция бузилишида ТНФни текшириш;

♦ нафас етишмовчилиги булган огир беморларда кондаги газ (Р02, РС02) ва кислота-ишкор мувозанатини аниклаш;

♦ плевра бушлигида суюклик булганда, уни цитологик, биокимёвий, микробиологик текшириш;

♦ упкада усма ёки тукимасида деструкцияга шубха булганда КТ;

♦ атипик пневмонияда серологик (кузгатувчига антитанага аниклаш учун синамали текширишлар);

♦ фибробронхоскопия - усмага шубха булганда, кон туфлаш кузатилганда, пневмония чузилиб кечганда;

Ташхис куйиш намуналари

Унг упка юкори булагининг касалхонадан ташкари (бирламчи) пневмококкли пневмонияси, урта огирликда кечиши.

Фон касаллиги: Сурункали обструктив булмаган бронхит кузиш даври.

Чап упка пастки булагининг касалхона ичи (иккиламчи) стрептококкли пневмонияси, огир кечиши.

Фон касаллиги: сурункали йирингли обструктив бронхит кузиш даври. Асорати: чапдан S6 сегментини абсцедирланиши. Учокли пневмосклероз. Сурункали упкали-юрак етишмовчилиги, декомпенсация боскичи. Нафас етишмовчилиги II даража.

Иккала упка пастки булагининг атипик, микоплазмали пневмонияси, урта огир кечиши.

Фон: Сурункали тонзиллит кузиш даври. Асорати: Уткир чап томонлама гайморит.

Унг упка пастки булаги упканинг сунъий вентиляциясидан кейинги касалхона ичи стафи¬лококкли пневмонияси, огир кечиши.

Асорати: Унг томонлама экссудатли плеврит. Нафас етишмовчилиги III даража.

Касалхонадан ташкари пневмония.

Касалхонадан ташкари пневмония этиологияси.

1.пневмококклар (Streptococcus pneumoniae) - 30-50%;

2.гемофил таёкчаси (Haemophilus influenzae) - 5-10%;

3.микоплазма (Mycoplasma spp.) - 20-30%;

4.хламидия (Chlamydia pneumoniae) - 2-8%;

5.легионелла (Legionella spp.) - 2-10%;

6.моракселла (Moraxella catarralis)- 1-2%;

7.вируслар - 2-15% ва бошка флоралар келтириб чикаради.

Пневмококк граммусбат бактерия хисобланиб, хаво-томчи йули билан таркалади. Куп холларда пневмококкпи пневмония кузатилиб, у олдин булакли, крупоз, плевропневмония деб хам аталган. Унда упканинг полисегмент ёки булакли зарарланиши ётади.

Клиникаси,Касаллик уткир бошланиб, касалхонадан ташкарида тана хароратининг 39-40° С гача кутарилиши, эт жунжикишининг такрорланиши, кучли бош Офиши, йутал, шиллик ва йиринпга ёки "зангсимон” балгам (таркибидаги эритроцитлар хисобига), кукрак кафасида офик, унинг нафас олган- да ва йуталганда кучайиши, зарарланган томоннинг нафас олганда сот томондан оркада колиши, ханси­раш, хаво етншмаслиги, умумий интоксикация белгилари - холсизлик, иштаха йукдиги, бош офиши, миалгиялар, баъзан артралгиялар, тахикардия, аритмия, бурун-лаб учбурчагида герпетик тошмалар кузатилади. Бемор юзи рангпар, бурун канотлари нафас олганда кенгаяди. Лабларида цианоз, нафас атиш юзаки, бир дакикада 40 тагача, пульс тезлашган бир дакикада 120 та, кон босими пасайган. Касалликнинг бошлангич боскичидайутал аввал курук, сунгра шиллик балгамли. Альвеолалар аста-секин некробиозга учраган хужайра колдиклари ва экссудат билан тулиб боради, зарарланган сохада перкутор товуш тумтоклашган. Аускультацияда уgканинг яллигланган сохасида везикуляр нафас сусайган ва крепитация indux эшитилади. Касалликнинг авж олиш боскичида йутал «зангсимон» балгамли булиб, товуш дирилллаши кучаяди. Перкуссияда ута бугик товуш, аускультацияда бронхиал нафас эшитилади.

Пневмониянинг оғирлиги

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Симптомлари | Оғирлик даражалари | | |
| Енгил | Ўрта | Оғир |
| НОС | 25дан кўп эмас | 30та атрофида | 40 ва ундан кўп |
| PS | 90 гача | 100гача | 100дан кўп |
| to | 38о гача | 39огача | 40ова ундан юқори |
| Гипоксемия | Цианоз йўқ | Яққол бўлмаган цианоз | яққол цианоз |
| ҚАЕ\* | Йўқ | Яққол бўлмаган | Яққол |
| Зарарланиш тарқалганлиги | 1-2 сегмент | Икки томонлама 1-2 сегмент ёки бутун бўлак | 1 бўлакдан кўп , тотал; полисегментар |

\*) – қон айланиш етишмовчилиги

Асоратлар намунаси:

Ўпкага оид:­қон тупуриш;парапневмоник плеврит;­ бронхиал обструкция синдроми;­ўткир нафас етишмовчилиги;

ССС томонидан (ўпкадан ташқари):­коллаптоид ҳолатлар (айниқса тик турганда);­ўткир ўпка юраги;­ ДВС-синдром;­ шок; ­анемия.

Касалхона ичи (госпитал, нозокомиал) пневмонияси.

Атипик пневмония – пневмониячно: легионелла, хламидия, микоплазмлар билан чакирилади ва яккол ифодаланмаган клиник ва рентгенологик белгиларсиз кечади. Одатда пенициллин ва цефалоспорин каторидаги антибиотиклар таъсири кам булади. .

Клебсиеллали ёки фридлендер этиологияли зотилжамда кўп ҳолларда ўпканинг юқори бўлагининг орқа сегменти ёки пастки бўлакнинг юқори сегметлари зарарланади, баъзан яллиғланиш жараёни бутун бўлакка тарқалади, парчаланиш бўшлиғи эрта пайдо бўла бошлайди, жараённинг диссеминациялашиши эҳтимоли мавжуд.

Интоксикация кучли намоён бўлади. Физикал ва гематологикўзгаришлар кескин ўзгармаган. Плеврит кам ҳолларда ривожланади. Сўнгги пайтларда клебсиелла этиологияли ўчоқли пневмонияниг кучсиз намоён бўлувчи тури кўп учрамоқда.

Колипневмонииялар кўп ҳолларда қандли диабет, ўсма жараёнларини, буйрак касалликлари кечишини оғирлаштиради, яна гормонал препаратларни, антибактериал воситаларни узоқ муддат қабул қилиш фонида юзага келади (колипневмония ушбу ҳолатда дисбактериознинг намоён бўлиши билан баҳоланади). Колибактериянинг ичак формалари нисбатан вирулент бўлиб крупоз пневмонияни эслатувчи ўзгаришларни келтириб чиқаради. Колипневмониялар оғир кечади, кучли интоксикация кўп ҳолларда марказий нерв системасининг зарарланиши билан кечади, бу турдаги пневмониялар аксарият ҳолларда икки томонлама кечади, ўпка абцесси билан асоратланади.

Гемофилия таёқчалари чақирган пневмониялар асосан ўпканинг сурункали турларидан азият чекувчи беморларда юзага келади. Яллиғланиш жараёни аксарият ўпканинг пастки бўлакларида жойлашади: якка ўчоқлар қисқа муддатларда ўзаро қўшилиб кетади, ўпканинг бутун бўлагини эгаллаши мумкин. Жараённинг сурункали кечиши кузатилади, бунга гемофилия таёқчаларининг ўпка тўқимаси билан умумий антигенларга эга бўлиши эҳтимолдан холи эмас. Зотилжам кўпинча ларинготрахеобронхит билан кечади (Ўткир стенозирловчи ларинготрахеобронхит). Жараён кўп ҳолларда яхши натижа билан тугайди, баъзан сурункали зотилжамга ўтиши мумкин.Протейлар томонидан чақирилган зотилжам, сезиларсиз бошланади, ҳарорат нисбатан баланд, лейкоцитоз , аммо кўпинча абцесс ривожланади.

Кўк йирингли таёқчалар чақирган зотилжам ҳолсизланган беморларда, ўпка юракда бажарилган жарроҳлик амалиётлардан кейин, ёки узоқ вақт антибиотиклар қабул қилганда юзага келади.З. оғир кечиши билан характерланади, жараённинг диссеминацияланиш ва абсцессланишга мойиллиги бор, баъзан пневмоторакс билан асоратланади. Жараённинг бундай кечишини кўк йирингли таёқчаларнинг юқори токсик таъсирга эга экзотоксинлар ва гемолизинлар ишлаб чиқариши билан тушинтириш мумкин .

Бирламчи замбуруғли Пневмонифлар нисбатан камроқ учрайди. Кўпинча уларни Candida ва Aspergilius замбуруғлари чақиради. Ўпканинг Candida замбуруғлари билан зараланиши ўчоқли ёки интерстициал бўлиши мумкин. Ўчоқли кандидозли П.ларда одатда жараён ўчоқларининг қўшилиб кетиши кузатилади, бир ёки икки бўлакни эгаллайди. Касаллик аста секин бошланади, ҳарорат гектик, субфебрил ёки нотўғри типда бўлади, узоқ вақт сақланади. Балғам оз миқдорда, шилимшиқ, баъзан қон аралаш. Физикал ўзгаришлар турли даражада намоён бўлади, баъзан бўлмаслиги мумкин. Пневмонифларда пневмоник фокусларнинг миграцияси билан кечувчи рецидивланиб кечиши кузатилади. Касаллик кўпинча обструктив синдром билан кечиб, серозли ёки геморрагик плеврит билан асоратланади.

Аспергиллез П. ўткир бошланади,биринчи кунларданоқ абсцессланиш кузатилади. Унга ҳароратнинг юқори бўлиши, биқин сохасида оғриқ бўлиши, қон аралаш балғам ажралиши хосдир. Беморнинг ахволи жуда оғир бўлади, озиш ва анемия кузатилади.

Хламидиялар томонидан чақирилган пневмония бирламчи ривожланиши ( Chlamydia pneumoniae томонидан чақирилган бирламчи хламидияли пневмония) ёки зоонозли хламидиоз кўринишида намоён бўлиши мумкин,масалан қўзғатувчиси Chlarnydia psittaci бўлган [Орнитоз](http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine/21248/Орнитоз). Улар турлича кечиши билан характерланади. Аксарият ҳолларда интоксикация жараёни яққол намоён бўлади, физикал ўзгаришлар аксинча ва доимий эмас, рентгенологик белгилар яққол.Аввалига ўзгаришлар оралиқ тўқимада кузатилиб, кейинчалик жараён паренхимага хам тарқалади. Асосий симптом жигар ва талоқнинг катталашиши. ЭЧТ 60 мм/соатгача ошиши характерлидир.

Легионеллез пневмония ёки легионер касаллиги.Легионелла грамманфий бактерия булиб, инфекция манбаи аэрозоллар кондиционер хавоси, дущ, ванна курилмалари, сув хавзалари хисобланиб, асосан ёзда кузатилади. Ушбу касалликга олиб клувчи хавф омилларига:

сурункали алкоголизм

сурункали бронхопулмонал патология.

Чекувчилар

кандли диабет

иммунтанкислик холатлар

иммунодепрессантлар кабул килувчилар.

Кондинционер, канализация, душ ва сув ишлар билан шугулланувчилар.Касаллик купрок урта ва катта ёшли эркаакларда учрайди ва хаво томчи йули оркали упкага тушади. Касаллик уткир бошланади, кучли холсизлик, калтираш, тана хароратини кутарилиши, кунгил айниши, кучли бош огриши, хансираш йутал ва баъзан кон туфлаш , галлюцинация периферик нейропатия кузатилади. Аксарият холларда легионеллез пневмонияда упканинг унг томони ва патски булаги зарарланади. 50% беорларда экссудатив плеврит ривожланади. Периферик кон талилида лейкоцитозформулани чапга силжиши, нисбий лимфопения, тромбоцитопени ва ЭЧТ ни ошиши кузатилади. Асаллик огир кчганда сезиларли нафас етишмовччилиги , инфекцион токсик шок , упка шиши ва инфаркти, ошкозон, бачадон ва ичакдан кон кетиши ривожланиши мумкин.

Микоплазмали пневмония. (Mycoplasmapneumoniae) пневмония билан касалланганларнинг 20% ни ташкил этади. Касалликнинг оила ичида таркалиши характерли булиб, куз ва киш фасл- ларида, мактаб ёшидаги болалар, талабалар ва харбийлар (5 ёшдан 40 ёшгача) орасида купрок учрайди. У зарарланган одамдан хаво томчи й^ли билан утади ва яширин даври 3 хафтагача була­ди. Касаллик аста-секин бошланиб, дастлаб юкори нафас йулларининг зарарланиши юз беради ва бош огриги, кам харакатлик, иситмалаш, миалгия, куп терлаш, кучли холсизлик, томок огриши, овоз бугилиши кузатилиб, кейинчалик бронхит ва пневмония белгилари намоён булади. Беморлар- нинг 50% да гайморит кузатилади. Йутал микоплазмали пневмониянинг куп учрайдиган белгиси хисобланиб, кам шилликли ва баъзан кон аралаш балгам ажралади. Иситмалаш микоплазмали инфекциянинг характерли белгиси булса хам, юкори даражага кутарилмайди ва рентген узгариш- лар хамда кон тахлилидаги белгиларга мос келмайди.

ДАВОЛАШ. Даволаш дастури: ­Даволовчи режим ва рационал овқатланиш ; ­ этиотроп (антимикроб) терапия; ­ патогенетик терапия: ­ дезинтоксикация ва иммунокоррекция; бронхларнинг дренаж функциясини балғам ажратувчилар ва бронхолитиклар ёрдамида тиклаш; ­Яллиғланишга қарши препаратлар; ­ оксигенотерапия; ­Асоратлар ва ёндош касалликларнинг патогенетик терапияси; ­ симптоматик терапия: оғриқ қолдирувчи, ҳароратни туширувчи, йўталга қарши воситалар; ­ физиотерапия, ЛФК.

экзо- ва эндотоксинларга қарши йўналтирилган дезинтоксикационтерапия. Бу иммунокорригирловчи терапиянинг асоси ҳисобланади.Реополиглюкин, вена ичига томчилатиб 3-4 кун кетма - кет инфузиялари ўтказилади. Нативдонор плазмаси (бронхообструкция синдроми йўқлигида ) 3-5 трансфузияси (у ерда иммуноглобулинлар бор), антистафилококк плазмаси (200-300 мл), антистафилококкли полиглобулин (50-70 мл вена ичига томчилатиб кун ора).

ЭМД ҳам қўлланилади (гемосорбция 1-2 сеанс1-3 кун интервал билан).

Бронхларнинг дренаж функциясини яхшилаш учун:­ алтей, қизилмия илдизи;­ амброксол 30 мг (1 таблетка) 3 маҳал 1 кунда;­ АЦЦ 20% эритмаси 3 мл/ингаляция, минимум 2та ингаляция 1 кунда;­ теотард (0,2 г 1 таблетка суткасига 2 маҳал) ёки эуфиллин в/в оғир пневмонияда.

Эмпирик антимикроб терапиянинг давомийлиги:­Ҳамма ҳолатларда антибиотикотерапия 5 кундан кам бўлмаслиги керак ва ҳарорат нормаллашмагунча 48 соат давомида қилиниши керак;­Антибиотик субфебрил ҳолатнинг 3-4 кунида лейкоцитлар миқдори ва лейкоцитар формуланинг нормаллашиши шарти билан маън қилиниши мумкин; ­енгил ва ўрта оғир кечишида камадан кам 10 кундан кўп қўлланилади (ЦФ, ПЦ, макролидлар); ­ЯҚНВ (масалан, диклофенак) микробсиз инфильтратларнинг сўрилишини тезлаштиради( антибиотикотерапиядан кейин). Пневмониядан кейин (тузалиш критерийлари):

­ клиник: ­ астенизация, юқори толиқувчанлик, жисмоний юкламада терлаш ( лекин уйқуда эмас);­ Везикуляр нафас ёкизарарланган соҳада бироз сусайган, бу вақтда қаттиқ нафас кузатилмаслиги керак; ­ рентгенологик: ­Яллиғланмаган характердаги қолдиқ ўзгаришлар;

­ лаборатор: ­ ЭЧТ 15 мм/соатдан кўп эмас; ­ лейкоцитлар нормада, лимфоцитлар 40%гача, эозинофиллар 6-8%; ­ СРО йўқ, гамма-глобулинлар – 20% гача.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Нозологик  шакли | Кузгатувчиси | Танланган  препарат | Альтернатив  дорилар | ИИзох |
| Пневмони­янинг енгил кечиши. Ёши < 60, ёндош касалли­ги йук | Streptococcus  pneumoniae.  Mycoplasma  pneumoniae.  Chlamydia  pneumoniae.  Haemophilus  pneumoniae. | Перорал ами-  нопенициллин  (химояланган),  амоксициллин,  амоксициллин/  клавуланат | Макролидлар, янги фторхинолонлар (левофлоксацин, моксифлоксацин) | Микробиоло­гик ташхис |
| Пневмони­янинг енгил кечиши. Ёши > 60, ёндош касалли­ги бор | Streptococcus  pneumoniae.  Haemophilus  influenzae.  Staphylococcus  aureus.  Enterobacteriaceae | Перорал бета-лак- там антибиотиклар: амоксициллин/  клавуланат, цефу- роксим аксетил | Янги фторхинолон­лар (левофлоксацин, моксифлоксацин), цефтриаксон. | Микробиоло­гик ташхис  биоло­гик ташхис.  Ёндош касалли­клар: КД, СЮЕ, жигар циррози, алкоголизм, наркомония. |
| Пневмониянинг енгил ва урта огир кечиши | Streptococcus pneumoniae. Chlamydia pneumoniae. Haemophilus influenzae. Staphylococcus aureus. Enterobacteriaceae | Ампициллин т/и, амоксициллин/клавуланат, цефуроксим, цефотаксим, цефтриаксон. | Янги фторхинолон­лар (левофлоксацин, моксифлоксацин), цефтриаксон. | Микробиоло­гик ташхис |
| Пневмониянинг огир ва жуда огир кечиши | Streptococcus pneumoniae. Legionella spp. Staphylococcus aureus. Enterobacteriaceae | Танлов препаратлари: амоксициллин/клавуланат т/и + макролид т/и, цефотаксим + макролид т/и, цефтри­аксон + макролид т/и.  Аль (ципрофлоксацин, офлоксацин) + цефалоспорин Ш-авлоди. Янги фторхинолонлар (лево-флоксацин, моксифлоксацин) | Альтернатив препаратлар: фторхинолонлар | Микробиоло­гик ташхис |

Ролли ўйиннинг тахминий мундарижаси:

Бемор 33 ёш, йўтал “зангсимон” балғам ажралиши билан, кўкрак қафасининг ўнг томонида оғриқ ва юқори ҳароратга шикоят қилиб келди.

Беморнинг сўзига кўра касаллик совқотганидан кейин 4 кун олдин бошланган. Ўткир бошланган ва ҳарорати 39,8°С гача йўталгача ва ундан кейин кўтарилган. Олдин қуруқ йўтал 2 кундан сўнг эса қонли “зангсимон” балғам ажралишни бошлаган.

Объектив: тери ва шиллиқ қаватлари рангпар, ёноқлари қизил. Юрак тонлари бўғиқлашган,НОС 34та 1 мин. Кўкрак қафасининг ўнг томони нафас олиш актидан орқада қолмоқда. Пальпацияда: ўнг томонда пастда овоз дириллаши кучайган. Перкутор: ўнг томонда орқа ва пастки қисмларида бўғиқ товуш. Аускультатив: ўнг томонда пастки қисмларида бронхиал нафас. Абдоминал патология аниқланмади. Тана ҳарорати 38,8°С

УҚA: Нb- 118 г/л; Эр-4,0х10/12 л; Л- 10,8x10/9 л. СОЭ - 22 мм/с. УСА: 100 мл, ранги - р/сс, с/о - 1019, оқсил - abs, лейкоцитлар 3-4/1;

Кўкрак қафаси рентгенограммаси: ўнг томонда пастки бўлаги базал сегментида гомоген характердаги қорайиш.

Беморнинг муаммолари:

1) йўтал “зангсимон” балғам ажралиши билан, кўкрак қафасининг ўнг томонида оғриқ

2) юқори тана ҳарорати

УАШ тактикаси:

1) бемор билан психологик контактда бўлиш.

2)анамнезини аниқлаш (сурункали тонзиллит, отит ваб.).

3) норегуляр даволаниш сабаблари.

4) буюриш: умумий қон анализи,умумий сийдик анализи, кўкрак қафаси рентгенографияси, балғам анализива экмаси.

Гуруҳ билан “бемор” ролини ўйнайдиган талабанинг ҳаракатларини келишиб олиш. Кейин беморга қандай текширувлар ўтказиш кераклигини аниқлаб олиш. Аввал “врач” ролини ўйнаётган талаба жавоб беради, кейин жавобни бутун гуруҳ талабалари тўлдиришади. Ўйин охирида ҳар бир талабанинг аналитик қобилиятини баҳолаш зарур. Машғулотнинг амалий қисми – талабалар томонидан беморлар курацияси – пульмонология бўлимида ўқитувчи кузатуви остида ўтказилади.

Тематик кўрик учун ўпка патологияси бўлган касаллик тарихида етарли минимум текширувлар: умумий қон ва сийдик анализи, ревматоид факторга, СРО, серомукоид, сулема синамаси, АСЛО, АСК, АСГ, сийдик кислотаси, кўкрак қафаси рентгенографияси бўлган 2-3та бемор тайёрланади. Кўрик пайтида бемор шикоятларининг аҳамиятли томонларига йўтал характери, қуруқ ёки балғам ажралиши билан, балғам характери( йирингли, қон томчилари билан)га эътиборни жамлаш керак.

Йўталнинг характерига кўра анамнез йиғишнинг кетма-кетлигига аҳамият берилади.

Физикал текширувлар кўкрак қафасининг оғриқлилиги аниқланишига, пальпация, перкуссия ва аускультацияга йўналтирилган бўлади.

Теоретик қисм «галерея бўйлаб тур»методи бўйича ўтказилади.

Мақсад: талабаларни маълумотга критик баҳо беришни ўргатиш ва ушбу муаммо бўйича билимлари тўлиқлигини аниқлаш.

Ҳар бир кичик гуруҳда бир муаммо берилади ва улар буни ёзма шаклда 10 минут давомида ечадилар ҳамда масалалари билан алмашадилар. Олдинги гуруҳнинг хатоларини аниқлаш ва жавобларга қўшимча қилиш ва якуний жавоб вариантини қабул қилиш барча иштирокчилар билан муҳокама қилинади. Галерея бўйлаб тур методикаси талабадан эътиборнинг максимал концентрацияси ва ушбу соҳага яхши назарий тайёргарликни талаб қилади.

Мисол : машғулот мавзуси « Йўтал балғам ажралиши билан». Учта кичик гуруҳга биттадан савол берилади: саволлар вариантидан биттаси тавсия қилинади.

1.Ўпка касалликларидаги йўтал характеристикаси.

2.Касалхона ичи ва касалхонадан ташкари пневмониялар дагностикаси.

3.Пневмонияларни даволаш мезонларии

Шундай қилиб 30 минут ичида ўқитувчи талабаларнинг мавзунинг ҳар хил бўлимлари бўйича тайёргарлик даражаси ва уларнинг ўз фикрини намоён қила олиши тўғрисида тасаввурга эга бўлади.

Жавоблар:

1. давомийлиги бўйича йўтал қуйидагича бўлади: давомий – кун бўйи давом этади – бронхлар, ҳиқилдоқ сурункали касалликларида, ўпка силининг бир қанча клиник вариантларида, ўпка ракида, даврий йўтал – чекишда, ўпка силининг эрта босқичларида, БА ва пневмонияда, эрталабки йўтал – БЭК, ўпка абсцессида, гастроэзофагеал рефлюксда, чекишда, тунги йўтал – ўпка ТБЗ, лимфогранулематоз, ўпка ракида, кичик қон айланиш доирасидаги димланишда, овозсиз йўтал кучсиз беморларда ва ўлимдан олдин учрайди.

Балғам характери бўйича:

Сероз

Шиллиқли – трахеитда, ўткир бронхитда учрайди; лаб. – лейк. 5-6/1

Йирингли сассиқ ҳид билан – БЭК, ўпка абсцессива гангренаси – лейк.лар жуда кўп миқдорда

Аралаш (шиллиқ-йирингли) – пневмония, крупоз пневмонияда – «зангсимон»

Қон тупуриш – ўпка ракида, эхиноккокоз, ўпка инфарктида, митрал стенозда, бронхоэктазларда, ўпка ТБЗ да, бўлакли пневмонияда, ТЭЛА

Шишасимон – БА

«Малинали желе» – ўпка ракиIVдар.

пушти, кўпикли – ўпка шишида

2. коннинг умумий тахлили;

♦ коннинг биокимсвий тахлили (электролитлар, ферментлар);

♦ упканинг икки проекциядаги рентгенографияси;

♦ балгамни бактериоскопияси (Грам усулида буяш);

♦ балгамни экиш (антибиотикка сезувчанлигини аниклаш);

♦ умумий сийдик тахлили.

2. Курсатмалар булганда солиштирма ташхис утказиш максадида :

♦ юкори харорат ва калтираш булганда конни экиш;

♦ вентиляция бузилишида ТНФни текшириш;

♦ нафас етишмовчилиги булган огир беморларда кондаги газ (Р02, РС02) ва кислота-ишкор мувозанатини аниклаш;

♦ плевра бушлигида суюклик булганда, уни цитологик, биокимёвий, микробиологик текшириш;

♦ упкада усма ёки тукимасида деструкцияга шубха булганда КТ;

♦ атипик пневмонияда серологик (кузгатувчига антитанага аниклаш учун синамали текширишлар);

♦ фибробронхоскопия - усмага шубха булганда, кон туфлаш кузатилганда, пневмония чузилиб кечганда;

3.Асоратланмаган касалхонадан ташқари пневмонияда антибиотиклар билан даволаш тана ҳарорати турғун нормаллашганча (одатда курс 10 кунни ташкил этади) давом эттирилади, касаллик асоратланиб кечганда, касалхона ичи пневмониясини антибиотиклар билан даволаш муддати индивидуал равишда тайинланади. Антибиотиклар билан даводан ташқари, пневмонияда патогенетик ва симптоматик даво ўтказилади. Нафас етишмовчилиги мавжуд бўлса кислородли терапия, кучли интоксикацияда — дезинтоксикацион терапия: гемодез инфузияси (400 мл кунига), натрий хлориднинг изотоник эритмаси (1000-3000 мл кунига), глюкозанинг 5% эритмаси (400-800 мл кунига) ўтказилади. Бронхиал обструкция белгилари пайдо бўлганда бронхолитиклар қўлланилади (атровент 2-4 марта ютинишдан кунига 4 марта, беродуал 2 ютинишдан кунига 4 марта, эуфиллин 5—10 мл 2,4% эритмаси вена ичига кунига 2 марта) қўлланилади. Беморни қийнайдиган, қийин ажраладиган балғамли йўталда йўталга қарши препаратлар (либексин 0,1-0,2 г 3-4 марта кунига, тусупрекс 0,01-0,02 г кунига 3 марта) қўлланилади, бронхларнинг дренаж функциясини яхшилаш мақсадида балғам кўчирувчи препаратлар (амброксол кунига 100 мг.дан, ацетилцистеин кунига 600 мг.дан ва б.) ишлатилади. Ҳарорат юқори ва уни кўтариш қийин бўлганда, ҳамда кучли плеврал оғриқлар кузатилганда, ностероид яллиғланишга қарши воситалар (парацетамол, вольтарен ва б.); микроциркулятор бузилишларни коррекциялаш мақсадида гепарин (20минг ЕД кунига) ишлатилади. Тана ҳарорати нормаллашгач, қарши (абсцесс, қон туфлаш, ўпканинг специфик зарарланишига гумон бўлса, қон томир системасининг оғир ёндош касалликлари) бўлмаса физиотерапия (индуктотермия, микротўлқинли СВЧ ва гепарин, лидаза ва б. дори воситалари билан электрофорез) ўтказилади. Оғир кечган ва қайталанувчи пневмонияларда, ўткир ёки сурункали нафас етишмовчилиги билан асоратланган бўлса, беморлар интенсив палатага ётқизилади; бронхоскопик дренаж қўлланилиши мумкин, артериал гиперкапнияда — ёрдамчи сунъий нафас олдирилади. Ўпка шиши, инфекцион токсик шок ва бошқа оғир асоратлар бўлса, пневмонияни даволаш реаниматолог билан ҳамкорликда олиб борилади. Стационардан чиқарилган клиник соғайиш ёки ремиссия давридаги шахслар диспансер назоратига олиниши керак. Реабилитация мақсадида уларни санаторияга йўллаш мумки

3. Аналитик қисм.

Вазиятли масала№1:

49 ёшли бемор йўтал қийин ажралувчи балғам билан, ҳансираш, умумий ҳолсизлик ва иш қобилиятининг пасайишига шикоят қилиб келди.

5 йилдан бери касалланади. Беморнинг сўзига кўра йўтал йилига 2 марта пайдо бўлади ва 3 ой давом этади. Шу билан бирга бемор чангли жойларда бўла олмайди, чунки йўтал ва ҳансираш кучайиб кетади. Кунига 1 пачка сигарет чекади.

Тери қоплами ва кўринарли шиллиқ қаватлари одатдаги рангда, пульс 92 та зарба 1 минутда, ритмик, АҚБ 120/70 мм.сим.уст., НОС 27та 1 минутда. Кўкрак қафаси бочкасимон. Ўпкада перкутор қутичали товуш. Ўпканинг пастки қирраси ҳаракатчанлиги чегараланган. Аускультацияда - сусайган везикуляр нафас фонида қуруқ ҳуштаксимон хириллашлар эшитилади. Пикфлуометрия 430 мл.

НЧЭЮТ - 78%. Қон умумий таҳлилида -лейкоцитоз. Умумий сийдик таҳлили ўзгаришсиз.ЭКГ ўзгаришсиз. Умумий балғам таҳлили: балғам шиллиқ йирингли характерда,кўп нейтрофиллар ва якка макрофаглар бор.

Кўкрак қафаси рентгенографияси: ўпка илдизи томир суратининг кучайганлиги ва ўпка эмфиземаси белгилари.

Йўтал синдроми билан кечадиган тўрттадан кам бўлмаган касалликни санаб беринг.

Тахминий ташҳис;

Информатив текшириш усуллари;

Рентгенограммадаги конкрет ўзгаришларни кўрсатинг;

УАШ тактикаси (даволаш принциплари ва иккиламчи профилактика);

2. Вазиятли масала.

33 ёшли бемор йўтал “зангсимон балғам” ажралиши билан, кўкрак қафасининг ўнг томонидаги оғриқ ва тана ҳароратининг юқорилигига шикоят қилиб келди.

Беморнинг сўзига кўра 4 кун аввал совқотишдан кейин касалланган. Касаллик ўткир юқори тана ҳарорати 39,8°Сгача ва йўтал билан бошланган. Йўтал аввал қуруқ, 2 кундан кейин эса «зангсимон» қонли балғам ажрала бошлаган.

Объектив: тери қопламлари оқарган, ёноқлари қизарган. Юрак тонлари бўғиқлашган, НОС 34 та 1 мин.да. кўкрак қафасининг ўнг томони нафас олиш актидан орқада қолмоқда. Пальпацияда: ўнг томонда пастда овоз дириллаши кучайган. Перкутор: ўнг томонда пастда пастки қисмларида тўмтоқ товуш. Аускультатив:ўнг томонда пастки қисмларида бронхиал нафас. Абдоминал патология аниқланмади. Тана ҳарорати 38,8°С

УҚA: Нb- 118 г/л; Эр-4,0х10/12 л; Л- 10,8x10/9 л. СОЭ - 22 мм/с. УСА: 100 мл, ранги- с/с, с/о - 1019, оқсил - abs, лейкоцитлар 3-4/1;

Кўкрак қафаси рентгенографияси: ўнг томонда пастки бўлакнинг базал сегментларида гомоген характердаги сояланиш аниқланади.

Йўтал синдроми билан кечадиган тўрттадан кам бўлмаган касалликни санаб беринг.

Тахминий ташҳис;

Информатив текшириш усуллари;

Рентгенограммадаги конкрет ўзгаришларни кўрсатинг;

УАШ тактикаси (даволаш принциплари ва иккиламчи профилактика);

4. БИЛИМ, БАЖАРИШ ВА КЎНИКМАЛАРНИ БАҲОЛАШ ТУРЛАРИ

Оғзаки

Ёзма

Вазиятли масалаларни ечиш

Ўзлаштирилган амалий кўникмаларни намойиш қилиш

5.**Назорат саволлари**.

1.Пневмониянинг классификацияси.

2. Йўтал синдроми билан кечадиган касалликларнинг қиёсий ташҳиси.

3. Ўткир пневмонияда тез тиббий ёрдам кўрсатиш.

4. Йўтали бор беморларни олиб бориш тактикаси.

5. Йўтали бор беморларни амбулатор даволаш.

6. Госпитализацияга кўрсатмалар.

7.Йўтал синдроми билан кечадиган касалликларда беморларнинг меҳнат қобилиятини аниқлаш.

8. Профилактика

|  |
| --- |
|  |

**Амалий машғулот№5**

**Мавзу : Ўпка диссеминацияси ва ўпкада сояланиш синдроми. Ўпканинг сегментар ва бўлакли сояланишида қиёсий таққослаш: бўлакли пневмония, ўпканинг инфильтратив сили, ўпка инфаркти. Ўпка диссиминациясида қиёсий таққослаш: ўпка силининг гемотоген-диссеминирланган шакли, пневмокониоз, саркоидаз, ўпка метастази. УАШ тактикаси ва профилактика усуллари.**

**Ўқитиш технологияси**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ўқиш вақти: 6 соат | | |
| Дарснинг тузилиши | Ўқув тематик хона.  Стационар, пульмонология булими.  Ўқув қўлланмалар, фантомлар, муляжлар, тарқатма материаллар, вазиятли масалалар тўплами ва тестлар.  Телевизор, видео аппаратура, мультимедиа | |
| Ўқув дарсининг мақсади: УАШни “Умумий амалиёт шифокорининг квалификацион характеристикаси”да назарда тутилган талабларга мос равишда Ўпканинг бўлакли ва сегментар зарарланишининг турли кўринишлари(Бўлакли пневмония, ўпканинг инфильтратив сили, ўпка инфаркти) билан касалланган беморларни тиббиётнинг бирламчи бўғинида ўз вақтида эрта ташҳислаш ва қиёсий ташҳислаш, даволаш, хамда олиб бориш тамойилларига ўргатиш. | | |
| Педагогик вазифалар:  1. УАШга ўз вақтида диагноз қўйишни, қиёсий ташҳис ўтказишни, ўпканинг бўлакли ва сегментар зарарланишида, бўлакли пневмонияда, ўпканинг инфильтратив силида, ўпка инфарктида, касалхонадан ташқари ва касалхона ичи пневмониясида энг оптимал даволаш тактикасини танлашни ўргатиш.  2. Теоретик билимларни ўргатиш ва мустаҳкамлаш.  3. Амалий кўникмаларни яхши эгаллаши.  4. Амалиётда ўзлаштирган билим ва кўникмаларини қўллаши. | | Ўқитиш фаолиятининг натижалари:  Талаба билши зарур:  1.Ўпканинг бўлакли ва сегментар зарарланишида, бўлакли пневмонияда, ўпканинг инфильтратив силида, ўпка инфарктида, қиёсий ташҳис ўтказишни.  2.Ўпканинг бўлакли ва сегментар зарарланишида, бўлакли пневмонияда, ўпканинг инфильтратив силида, ўпка инфарктида, хавф омилларини ва критерийларини.  3.Ўпка диссиминациясида қиёсий таққослаш: ўпка силининг гемотоген-диссеминирланган шакли, пневмокониоз, саркоидаз, ўпка метастази. УАШ тактикаси ва профилактика усуллари.  4.Клиникаси ва эрта ташҳислаш усуллари.  5.УАШ тактикаси (текширувга жўнатиш, консультация, госпитализация).  Талаба бажара олши керак  1.Профессионал сўров, тизим ва аъзоларини кўрикдан ўтказиш.  2.Кўкрак қафасини пальпация, перкуссия, аускультация қилиш  3.Клиник ва биохимиявий, бактериологик текширув натижаларини интерпретация қилиш  4.Рентген натижаларини ўкиш  5.Дастлабки ва якуний ташҳис қўйиш  6.Керакли ҳужжатларни тўлдириш (касаллик тарихи, амбулатор карта)    8.Соғлом турмуш тарзини тарғиб қилиш: рационал овқатланиш, шахсий гигиена, зарарли одатлари билан кураш, ўчоқли инфекция профилактикаси, ЛФК  9.Касалликларни эрта аниқлаш учун скрининг дастурларни тузиш |
| Ўқитиш услублари | | графикли органайзер- концептуал жадвал, видеотасвир томоша қилиш, бахс, сухбат, тестлар ва вазиятли масалалар ечиш. |
| Ўқитиш фаолиятини ташкил қилиш шакллари | | Индивидуал тарзда иш юритиш, гурухларда ва жамоа бўлиб ишлаш, аудитор, аудиториядан ташқари вазифалар бажариш. |
| Ўқитиш ускуналари | | Тарқатма визуал ўқув материаллар, видеофильмлар, муляжлар, графикли органайзерлар, тиббий хариталар мажмуаси, жадваллар ва стендлар. |
| Қайта алоқа услуб ва ускуналари | | Оғзаки назорат: назорат саволлари, гуруҳларда ўқув машғулотларини бажариш, амалий кўникмаларни бажариш, ТМИ. |

1**. Машғулот мазмуни**

Назарий қисм

Йўтал– беморларнинг УАШга мурожаат қиладиган шикоятларидан биридир. Йўтал – организмнинг ҳимоя реакцияси бўлиб, юқори нафас йўлларидан ёт жисм, экссудат, чангларни чиқариб ташлаш ҳисобланади ҳамда бу психоген генезли ёки қуйи нафас йўллари касалликларининг кўп учрайдиган симптомларидан бири ҳисобланади.

Йўтал– мураккаб рефлектор акт бўлиб, кўкрак қафаси ичидаги босимнинг тезда ошиши билан характерланади.

Йўтал кўпинча патологик симптом бўлиб ўпка касалликлари билан бирга кечади. Йўтал рефлекси адашган нервдан бошланади. Плеврадаги ёки нафас йўлларидаги рецепторларнинг қитиқланиши узунчоқ миядаги йўтал марказига узатилади. У ерда ретикуляр системанинг полисинаптик йўллари орқали бронхлар, ҳиқилдоқ, кўкрак қафаси ва диафрагманинг координациялашган реакцияси кузатилади. Кўкрак қафаси босими 140 мм.сим.уст.га етади. Йирик бронхларда ҳавонинг ўтиш тезлиги 30-40м/сек да 20-30 мартага тезлашади, сиғим тезлиги 12 л/с га етади. Ўпканинг бир қанча касалликларида йўтал специфик симптом ҳисобланиб йўтал рефлекси бош миянинг пўстлоқ қисми таъсири остида бўлади. Шунинг учун беморларни сўраб суриштирганда йўталнинг қачон пайдо бўлгани, унинг давомийлиги ва ажралаётган балғамнинг характерига эътибор бериш керак.

Этиологияси бўйича:

­Бўлакли ва кўп бўлакли инфекция – кўпинча пневмококк, камроқ легионелла, анаэроблар;

­Ўчоқли ва ўчоқли бириккан – пневмококк, стафилококк, легионелла;

­ милиар – замбуруғлар, туберкулезмикобактерияси;

­кўпчилик перибронхиал абсцесслар – стафилококк;

­юқори бўлакдаги битта думалоқ абсцесс – Фридлендер таёқчаси;

Этиологик сабабини аниқлаш мақсадида балғамни экиш, оғир пневмонияда эса қонни стерилликка экиш керак.

КЛИНИКА

Характерли синдромлар: ­ўткир интоксикация синдроми (ҳолсизлик, иштаҳа пасайиши, бош оғриғи, миалгиялар, ҳансираш, юрак уриб кетиши, рангпарлик ва АҚБ тушиб кетиши, ҳушнинг бузилиши); ўпка тўқимаси яллиғланиш синдроми(локал бронхит, ўпка тўқимасининг қалинлашиши, плевранинг жараёнга қўшилиши); яллиғланишнинг умумий клиник белгилари синдроми ( ҳарорат кўтарилиши, қалтираш, яққол тунги терлаш); ­ўткир фазали синамалар ўзгариши (лейкоцитоз нейтрофилли чапга силжиш билан, ЭЧТ ошиши, α2-глобулинлар миқдорининг 10%дан кўп ошиши, СРО пайдо бўлиши).

Асосий рентгенологик белгилар:

­альвеолаларга экссудат чиқишидан пайдо бўлган ўчоқли сояланишлар, ўлчами унча катта эмас 12-15 ммгача, думалоқ, бир бирига қўшилиши мумкин( ўчоқли қўшилган соялар);

Шакли бўйича:

­думалоқ (аниқ контурлари билан); ­булутсимон (аниқ бўлмаган контурлари билан); ­ Лобит кўринишида (бўлакли); ­ Перисциссурит кўринишида (бўлаклараро ёриқ томонидан контурлари аниқ, паренхима томонидан ноаниқ ).

Иккиламчи рентгенологик белгилар:

­ўпка суратининг патологик ўзгаришлари синдроми ( интерстициал тўқиманинг қалинлашиши, унинг ўзгариши, кучайиши, бойитилиши, деформацияси, ноаниқлиги); ­ўпка илдизининг зарарланган томонда кенгайиши (2-4 қовурғалараро); ­ лимфа тугунлари катталашиши ( одатда бўлмайди); ­Плевра реакцияси( қалинлашиши, битишмалар, швартлар, халталанган парапневмоник плеврит).

Биринчи 2 кунда рентгенограммада фақат ўпка суратининг( томирларининг) ўзгаришлари кўринади, ўчоқдаги инфекция эса 2-3 кундан кейин пайдо бўлади ва 5-7-10 кун сақланади, шундан сўнг ўпка суратининг ўзгаришлари, илдиз ўлчами қолади, аста секин пневмофиброз, пневмосклероз, карнификация( альвеолаларда фиброз эксссудат организацияси), плеврал бирикмалар пайдо бўлади

Дифференциал диагностика:

­­ўпка инфильтратив сили;

­ўпка раки ёки (кўпинча) ўпкага метастазлар;

­ўпка инфаркти;

­ўпканинг эозинофилли инфильтрати;

­ўпка ателектази;

­Димланишли ўзгаришлар.

Инструментал диагностика: КТ, биопсия.

ДАВОЛАШ

Даволовчи программа:

­Даволовчи режим ва овқатланиш (стол 15);

­ этиотроп (антимикроб) терапия;

­ патогенетик терапия:

­ дезинтоксикация ва иммунокоррекция;

­бронхларнинг дренаж функциясини балғам ажратувчилар ва бронхолитиклар ёрдамида тиклаш;

­Яллиғланишга қарши препаратлар;

­ оксигенотерапия;

­Асоратлар ва ёндош касалликларнинг патогенетик терапияси;

­ симптоматик терапия: оғриқ қолдирувчи, ҳароратни туширувчи, йўталга қарши воситалар;

­ физиотерапия, ЛФК.

экзо- ва эндотоксинларга қарши йўналтирилган дезинтоксикационтерапия. Бу иммунокорригирловчи терапиянинг асоси ҳисобланади.Реополиглюкин, гемодез, неогемодез, полидез 2-4 мл/кг/суткада, вена ичига томчилатиб 3-4 кун кетма кет инфузиялари ўтказилади. Нативдонор плазмаси (бронхообструкция синдроми йўқлигида ) 3-5 трансфузияси (у ерда иммуноглобулинлар бор), антистафилококк плазмаси (200-300 мл), антистафилококкли полиглобулин (50-70 мл вена ичига томчилатиб кун ора).

ЭМД ҳам қўлланилади (гемосорбция 1-2 сеанс1-3 кун интервал билан).

Чўзилувчан кечишида :

­ тимоген 100 мкг мушак орасига ҳар куни (касалликнинг 10-14 кунидан) 5-10 иңекция;

­ тималин 20 мг мушак орасига;

­ натрий нуклеинат биринчи кунидан;

­ антиоксидантлар: аскорбин кислота в/в 50 мг/кг + рутин ичишга 2 мг/кг; токоферол 60 мг/кг/сут.

Бронхларнинг дренаж функциясини яхшилаш учун:

­ алтей, қизилмия илдизи;

­ амброксол 30 мг (1 таблетка) 3 маҳал 1 кунда;

­ АЦЦ 20% эритмаси 3 мл/ингаляция, минимум 2та ингаляция 1 кунда;

­ теотард (0,2 г 1 таблетка суткасига 2 маҳал) ёки эуфиллин в/в оғир пневмонияда.

Эмпирик антимикроб терапиянинг давомийлиги:

­Ҳамма ҳолатларда антибиотикотерапия 5 кундан кам бўлмаслиги керак ва ҳарорат нормаллашмагунча 48 соат давомида қилиниши керак;

­Антибиотик субфебрил ҳолатнинг 3-4 кунида лейкоцитлар миқдори ва лейкоцитар формуланинг нормаллашиши шарти билан маън қилиниши мумкин;

­енгил ва ўрта оғир кечишида камадан кам 10 кундан кўп қўлланилади (ЦФ, ПЦ, макролидлар);

­ЯҚНВ (масалан, диклофенак) микробсиз инфильтратларнинг сўрилишини тезлаштиради( антибиотикотерапиядан кейин)

Пневмониядан кейин (тузалиш критерийлари):

­ клиник:­ астенизация, юқори толиқувчанлик, жисмоний юкламада терлаш ( лекин уйқуда эмас);­ Везикуляр нафас ёкизарарланган соҳада бироз сусайган, бу вақтда қаттиқ нафас кузатилмаслиги керак; ­ рентгенологик: ­Яллиғланмаган характердаги қолдиқ ўзгаришлар;

­ лаборатор: ­ ЭЧТ 15 мм/соатдан кўп эмас; ­ лейкоцитлар нормада, лимфоцитлар 40%гача, эозинофиллар 6-8%; ­ СРО йўқ, гамма-глобулинлар – 20% гача.

Ўпканинг инфильтратив туберкулези учун касалликнинг секин асталик билан ривожланиши, туберкулез қўзғатувчисига таъсир қилмайдиган антибактериал препаратлар билан даволашдан самарасиз булиши хос.

Рентгенологик туберкулезли инфильтрат пневмониядан контурлари аниқлиги, сояларнинг юқори интенсивлиги,секин асталик билан ривожланишива кўпинча иккинчи ёки олтинчи сегментда жойлашиши, перифокал зонадаги ўчоқли ўзгаришлари билан фарқ қилади. Ўпка силининг аниқ белгиларидан бири бўлиб инфильтратдан ўпка илдизигача бўлган “йўлакча” ҳисобланади.Диагноз қўйишга туберкулинли синамалар, бронхдаги ажралма ва балғамни микобактерияга такрорий текширувларини ўтказиш ёрдам беради, бронхоскопия, туберкулезли беморларда оқма йўллари ва бронхларнинг чандиқли ўзгаришлари аниқланиши мумкин.

[Саркоидоз](http://www.infomedi.ru/bolezn/212/3432)  
— номаълум этиологияли системали касаллик бўлиб, тўқималарда эпителиоид тўқима ва айрим Пирогов Лангхас гигант ҳужайраларидан таркиб топган гранулемалар хосил бўлиши билан характерланади. Гранулемалар бир хил типда бўлиб, айлана шаклда («штампланган»), атрофдаги тўқимадан аниқ чегараланган. Сил ҳосилаларидан фарқли ўлароқ уларда казеоз некроз бўлмайди. Саркоидоз асосан ёшлар ва ўрта ёшдаги одамларда, кўпроқ аёлларда учрайди. Деярли барча органлар: асосан лимфа тугунлари, ўпка, жигар, талоқ, камроқ холларда буйраклар, тери, кўзлар, суяклар ва б. зарарланади. Кўпроқ нафас аъзолари зарарланади.   
Симптомлари, кечиши. I босқич кўкрак ичи лимфа тугунларининг катталашиши билан характерланади. II босқичда бир вақтда асосан ўпканинг ўрта ва пастки қисмларида сезиларли интерстициал ўзгаришлар ва турли катталикда ўчоқлар аниқланади. III босқичда ўпкада диффуз фиброз аниқланади. Йирик бир бири билан қўшилган фокуслар бўлиб, буллез дистрофик ва бронхоэктатик бўшлиқли эмфизема ва плевранинг қаттиқлашиши кузатилади. Тахминан касалларнинг 1/3 қисмида 1 ва 2 босқичларда субъектив ўзгаришлар бўлмайди ва касаллик рентгенофлюорографик аниқланади. Касаллик ўткирости ёки сурункали, кам холларда тўлқинсимон кечади: холсизлик, субфебрилитет, кўкракда оғриқ, қуруқ йўтал, иштаҳа пасайиши кузатилади. Ўпкада хириллаш кам ҳолларда ва оз миқдорда аниқланади. Баъзан саркоидоз юқори ҳарорат билан ўткир бошланиб, оёқ бўғинларида шиш, болдир терисида тугунсимон эритема, ташқи лимфа тугунларининг катталашиши кузатилади. Қонда лимфопения ва моноцитозга мойиллик, кам ҳолларда эозинофилия кузатилади; ЭЧТ меъёр чегарасида ёки бир оз ошган бўлади. Характерли белгиси — туберкулинга маҳаллий ва умумий сезгирлик пасайиши, шу туфайли Манту синамаси одатда манфий бўлади. Бу ерда Квейма реакцияси мусбат бўлиши характерлидир: зарарланган лимфа тугунлари тўқимасининг гомогенати тери остига юборилади, бир ойдан кейин шу жойда саркоид гранулема (ҳозирги вақтда бу синама кам қўлланилади) пайдо бўлади. Касалликнинг III босқичида бу белгилар кучлироқ намоён бўлади, аста секин хансираш ва кўкариш ортиб боради. Касалликнинг давомийлиги бир неча ойдан кўп йилларгача бўлади. Клиник рентгенологик картинадан ташқари, диагнозни тасдиқлашда гистологик ва цитологик текширувларда лимфа тугунларида, терида, бронхларнинг шиллиқ қаватида ва ўпка тўқимасида саркоид гранулема элементлари аниқланиши ёрдам беради. Шу йўл билан саркоидозни силдан, ўпкадаги диссеминациялар ва бошқа касалликлардан қиёслаш мумкин. Даво носпецифик, биринчи навбатда глюкокортикоид қўлланилади. Спонтан тузалиш эҳтимоли борлиги учун глюкокортикоидлар 3-5 ой кузатувдан кейин, жараён спонтан инволюцияга мойиллик бўлмаса тавсия қилинади. Гормонал терапия полиартрит, тугунли эритема билан ўткир бошланганда, нафас функцияси бузилиши ривожланиб борганда, жараён генерализацияланганда, кўз, буйрак, тери, қон айланиш ва нерв системаси зарарланганда қўлланилади. Одатда преднизолон кунига 30-40 мгдан дозани аста секин камайтириб бориш тартибида, 6-8 ой, баъзан ундан ҳам кўпроқ қўлланилади. Гормонал терапияни қўллаш имкони бўлмаганда ёки унинг эффективлиги бўлмаганда ўрнига хингадин (делагил) 0,25 гр.дан кунига 12 маҳал, Е витамини 300 мг/сут.дан қўллаш мумкин. Бундан ташқари диетотерапия, физиотерапевтик процедуралар (УВЧтерапия), плазмаферез тавсия этилади.   
Прогноз аксарият ҳолларда ижобий якун топади. III босқичда секин аста ривожланиб борувчи ўпка юрак етишмовчилиги натижасида ўлим билан тугаши мумкин.

|  |
| --- |
| [Пневмокониозлар](http://www.infomedi.ru/bolezn/212/3429) Ўпканинг касб билан боғлиқ касаллиги бўлиб, узоқ вақт чангли ҳаводан нафас олиш натижасида юзага келади ва диффуз интерстициал фиброз ривожланиши билан характерланади. Касаллик тоғ руда, кўмир, асбест, машина қурилиши ва саноатнинг бошқа сохаларида ишловчи шахсларда учрайди. Пневмокониознинг ривожланиши чангнинг физик ва кимёвий хусусиятларига боғлиқдир.  Клиник картинаси. Пневмокониозлар бир қанча ўхшаш белгиларга эга: секин, сурункали кечади, ривожланиш тенденциясига мойил, ва кўп холларда мехнатга лаёқатлиликни йўқотишга сабаб бўлади; ўпкада қайтмас склеротик ўзгаришлар юзага келади. Умумий бўлиб, пневмоканиозларнинг профилактика мезонлари ҳам хисобланади, биринчи навбатда техник ва санитар гигиеник чораларнинг амалга оширилиши ҳисобланиб, бу чора тадбирлар иш жойларда ҳавонинг чангланишини максимал даражада камайтиришга қаратилган, ишга олишда ва режали равишда тиббий кўриклар ўтказилиб турилиши керак. Ишга олишга қарши кўрсатма бўлиб, ўпка туберкулези, юқори нафас йўллари ва бронхларнинг касалликлари, кўз, тери сурункали касалликлари, аллергик касалликлар хисобланади. Иш жараёнининг потенциал хавфлилигига қараб йилига 2 марта ёки 2 йилда тиббий кўрик ўтказиш мажбурий ҳисобланади. Текширувларни терапевт, оториноларинголог ўтказади, ва кўкрак қафасининг рентгенографияси, ташқи нафас функцияси текшируви ўтказилади. Профилактиканинг биологик усуллари организмнинг реактивлигини оширишга ва чангнинг организмдан тезроқ чиқиб кетишига қаратилган. Умумий ультрабинафша нурлари, ишқорли ингаляциялар, умумий ва нафас гимнастикалари тавсия этилади; оқсиллар алмашинувини нормаллаштирувчи ва кониотик жараённи тормозловчи махсус диета жорий этилади ва ташкиллаштирилади. Пневмокониознинг қуйидаги асосий турлари фақланади: силикоз и силикатоз, металлокониозлар, карбокониозлар, аралаш чангдан ривожланувчи пневмокониозлар (антракоспликоз, сидеросиликоз ва б.), органик чанглардан ривожланувчи пневмокониозлар фарқланади.  Силикоз — нисбатан кенг тарқалган ва оғир кечувчи пневмокониознинг турларидан бири бўлиб, узоқ вақт кремний (IV) оксиди аралашган чанг билан нафас олганда ривожланади. Асосан тоғ кон ишчиларида (бурғиловчилар, парчаловчилар ва б.), шу соҳага оид цех ишчиларида, оловга чидамли материаллар ва керамика маҳсулотлари ишлаб чиқарувчи шахсларда ривожланади. Бу касаллик сурункали ҳисобланиб, оғирлилик даражаси, ривожланиш тезлиги турлича бўлиши мумкин ва бевосита ютилаётган чангнинг агрессивлигига (чанг концентрацияси,ундаги эркин кремний (IV) оксидининг миқдорига, унинг дисперслиги ва б.) боғлиқ бўлади ва бундан ташқари чанг омилининг таъсир этиш муддатига ва организмнинг индивидуал хусусиятларига боғлиқ.  Патогенези. Нафас йўлларининг ҳилпилловчи эпителийсининг аста секин атрофияланиши чангнинг организмдан табиий йўл билан чиқиб кетишини кескин сусайтиради ва унинг альвеолаларда тутилиб қолишига сабаб бўлади. Ўпканинг интерстициал тўқимасида бирламчи реактив склероз ривожланади ва у тўхтовсиз ривожланиб боради. Кўпроқ ўлчами 12 мкм бўлган заррачалар агрессив ҳисобланади, улар бронхларнинг энг майда, чуқур шохларига кириб, ўпка паренхимасига етиб бориш хусусиятига эга бўлиб,шу ерда ушланиб қолади. Бу ерда ўпка тўқимасининг механик, ҳамда токсик кимёвий зарарланиши маълум роль ўйнайди, аммо чангнинг активлиги асосан унинг кристалитик хусусияти ва кристалларнинг оқсилларни адсорбирлаш хусусияти билан боғлиқ бўлади, бу хусусият эса уларнинг юзасида силанол гуруҳларнинг (SiOH) бўлиши билан боғлиқ. Бу эса фагоцитларнинг кўп миқдорда нобуд бўлиши ва уларнинг липопротеид табиатли моддалар (антигенлар) ажралиб чиқишига, антителолар ишлаб чиқарилишига сабаб бўлади, улар ўз навбатида преципитация реакциясига киришади; бунинг бари силикотик тугун ҳосил бўлишига олиб келади. Фиброз жараённинг ривожланиши қон айланишининг бузилишига, лимфостазга ва кейинчалик бириктирувчи тўқиманинг ўсишига сабаб бўлади. Бунинг бари бронхлардаги яллиғланиш ва атрофик жараёнлар билан биргаликда ўпка эмфиземаси, ўпкали юрак ва ташқи нафас етишмовчилиги ривожланишига олиб келади.  Симптомлари,кечиши. Касаллик сезилмасдан, чанг таъсир қилувчи шароитда узоқ муддат ишлаш натижасида ривожланади. Бошланғич клиник симптоматика сезиларсиз: жисмоний нагрузкада ҳансираш, ноаниқ характерли кўкракдаги оғриқ, ҳар замонда қуруқ йўтал. Беморни бевосита текширилганда кўпинча патология аниқланмаслиги мумкин. Аммо бошланғич босқичлардаёқ эмфиземанинг эрта белгиларини аниқлаш мумкин, у асосан кўкрак қафасининг ён пастки қисмида ривожланади: қутисимон перкутор товуш, ўпка қирралари ҳаракати ва экскурсияси чегараланиши, нафас сусайиши каби белгилар. Бронхларда ўзгаришлар келиб чиқиши қаттиқ нафас, баъзан қуруқ хириллашлар орқали намоён бўлади. Касалликнинг оғир формаларида ҳансираш тинч ҳолатда ҳам безовта қилади, кўкракда оғриқ кучаяди, йўтал доимий бўлиб, балғам ажралади, перкутор ва аускультатив белгилар кучайиб боради. Силикоз диагностикасида рентгенологик текширув асосий ҳисобланади. Бошланғич даврда рентгенограммаларда ўпка расмининг кучайиши ва деформация кузатилади, ячейкали ва тўрсимон кўринишлар пайдо бўлади, силикотик тугунларнинг айрим айрим соялари учрайди, бўлмалараро плевра қаттиқлашади; ўзгаришлар одатда симметрик, баъзан ўнг ўпкада кучлироқ намоён бўлган,асосан ўрта ва пастки бўлакларда локализациялашган бўлади. Кейинчалик бронхиал расмнинг деформацияси ортиб боради, кўп миқдорда майда доғсимон нотўғри шаклдаги соялар, улар орасида юмалоқ шаклли, аниқ контурга эга силикотик тугунлар (“қор бўрони” картинаси ёки касалликнинг II босқичи) кўринади. Жараён III босқичга ўтганда соялар қўшилиб йирик ўсмасимон конгломерат ҳосил қилади, кўпинча жараён туберкулез билан бирга кечганда. Клиник рентгенологик хусусиятларига кўра силикознинг 3 та формаси фарқланади: тугунли, интерстициал ва ўсмасимон турлари. Бошланғич силикотик ўзгаришларни қайта тиклаш муаммоси ҳал қилинмаган. Шу билан бирга силикоз беморларнинг таркибида кремний (IV) оксиди бор чанг таъсир қилувчи шароитда ишни тўхтатишларига қарамай, касаллик ривожланишга мойиллиги бор. Бир қанча омилларнинг (юқори дисперслик ва концентрация, чангда эркин кремний (IV) оксидининг кўп бўлиши, оғир иш шароити ва б.) бир вақтда таъсир қилиши силикознинг бир неча ойларда («эрта силикоз») ривожланишига олиб келиши мумкин, бундай ҳолатлар жуда кам учрайди.  Асоратлари:ўпкали юрак, ўпка юрак етишмовчилиги, пневмония, обструктив бронхит, бронхиал астма, кам ҳолларда бронхоэктатик касаллик. Силикоз баъзан туберкулез билан асоратланиб, касалликнинг аралаш формасига — силикотуберкулезга олиб келади. Силикоз билан ўпка туберкулезининг дифференциал диагностикасида, силикозда интоксикация симптомлари йўқлиги, шикоятлар ва физикал симптомлар нисбатан кучли ифодаланганлиги, характерли рентгенологик картина ёрдам беради. Силикознинг ўсмасимон формаси ўпка ракидан сояларнинг секин эволюцияси ва беморларнинг ахволи нисбатан яхшилиги билан фарқ қилади.Силикоз учун яна ташқи нафас кўрсаткичларининг ўзгариши характерлидир. |

Ролли ўйиннинг тахминий мундарижаси:

Бемор 33 ёш, йўтал “зангсимон” балғам ажралиши билан, кўкрак қафасининг ўнг томонида оғриқ ва юқори ҳароратга шикоят қилиб келди.

Беморнинг сўзига кўра касаллик совқотганидан кейин 4 кун олдин бошланган. Ўткир бошланган ва ҳарорати 39,8°С гача йўталгача ва ундан кейин кўтарилган. Олдин қуруқ йўтал 2 кундан сўнг эса қонли “зангсимон” балғам ажралишни бошлаган.

Объектив: тери ва шиллиқ қаватлари рангпар, ёноқлари қизил. Юрак тонлари бўғиқлашган,НОС 34та 1 мин. Кўкрак қафасининг ўнг томони нафас олиш актидан орқада қолмоқда. Пальпацияда: ўнг томонда пастда овоз дириллаши кучайган. Перкутор: ўнг томонда орқа ва пастки қисмларида бўғиқ товуш. Аускультатив: ўнг томонда пастки қисмларида бронхиал нафас. Абдоминал патология аниқланмади. Тана ҳарорати 38,8°СУҚA: Нb- 118 г/л; Эр-4,0х10/12 л; Л- 10,8x10/9 л. СОЭ - 22 мм/с. УСА: 100 мл, ранги - р/сс, с/о - 1019, оқсил - abs, лейкоцитлар 3-4/1;Кўкрак қафаси рентгенограммаси: ўнг томонда пастки бўлаги базал сегментида гомоген характердаги қорайиш.

Беморнинг муаммолари:

1) йўтал “зангсимон” балғам ажралиши билан, кўкрак қафасининг ўнг томонида оғриқ

2) юқори тана ҳарорати

УАШ тактикаси:

1) бемор билан психологик контактда бўлиш.

2)анамнезини аниқлаш (сурункали тонзиллит, отит ваб.).

3) норегуляр даволаниш сабаблари.

4) буюриш: умумий қон анализи,умумий сийдик анализи, кўкрак қафаси рентгенографияси, балғам анализива экмаси.

Гуруҳ билан “бемор” ролини ўйнайдиган талабанинг ҳаракатларини келишиб олиш. Кейин беморга қандай текширувлар ўтказиш кераклигини аниқлаб олиш. Аввал “врач” ролини ўйнаётган талаба жавоб беради, кейин жавобни бутун гуруҳ талабалари тўлдиришади. Ўйин охирида ҳар бир талабанинг аналитик қобилиятини баҳолаш зарур. Машғулотнинг амалий қисми – талабалар томонидан беморлар курацияси – пульмонология бўлимида ўқитувчи кузатуви остида ўтказилади.

Тематик кўрик учун ўпка патологияси бўлган касаллик тарихида етарли минимум текширувлар: умумий қон ва сийдик анализи, ревматоид факторга, СРО, серомукоид, сулема синамаси, АСЛО, АСК, АСГ, сийдик кислотаси, кўкрак қафаси рентгенографияси бўлган 2-3та бемор тайёрланади. Кўрик пайтида бемор шикоятларининг аҳамиятли томонларига йўтал характери, қуруқ ёки балғам ажралиши билан, балғам характери( йирингли, қон томчилари билан)га эътиборни жамлаш керак.

Йўталнинг характерига кўра анамнез йиғишнинг кетма-кетлигига аҳамият берилади.

Физикал текширувлар кўкрак қафасининг оғриқлилиги аниқланишига, пальпация, перкуссиява аускультацияга йўналтирилган бўлади.

Теоритик қисм «галерея бўйлаб тур»методи бўйича ўтказилади.

Мақсад: талабаларни маълумотга критик баҳо беришни ўргатиш ва ушбу муаммо бўйича билимлари тўлиқлигини аниқлаш.

Ҳар бир кичик гуруҳда бир муаммо берилади ва улар буни ёзма шаклда 10 минут давомида ечадилар ҳамда масалалари билан алмашадилар. Олдинги гуруҳнинг хатоларини аниқлаш ва жавобларга қўшимча қилиш ва якуний жавоб вариантини қабул қилиш барча иштирокчилар билан муҳокама қилинади. Галерея бўйлаб тур методикаси талабадан эътиборнинг максимал концентрацияси ва ушбу соҳага яхши назарий тайёргарликни талаб қилади.

Мисол : машғулот мавзуси « Йўтал балғам ажралиши билан». Учта кичик гуруҳга биттадан савол берилади: саволлар вариантидан биттаси тавсия қилинади.

1.Ўпка касалликларидаги йўтал характеристикаси.

2Ўпканинг инфильтратив сили кечиши.

Шундай қилиб 30 минут ичида ўқитувчи талабаларнинг мавзунинг ҳар хил бўлимлари бўйича тайёргарлик даражаси ва уларнинг ўз фикрини намоён қила олиши тўғрисида тасаввурга эга бўлади.

Жавоблар:

1. давомийлиги бўйича йўтал қуйидагича бўлади: давомий – кун бўйи давом этади – бронхлар, ҳиқилдоқ сурункали касалликларида, ўпка силининг бир қанча клиник вариантларида, ўпка ракида, даврий йўтал – чекишда, ўпка силининг эрта босқичларида, БА ва пневмонияда, эрталабки йўтал – БЭК, ўпка абсцессида, гастроэзофагеал рефлюксда, чекишда, тунги йўтал – ўпка ТБЗ, лимфогранулематоз, ўпка ракида, кичик қон айланиш доирасидаги димланишда, овозсиз йўтал кучсиз беморларда ва ўлимдан олдин учрайди.

Балғам характери бўйича:

Сероз

Шиллиқли – трахеитда, ўткир бронхитда учрайди; лаб. – лейк. 5-6/1

Йирингли сассиқ ҳид билан – БЭК, ўпка абсцессива гангренаси – лейк.лар жуда кўп миқдорда

Аралаш (шиллиқ-йирингли) – пневмония, крупоз пневмонияда – «зангсимон»

Қон тупуриш – ўпка ракида, эхиноккокоз, ўпка инфарктида, митрал стенозда, бронхоэктазларда, ўпка ТБЗ да, бўлакли пневмонияда, ТЭЛА

Шишасимон – БА

«Малинали желе» – ўпка ракиIVдар.

пушти, кўпикли – ўпка шишида

2.Упка сили бу организмнинг яққол умумий реакцияси ва зарарланган ўчоқдаги специфик яллиғланиш пайдо бўлиши билан характерланади. Кўпгина иқтисодий ривожланган мамлакатларда шу жумладан Россияда туберкулёз билан касалланиш ва ундан ўлиш ҳолатларри сезиларли камайган. Бундай эпидемиологик ҳолатлар болалар, ўсмирлар ва аёллар ўртасида яққол кўринади, эркакларда ва айниқса қари ўшдагиларда паст даражада ифодаланади. Шунга қарамасдан туберкулёз тарқалган касаллик ҳисобланади.

Ўпка силининг асосий симптомлари – бу:

-зарарланган ўчоқ соҳасида доимий оғриқ борлиги, оғриқлар жисмоний юкламадан кейин пайдо бўлиши ва ўпкадаги оғриқларнинг унчалик яққол бўлмаслиги;

- узоқ давом этувчи ўтиб кетмайдиган йўтал ажралиши қон томчилари билан;

-ҳансираш;

-ҳолсизлик;

-тана ҳароратининг эпизодик кўтарилиши 37,5гача.

Ташҳис флюорографиява туберкулинлисинамалар ёрдамида аниқланади. Регуляр, ҳар йилги флюорография – туберкулёзни эрта босқичларида аниқлашнинг етарли эффектив восита ҳисобланади.

Бўлакли (лобар) пневмония кўпинча оғир кечувчи ва тез ривожланувчи пневмококкли (крупоз) ва клебсиеллали пневмония шаклларида кузатилади. Крупоз (бўлакли) пневмония экссудатив реакциянинг яққоллиги, таркибида юқори миқдорда фибрин билан альвеолаларга суюқлик ўтиши, жараённинг ёнидаги плеврага ўтиши (плевропневмония); яллиғланиш бутун ўпка бўлагини ёки унинг бир нечта сегментини эгаллаши мумкин.

**Аналитик қисм.**

Вазиятли масалалар:

Вазиятли масала №1

36 ёшли беморда йўтал балғам ажралиши билан, терлаш, тез чарчаш, озиб кетиш ва субфебрил тана ҳарорати кузатилади. Беморнинг сўзига кўра 2 ойдан бери ўзини касал деб билади, касаллик тез чарчаш, терлаш ва ҳолсизликдан бошланган. Аста секин озишни бошлаган ва қисқа қуруқ йўтал безовта қила бошлаган. Бу давр оралиғида субфебрил тана ҳарорати ( 37,8°С атрофида) ва терлаш айниқса тунда кучайган. Охирги пайтларда шиллиқ-йирингли характердаги балғам пайдо бўлган. Яқинда қамоқдан чиққан. Кунига 1 пачка сигарет чекади, алкоголь ичимликларини истеъмол қилади.

Объектив: тери қопламлари оқарган. Юрак тонлари бўғиқлашган. Пульс 98 та 1 минутда. НОС - 22 та 1. мин. Аускультатив: ўнг томонда ўрта қисмларида везикуляр нафас сусайган ва жарангли майда пуфакчали нам хириллашлар эшитилади.Тана ҳарорати 37,5°С.

УҚA: Нb- 118 г/л; Эр-4,0х10/12 л; Л- 3,9x10/9 л. СОЭ - 22 мм/с. УСА: 100 мл, ранги-с/с, с/о - 1019, оқсил - abs, лейкоцитлар 3-4/1;

Кўкрак қафаси рентгенологик текширувида: ўнг томонда ўрта қисмларидаинфильтрат сояланишлар, диаметри 5 см атрофида, бир хил, ювилган чегаралари билан, фонда якка ўчоқ соялари аниқланади; инфильтрат соясида ноаниқ чегарали, нотўғри шаклдаги ёруғланиш соҳалари аниқланади.

Йўтал синдроми билан кечадиган тўрттадан кам бўлмаган касалликни санаб беринг.

Тахминий ташҳис;

Информатив текшириш усуллари;

УАШ тактикаси (даволаш принциплари ва иккиламчи профилактика);

|  |  |
| --- | --- |
| Пневмония, ТБЗ, ўпка раки, БЭК | 25 |
| Ўпканинг инфильтратив туберкулези | 25 |
| Кат. 3.1. ҚВП ёкиОП шароитида: УҚА, УСА (УҚA: Нb- 118 г/л; Эр-4,0х10/12 л; Л- 3,9x10/9 л. СОЭ - 22 мм/с. УСА: 100 мл, ранги-с/с, с/о - 1019, оқсил - abs, лейкоцитлар 3-4/1)  Кат. 3.2.: - кўкрак қафаси рентгенографияси , балғамни микобактерия ТБЗга таҳлили | 25 |
| туб. диспансерга госпитализация (программа DOTS) | 25 |

Вазиятли масала №2. 56 ёшли эркак ҚВПга қуйидаги шикоятлари билан мурожаат қилди: йўтал балғамда қон томчилари билан, бирданига ҳолсизлик, тез чарчаш ва тана вазнининг камайиши ҳамда иштаҳа пасайишига.Касаллик йўтал билан бошланган. Кейинчалик аста секин ҳолсизлик ва иштаҳа пасайишини ҳис қилган. Сўнгра овоз хириллаши пайдо бўлган ва 1 ой давомида тана ҳароратининг кўтарилиши бўлган (ҳар куни 38°Сгача). 2 ойда 10 кгга озган. Кўп йиллар давомида кунига 1-2 пачка сигарет чеккан. Яқинда йўтал қон томчилари билан пайдо бўлган.

Кўрикда тери қопламлари оқарган, пальпацияда чап томонда қўлтиқ остида лимфа тугунларининг катталашиши аниқланди, НОС 22та 1 мин.да, юрак тонлари бўғиқлашган, ўпкада перкуторно 3-4 қовурға соҳасида чап томонда ўпка товушининг тўмтоқлашиши, аускультатив чап томонда сусайган везикуляр нафас эшитилади..

НЬ- 74 г/л; Эр-3,1х10/12 л; Л- 8,5x10/9 л. СОЭ - 45 мм/с. УСA: 200 мл, цвет- с/с, с/о - 1019, оқсил - abs, лейкоцитлар 1-2/1; умумий балғам таҳлили: балғамда атипик хужайралар.

Кўкрак қафасирентгенографияси: ўпка чўққисида чап томонда ноаниқ контурли ҳосиланинг борлии.

1. Йўтал синдроми билан кечадиган тўрттадан кам бўлмаган касалликни санаб беринг.

Тахминий ташҳис;

Информатив текшириш усуллари;

Рентгенограммадаги конкрет ўзгаришларни кўрсатинг;

УАШ тактикаси (даволаш принциплари ва иккиламчи профилактика);

Вазиятли масала №3

33 ёшли бемор йўтал “зангсимон балғам” ажралиши билан, кўкрак қафасининг ўнг томонидаги оғриқ ва тана ҳароратининг юқорилигига шикоят қилиб келди.

Беморнинг сўзига кўра 4 кун аввал совқотишдан кейин касалланган. Касаллик ўткир юқори тана ҳарорати 39,8°Сгача ва йўтал билан бошланган. Йўтал аввал қуруқ, 2 кундан кейин эса «зангсимон» қонли балғам ажрала бошлаган.

Объектив: тери қопламлари оқарган, ёноқлари қизарган. Юрак тонлари бўғиқлашган, НОС 34 та 1 мин.да. кўкрак қафасининг ўнг томони нафас олиш актидан орқада қолмоқда. Пальпацияда: ўнг томонда пастда овоз дириллаши кучайган. Перкутор: ўнг томонда пастда пастки қисмларида тўмтоқ товуш. Аускультатив:ўнг томонда пастки қисмларидабронхиалнафас. Абдоминал патология аниқланмади. Тана ҳарорати 38,8°С

УҚA: Нb- 118 г/л; Эр-4,0х10/12 л; Л- 10,8x10/9 л. СОЭ - 22 мм/с. УСА: 100 мл, ранги- с/с, с/о - 1019, оқсил - abs, лейкоцитлар 3-4/1;

Кўкрак қафаси рентгенографияси: ўнг томонда пастки бўлакнинг базал сегментларида гомоген характердаги сояланиш аниқланади.

Йўтал синдроми билан кечадиган тўрттадан кам бўлмаган касалликни санаб беринг.

Тахминий ташҳис;

Информатив текшириш усуллари;

Рентгенограммадаги конкрет ўзгаришларни кўрсатинг;

УАШ тактикаси (даволаш принциплари ва иккиламчи профилактика);

Амалий қисм.

Мазкур мавзу бўйича УАШ машғулот тугагандан кейин бажара олиши керак бўлган кўникмалар рўйхати

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Кўрсаткичлар/интерпретация | Бажармади | Тўлиқ бажарди |
|  | Бемор курацияси | 0 | 50 |
|  | Умумий қон анализи |
|  | Умумий сийдик анализи |
|  | Умумий балғам анализи |
|  | Балғам экмаси |
|  | ЭКГ |
|  | Кўкрак қафаси рентгени |
|  | Пульмонолог ва фтизиатр консультацияси |
|  | Биопсия |
|  | Қиёсий ташҳис | 0 | 20 |
|  | Ташҳисни асослаш | 0 | 10 |
|  | УАШ тактикаси ва даво тайинлаш | 0 | 10 |
|  | Тавсиялар | 0 | 10 |
| Жами |  | 0 | 100 |

**Назорат саволлари.**

1. Йўтал синдроми билан кечадиган касалликларнинг қиёсий ташҳиси.

2. Упка инфильтратив сили ва булакли пневмония киёсий ташхиси.

3. Йўтал балгам билан синдром билан кечадиган касалликлар билан беморларни олиб бориш тактикаси.

4.Упка диссеминация: пневмокониоз, саркоидоз, упка метастази киёсий ташхиси.

5. Госпитализацияга кўрсатмалар.

6.Йўтал синдроми билан кечадиган касалликларда беморларнинг меҳнат қобилиятини аниқлаш.

7.. Профилактика.

**Амалий машғулот №6**

**Мавзу:** **Ўпка диссеминацияси ва упкада сояланиш синдроми. Ўпканинг сегментар ва булакли сояланишида киёсий таккослаш.Упка инфаркти, учоқли зотилжам, туберкулома, ўпка абсцеси, ўпка ўсмаси, ўпка эхинококкида қиёсий таққослаш. УАШ тактикаси ва профилактика усуллари.**

**Ўқитиш технологияси.**

|  |  |
| --- | --- |
| Ўқиш вақти: 6 соат | |
| Дарснинг тузилиши | Ўқув тематик хона.  Стационар, пульмонология булими.  Ўқув қўлланмалар, фантомлар, муляжлар, тарқатма материаллар, вазиятли масалалар тўплами ва тестлар.  Телевизор, видео аппаратура, мультимедиа |
| Ўқув дарсининг мақсади: УАШни “Умумий амалиёт шифокорининг квалификацион характеристикаси”да назарда тутилган талабларга мос равишда Ўчоқли зотилжам, туберкулома, ўпка абсцеси, ўпка ўсмаси, ўпка эхинококкида қиёсий таққослаш ва УАШ тактикаси, профилактика усулларини ўргатиш. | |
| Педагог вазифалари:  1. Ўчоқли зотилжам, туберкулома, ўпка абсцеси, ўпка ўсмаси, ўпка эхинококкида қиёсий таққослаш ва УАШ тактикаси, профилактика усулларини ўргатиш.  2. Теоретик билимларни ўргатиш ва мустаҳкамлаш  3. Амалий кўникмаларни яхши эгаллаши  4. Амалиётда ўзлаштирган билим ва кўникмаларини қўллаши | Талаба билиши лозим:  1.Упка эхинококки, ўсмалари, абсцесси, туберкулома, ўчоқли пневмонияларда ўз вақтида ташҳис қўйиш, қиёсий ташҳис, оптимал даво тактикасини танлашга УАШни ўргатиш.  2.Ўпка эхинококки, ўсмалари, абсцесси, туберкулома, ўчоқли пневмонияларда ўз вақтида ташҳис қўйиш, қиёсий ташҳис, оптимал даво тактикасини танлашга УАШни ўргатиш. Клиникаси ва эрта ташҳислаш усуллари.  3.Ўпканинг сегментар ва булакли сояланишида киёсий таккослаш.Упка инфаркти.  4.УАШ тактикаси (текширувга жўнатиш, консультация, госпитализация).  Талаба бажара олиши лозим:  1.Профессионал сўров, тизим аъзоларини кўрик  2.Кўкрак қафасини пальпация, перкуссия, аускультация қилиш  3.Клиник ва биохимиявий, бактериологик текширув натижаларини интерпретация қилиш  4.Рентген натижаларини ўқиш  5.дастлабки ва якуний ташҳис қўйиш  6.керакли хужжатларни тўлдириш (касаллик тарихи, амбулатор карта)  7.т/о в/и муолажаларини бажариш  8.Соғлом турмуш тарзини тарғиб килиш: рационал овкатланиш, шахсий гигиена, зарарли одатлари билан кураш, ўчоқли инфекция профилактикаси, ЛФК  9.касалликларни эрта аниқлаш учун скрининг дастурларни тузиш |
| Ўқитиш услублари | Графикли органайзер- концептуал жадвал, видеотасвир томоша қилиш, бахс, сухбат, тестлар ва вазиятли масалалар ечиш. |
| Ўқитиш фаолиятини ташкил қилиш шакллари | Индивидуал тарзда иш юритиш,гурухларда ва жамоа бўлиб ишлаш, аудитор, аудиториядан ташқари вазифалар бажариш. |
| Ўқитиш ускуналари | Тарқатма визуал ўқув материаллар, видеофильмлар, муляжлар, графикли органайзерлар, тиббий хариталар мажмуаси, жадваллар ва стендлар. |
| Қайта алоқа услуб ва ускуналари | Оғзаки назорат: назорат саволлари, гуруҳларда ўқув машғулотларини бажариш, амалий кўникмаларни бажариш, ТМИ. |

2. Машғулот мазмуни

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| |  | | --- | | Назарий қисм.  Ўчоқли пневмонияда зарарланган сегментларда яллиғланиш ўчоқлари турлича ривожланиш босқичларида бўлади, бу билан касалликнинг секин ривожланишини, унинг тўлқинсимон, яъни бемор ахволининг яхшиланиш ва оғирлашиш даврларининг алмашиниб келишини, ҳароратнинг доимий бўлмаслигини, физикал ўзгаришларнинг вариабеллиги ва мозаик кўринишда бўлишини тушинтириш мумкин. Ўпканинг юқори бўлаклари зарарланганда жараён кўпинча орқа, чўққи ва тилсимон бронх ўпка сегметларига тарқалади. Пастки бўлакларда эса жараён юқориги, латерал базал ваорқа базал сегментларга тарқалади. Инфекцион ўчоқлар ўпка сиртидан 4 см чуқурликда ва марказий жойлашувида перкутор товушнинг бўғиқлашиши ва овоз диррилашининг кучайиши аниқланмаслиги мумкин. Ўчоқли пневмониянинг доимий белгиси нафаснинг қаттиқлиги ва нам хириллишлар (одатда майда пуфакчали, жарангдор) хисобланади. Ўчоқли пневмонияда янада доимий белги бўлиб бронхиал дарахтнинг зарарланиш белгилари: қуруқ ва нам (ўрта ва йирик пуфакчали) хириллашлар хисобланади. Плевра доим ҳам жараёнга қўшилмайди.  Упка сили - зарарланган тўқималарда специфик яллиғланиш пайдо бўлиши ва организмнинг умумий жавоб реакцияси билан характерланади.  Этиологияси. Қўзғатувчиси — сил микобактериялари (МТ), асосан одам, камроқ қорамол, ва жуда кам ҳолларда қушлар типига мансуб бўлади. Асосий зарарловчи манба — касал одамлар ёки уй ҳайвонлари, асосан қорамоллардир. Зарарланиш касаллардан ажралган, таркибида МТ тутган, майда ҳаво томчилари орқали содир бўлади. Бундан ташқари касал ҳайвон ва қушларнинг сути, гўшти ва тухумини истеъмол қилганда хам инфекция организмга тушиши мумкин. Бу холларда микроб ичакдан бодомсимон безлар, лимфа ва қон томирлари орқали ўпкага етиб боради.Аксарият холларда бирламчи касалланган беморларнинг балғамида силга қарши препаратларга сезгир, 5-10% беморларда эса — чидамли МТ аниқланади. Сўнгги ҳолат касаллик специфик дори препаратлари билан ноэффектив даволанган ва МТнинг чидамли штаммларини ажратувчи беморлардан юқтирилганда кузатилади. Айрим холатларда, махсус текширувлардан кейин беморларнинг балғам ва органларида нисбатан кучли бўлмаган вирулентлик ва патоген хусусиятга эга, аммо қулай шароит бўлганда типик микроб формасига айланиши мумкин бўлган L формаси аниқланади.  Патогенези, симптомлари ва касалликнинг кечиши. Биринчи бор организмга тушган МТ турлича йўллар билан — лимфоген, гематоген, бронхўпка орқали тарқалади. Бунда турли органлар, асосан лимфа тугунлари ва ўпкада алоҳидаланган ёки кўплаб сил ҳосилалари ёки ўзида эпителиоид ва гигант хужайралар тутувчи, бўтқасимон некроз кузатилувчи нисбатан йирик ўчоқлар кузатилади. Шу пайтда туберкулин виражи деб номланувчи, тери ичи Манту синамаси орқали амалга ошириладиган, мусбат туберкулин реакцияси аниқланади. Танада субфебрил ҳарорат, лимфа тугунларининг гиперплазияси, сезиларли даражада лимфопения ва лейкоцитар формуланинг чапга силжиши, баъзан СОЭ ва қон зардоби оқсил фракциясининг ўзгариши кузатилади. Организм етарлича қаршилик кўрсатганда ва унчалик кўп бўлмаган миқдорда МТ билан зарарланганда сил ҳосилалари ва ўчоқлари сўрилиб кетиб, ўрнида чандиқ ёки қаттиқ ҳосила пайдо бўлади. Аммо уларда МТ узоқ вақт сақланиб туради.Барча шунга ўхшаш ўзгаришлар сезилмайди ёки инкуррент касалликлар ниқоби остида кечади, спонтан равишда ликвидация қилинади; бу ўзгаришлар фақатгина бирламчи инфицирланган болалар, ўсмирлар, ва катта ёшли одамларни чуқур динамик кузатувдан ўтказгандагина аниқланади. Массив инфицирланганда, айрим ножўя омиллар таъсири остида  (организмнинг иммунобиологик қаршилигининг пасайишига олиб келувчи: овқатланишнинг бузилиши, оғир хасталикларда) бронхоаденит, бирламчи комплекс, ўпка ва бошқа органлардаги кичик ёки кенг диссеминация, экссудатив плеврит, айрим органлар сероз қаватининг яллиғланиши кўринишида кечувчи, бирламчи сил клиникаси намоён бўлади. Бунда кўпинча бемоларда юқори сезувчанлик ва тугунли эритема, кератоконъюнктивит, аллергик васкулит в. б. каби гиперергик реакцияларга мойиллик сезилади. Бирламчи сил кўпроқ болаларда, ўсимрларда, камроқ ёшроқ кишиларда ва жуда кам ҳолларда ўтмишда бирламчи зарарланишни бошидан кечирган ва биологик соғайиш билан тугалланган ёши катта ва қарияларда учрайди. “Соғайган” сил ўчоқлари ва чандиқларида сақланган ўпка ва лимфа тугунларида жойлашган МТлар қайтадан “уйғониши” ва кўпайиши мумкин. Бунга бирламчи сил ривожланишига сабаб бўлувчи омиллар хизмат қилади, бундан ташқари, қайта зарарланиш (экзоген суперинфекция) ҳам сабабчи бўлиши мумкин. Унда эски ўчоқлар атрофида перифокал яллиғланиш вужудга келади, капсула бутунлигини йўқотади, казеоз некроз қисмлари парчалана бошлайди ва инфекция лимфоген, бронхоген ёки гематоген йўл билан тарқала бошлайди. Иккиламчи сил шу йўл билан ривожланади, яъни бирламчи инфекцияни бошидан кечирган ва унга нисбатан етарлича бўлмасада, аммо мавжуд иммунитетга эга одамларда касаллик ривожланади. Бундай беморларда жараён турлича патоморфологик ва клиник ўзгаришлар билан, асосан сурункали кечади. Сўнгги вақтларда ёши катта ва қарияларда сил тез-тез учрамоқда.  Клиник картинаси бу ёшдаги беморларда атипик кечади. Ҳатто эволютив формаларида ҳам жараён узоқ вақт сезиларсиз кечиши мумкин, аммо баъзан хавфли ўсма касалликларга ёки нафас аъзоларининг носпецифик яллиғланиш касалликларига ўхшаш бўлиши мумкин. Бу эса касалликни кеч аниқланишига олиб келади. Бу ёшдаги айрим беморларда милиар сил ва ўпкадан ташқари зарарланиш (менингит, суяклар сили, буйрак усти бези сили в.б.) кузатилади. Сил кортикостероид терапия асорати сифатида ҳам ривожланиши мумкин. Ушбу «стероидли» сил ривожланиш хусусиятига эга, бу эса асосий касалликнинг хусусити дея, хато бахоланиши мумкин. 1974 йилда қабул қилинган нафас аъзолари сили классификациясига мувофиқ, унинг қуйидаги турлари фақланади: 1) бирламчи сил комплекси; 2) кўкс ичи лимфа тугунлари сили 3) диссеминирланган ўпка сили; 4) ўпканинг ўчоқли сили; 5). Ўпканинг инфильтратив сили ; 6) ўпка туберкуломаси; 7) ўпканинг каверноз сили; 8) ўпканинг фиброз-каверноз сили; 9) ўпканинг цирротик сили; 10) сил плеврити ( шу жумладан эмпиема ҳам); 11) юқори нафас йўллари, трахея, бронхлар сили; 12) пневмакониоз билан комбинирланган нафас аъзолари сили. Бундан ташқари жараён ўпканинг қайси бўлагида ёки сегментида жойлашганлиги билан, ривожланиш босқичлари (сўрилиш, қаттиқланиш, чандиқланиш, қаттиқланиш, парчаланиш, инфильтрация, кўпайиш), бактерия ажратиш бор йўқлиги билан характерланади. Баъзи оғир асоратлар (ўпкадан қон кетиши, ателектаз, амилоидоз, буйрак етишмовчилиги, бронхиал ва торакал оқмалар, ўпка юрак етишмовчилиги ва б.), ҳамда сил даволангандан кейинги ўпкадаги қолдиқ асоратлар (фиброзли, фиброз ўчоқли, плевропневмосклероз ва б.) инобатга олинади. Бирламчи сил комплекси — бирламчи силнинг типик формаси бўлиб — ҳозирги кунда нисбатан камроқ учрамоқда: ўпкада специфик яллиғланиш ўчоқлари (бирламчи аффект) ва регионар бронхоаденит унга хос. Баъзан касаллик яширин характерга эга бўлиши, аммо кўпчилик холларда ярим ўткир бошланиб, танада субфебрил ҳарорат, кўп терлаш, тез чарчаш, бир оз қуруқ йўтал билан кечади. Касаллик ўткир кечганда, унинг бошланиши носпецифик пневмония кўринишида бўлиб: юқори ҳарорат, йўтал, кўкракдаги оғриқ, сезиларли лейкоцитоз, лейкоцитар формуланинг чапга сурилиши, СОЭнинг ошиши кузатилади. Бирламчи аффект унчалик катта бўлмаганда ўпкада физикал ўзгаришлар аниқланмайди. Яллиғланиш каттароқ соҳага тақалганда ўпкада перкутор товушнинг бўғиқлашиш соҳалари, везикуляр-бронхиал нафас, майда пуфакчали хириллашлар аниқланади. Айрим беморларда ташқи лимфа тугунлари катталашади. Туберкулин синамаси 30-50% ҳолатларда яхши ифодаланган. Ўпка тўқимасида парчаланиш жараёни бўлмаса, беморнинг балғами ва ювилган сувларда МТ аниқланмайди. Бу ҳолатларда трахеобронхоскопияда бронхларда специфик ўзгаришлар аниқланмайди, аммо улар ўпкада каверна ҳосил бўлганда ёки жараён лимфа тугунларидан ташқарига тарқалганда ва бронхоген зарарланишда аниқланиши мумкин, фақат шундагина МТлари аниқланиши мумкин. Рентгенологик картинада биполярлик симптоми пайдо бўлиб, унчалик катта бўлмаган лобуляр ва сегментар фокус кўринади, баъзан ўпка бўлаги пневмонияси ва ўпка ўзаги лимфа тугунларининг катталашиши ҳам кузатилиши мумкин. Жараён оғир кечмаганда ва замонавий усуллар билан даволанганда ҳам, бирламчи комплекс секин тузалади. Касаллик аниқланиб, даволаниш бошлангач, фақат бир неча ойдан кейингина, баъзан бир йилдан кейингина бирламчи комплекс элементларининг инкапсуляцияси ва қаттиқлашиб, Гон ўчоғи ҳосил бўлади. Касаллик асоратланиб кечганда ўпкада бирламчи ўчоқ парчаланиши ва каверна ҳосил бўлиши мумкин. Баъзан экссудатив плеврит пайдо бўлади. Баъзан МТлар лимфогематоген йўл билан тарқалиб, суяклар, буйрак, мия қобиқлари ва б.ларда ўчоқлар ҳосил бўлиши мумкин. Бирламчи силнинг кенг тарқалган тури кўкс оралиғи лимфа тугунларининг сили ҳисобланади.  Клиник манзараси: организмнинг реактивлиги, зарарланган лимфа тугунларининг тарқалганлик даражасига боғлиқ. Агар уларда перифокал яллиғланишсиз алоҳида ва катта бўлмаган бўтқасимон некроз ҳосил бўлса, умумий реативлик эса кескин пасайган бўлса, жараённинг бундай “кичик” формаси сезиларсиз ва интоксикация белгилари кучсиз намоён бўлиб кечади. Массив инфильтрацияланган ва ўсмасимон бронхоаденитда юқори ҳарорат, умумий холсизлик, кўп терлаш, иш қобилияти пасайиши, қўзғалувчанлик кузатилади. Кўп учрайдиган симптом — қуруқ йўтал. Гўдаклар ва ёш болаларда лимфа тугунлари катталашиб йирик бронхлар ва кўкс оралиғи органларини сиқиб қўйиши натижасида йўтал жарангдор, битонал ва кўкйўталдаги каби бўлади. Катталарда эса бу симптом камроқ учрайди. Катталарни физикал текширганда каталашган кўкрак ичи лимфа тугунларини аниқлаш қийин ёки умуман иложи бўлмайди. Баъзан кураклар оралиғини перкуссия қилинганда учбурчак шаклда бўғиқлашган соҳа аниқланади, эшитилганда — нафас ўзгарган, бироз қуруқ хириллаш, жуда кам ҳолларда майда пуфакчали нам хириллашлар эшитилади. Катталарда ва болаларда ҳам баъзи холларда бўйин ва қўлтиқ ости лимфа тугунлари катталашган. Туберкулин реакцияси нисбатан кўп холларда кузатилади, аммо ҳар доим ҳам яққол намоён бўлавермайди. Қонда лейкотцитлар сони меъёрда ёки бир оз ошган ва чапга силжиган, ЭЧТ ошган бўлади, МТлар кам аниқланади. Рентгенологик битта, кам холларда иккала ўпка илдизи кенгайган; унинг сояси кам структурали, деформацияланган, бу айниқса кенг перифокал яллиғланишда яхши кўринади. Бу инфильтратив бронхоаденитга хосдир. Бронхопульмонал ва бошқа лимфа тугунлари катталашганда илдиз контури полициклик характерга (ўсмасимон бронхоаденит) эга бўлади. Интоксикация симптомлари, ЭЧТ ошиши, гиперергик туберкулин реакциялари сифатли специфик даво фонида ҳам узоқ сақланиши мумкин. Вақт ўтиши билан ўпка илдизи атрофидаги перифокал яллиғланиш сўрилиб боради ва унинг қаттиқлашиши кузатилади. Касаллик бошлангач орадан 1-2 йил ўтгач ва даводан кейингина лимфа тугунларида қаттиқлашган сохалар пайдо бўлади. Казеоз ўчоқларнинг кальцийланиши болаларда тезроқ, катталарда эса секинроқ содир бўлади. Касаллик бронхларнинг специфик зарарланиши билан асоратланиши мумкин. | | |
| Ўткир Ўпка абсцессларининг клиник манзарасини иккига булиш мумкин, яъни  бронхга ѐрилгунча ва бронхга ѐрилган боскичлар.  Кўпинча касаллик ўткир бошланиб, тана хароратининг кўтарилиши, кучли безгак,  шикастланган тарафда кўкрак қафасининг оғриши, нафас тезлашуви, терлаш ва бошка  интоксикация белгилари, делириоз холатларни кузатиш мумкин. Биринчи босқичда йутал  қуруқ ѐки оз миқдорда шиллиқли балғам ажралиши мумкин. Физикал текширувда товуш  титроғининг шикастланган тарафда сусайиши, перкуссияда – товушниннг бўғиқлиги,  аускультацияда – нафас сусайиши ѐки умуман эшитилмаслиги аниқланади. Қон анализида  – лейкоцитоз, лейкоцитар формуланиниг чапга силжиши, интоксикация индексининг  кўтарилиши, рентгенологик текширувда – ўчокли гомоген қоронғулик аниқланади.  Иккинчи боскичда, касаллик бошлангандан 7-14 сутка ўтгач, қуйидаги клиник  манзара кузатилади: Йўтал билан кўп миқдордаги қўланса ҳидли, йирингли балғам  ажралиши (сутка давомида 500 мл.дан кўпрок). Бу холатда клиник манзарада ижобий  динамика кузатилади, яъни умумий ахвол яхшиланади, интоксикация белгилари камаяди,  тана ҳарорати нормаллашади, интоксикация индекси камаяди, лейкоцитоз пасаяди.  Аускультацияда – абсцесс сохасида амфорик нафас, кўплаб хар хил калибрли хўлхириллашлар эшитилади. Рентгенологик текширувда суюқлик сатҳига эга бўлган, ички  контури текис ва атрофида перифокал инфильтрацияли бўшлиқ аникланади.  Ўпка гангренасининг клиник манзараси: беморнинг умумий аҳволи жуда оғир, тер  оқиши, кучли безгаклар, тез-тез нафас олиши, 3-4 кун давомида беморда йутал билан кўп  миқдорда кўланса хидли, бадбуй балғам ажралиши кузатилади.балғам тиндирилганда 3  катламдан иборат бўлади: пастки қатлами ўпка тўқимасиниг некрозга учраган парчалари.  ўрта қавати – лойкаланган суюқликдан ва юкори қатлами – кўпиксимон шиллиқ  йирингдан иборат.аускультацияда – нафас сусайиши фонида кўплаб турли калибрли хўл  хириллашлар. Рентгенологик текширувда бир ўпканинг диффуз, бир хил даражада  бўлмаган коронғулиги фонида кўплаб оқарган доғлар, плевра бўшлиғида кўпинча  суюқлик сатҳи ѐки суюқлик гумони аниқланади.Ўпка абсцесси бронхларга очилган ѐки очилмаганлигига караб хар хил клиник  манзарага эга. Ўпка абсцесси бронхларга очилмаган, яъни дренажланмаган холларда  қуйидаги белгиларга эга:  1)юқори харорат; 2) кучли интоксикация; 3) кўкракнинг хасталанган тарафида  оғриқ бўлиши; 4) қуруқ йўтал; 5) перкутор товуш қисқариши; 6) аускультацияда  пневмонияга хос нам хириллаш; 7) лейкоцитоз ва СОЭ нинг ошиб кетиши; 8)  рентгенограммада ўпка сохасида чегараланган интенсив соя бўлиши.  Ўпка абсцесси бронхларга очилган (дренажланган абсцесс) даврида қуйидаги бергиларга  эга:  1) йўталганда оғиз тўлиб, қўланса ҳидли балғам ажралиши; 2) қон туфуриш; 3) тана  хароратининг биринчи давридагидан анча пастга тушиши; 4) аускультация бронхиал  нафаснинг амфорик белгилари пайдо бўлиши; 5) рентгенограммада горизонтал сатхли  юмалоқ соянинг аниқланиши;6) беморларнинг ахволи яхшиланиб, интоксикациянинг  камайиши.  Ўпканинг ўткир йирингли – деструктив касалликларини даволаш 3 компонентдан  иборат. 1) Умумий медикаментоз терапия. 2) Трахеобронхиал дарахт, плевра бўшлиғи,  ўпка абсцесси бўшлиғини санациялаш. 3) Катта хирургик операциялар.  Ўпка  йирингили-деструктив  касалликларининг  консерватив  терапияси.  Бу усул операцияга тайѐргарлик, ѐки мустақил даволаш усули бўлиб, этиопатогенез  омилларига таъсир этувчи қуйидаги тадбирларни ўз ичига олади:  -антибактериал терапия-қўлланувчи эрта ташхис усуллари (экспресс-бактериоскопия,  хромато-масс-спектрометрия ) микробларнинг кайси гуруҳга таълуклигини аниқлаш ва  эрта мақсадга мувофик антибактериал терапия хамда С.М.Навашина, Н.Г.Фомина (1982)  усуллари буйича антибиотикларни оптимал бирга қўшиш имконини беради. Кейинчалик  (2-3 кундан сўнг) антибактериал терапия микробларнинг ассоциацияси, ноклостридиал  анаэроб ва аэробларнинг аҳамиятини хисобга олган холда антибактериал препаратларнинг  комбинацияси (кўпинча аминогликозид ѐки цефалоспоринларни метронидазол билан) дан  фойдаланилади: - дезинтоксикацион терапия – кучайтирилган диурез усули.  Дилютанатлар сифатида электролит эритмалари, гемодез, реополиглюкин, глюбкоза  эритмалари фойдаланилади. Жараѐннинг оғир ѐки жуда оғир кечимида гемосорбция,  қонни УФ ва лазер нурлари билан нурлаш амалга оширилади:  Сув-электролит бузулишларини коррекция қилиш:  - яллиғланишга карши воситалар (ацетилсалицил кислотаси 0,5 граммдан кунига 2-3  марта) яллиғланиш шишини кайтариш, микроциркуляцияни яхшилаш имконини беради.  - қон ивиш системаси ва микроциркуляцияни нормаллаштиришга йуналтирилган  терапия. Маълумки, УУЙЯКда Ўпканинг яллиғланиш сохасида микроциркуляциянининг  бузилиши кузатилади. Шунинг учун даволаш комплексига микроциркуляциянининг  бузилишига қарши йуналтирилган воситалари киритилади. Шу мақсадда антифермент-криоплазма комплекси (5-6 кун давомида янги музлатилган плазма кунига 150-300 мл.,  контрикал 100 минг ЕД, гепарин 10-20 минг бирлик, қоннинг реологик хусусиятларини  яхшиловчи препаратлар, антиагрегантлар- реополиглюкин, тернтал, ксантинол никотинат,  курантил) тайинланади:  - бронхолитик воситалар:  - иммунитетни стимуляцияловчи воситалар: Яллиғланиш фазасида актив иммунизация  воситалари (стафилококк анатоксини). Пассив иммунизация воситалари (гамма глобулин,  гипериммун плазма). Регенерация фазасида хужайравий иммунитетни кучайтирувчи  декарис, Т-активинлар қўлланилади.  - умумий мустахкамлаш терапияси – гемотрансфузия, плазма ва унинг препаратлари,  қон оксили ўрнини босувчи инфузияси, глюкоза концентрациялашган эритмалари,  анаболик препарталар, витаминлар.  - юрак – томир воситалари:  - антиоксидант химоя- токоферол ацетат, унитиол, модда алмашунувига таъсир  қилувчи, тўқималарни регенарацияси ва репарациясини яхшилувчи востиалар –  метилурацил, пентоксил, калий оротат.  - сурулишни, нозик чандиқ хосил булишини таъминловчи препаратлар – лидаза,  ронидаза. Ушбу препаратлар регенерация, эпителизация ва чандиқ хосил бўлиши  фазаларида тайинланади.  УУЙДКда яллиғланиш соҳасида препаратларни юқори концентрациясини вужудга  келтирмок  даволашни  муҳим  шартларидан  биридир.  Бу  касалликларда  ангиопульмонография ва бронхоартериография натижалари яллиғланиш соҳасида Ўпка  артерияси системаси бўйлаб батомом қон оқими тўхташи ѐки камайишини тасдиқлайди.  Шикастланган ўпка тўқимасининг ҳаѐт фаолияти бронхиал системаси бўйича қон  оқимининг активлашуви хисобига тутиб турилади. Бу холларда даволаш  препаратларининг бронхиал артерияга узоқ регионар инфузияси самарали натижасини  беради.  2 компонент – махаллий санация. Бу қуйидагиларни ичига олади:  1) трахео-бронхиал дарахтнинг санацияси. Дори-дармонларни трахео-бронхиал дарахт  оркали юбориш: микроорганизмга таъсир қилиш, яллиғланишга қарши, балғамни  суюқлантириш ва ажратиш мақсадида трахео-бронхиал дарахтни бурун орқали  катетерлаш, микротрахеостомия ва бронхоскопия йуллари билан бажарилади. Дори-  дармонлар таркиби: 2% 2,0 натрий бикарбонат, микроорганизмнинг сезувчанлигига қараб  АБлар, антисептиклар (диоксидин, фурагин), балғамни суюлтирувчилар (мукосальвин  10% -1,0), протеолитик ферментлар (трипсин,хемотрипсин 10-15 мг), бронхолитиклар  (эуфиллин 0,24 % -1,0, новодрин 0,5% - 0,5), гормонлар (гидрокортизон 25-50 мг).  2) абсцесс бўшлиғи ва плевра эмпиемасини санациялаш – бурун орқали бронхоскопия  ѐрдамида абсцесс бўшлиғини катетерлаш, трансторакал катетерлаш, торакоцентез актив  аспирация билан, йирингли бўшлиқни ювиш. Буларнинг хаммаси нафас олишни  яхшиланишига, интоксикация белгиларини камайишига ва клиник – рентгенологик  белгиларни тез орада яхшиланишига олиб келади.  УУЙДКда бажариладиган катта жарроҳлик амалиѐтлари: лобэктомия, билобэктомия,  пульмоэктомия. Жарроҳлик амалиѐтларига кўрсатмалар: Ўпкадан қон кетиш асорати ѐки  5-7 сутка давомида (бир тарафлама жараѐнда) ўтказилган комплекс даволашнинг  эффектсизлиги.  Ўткир ўпка абсцесси хар доим ҳам тузалмайди: у сурункали кечимга ўтиши мумкин,  унда клиник кечим ремиссия ва хуружлардан иборат бўлади. Доимий симптомлардан  бири – хар ҳил миқдордаги йирингли балғамли йўтал. Хуруж вақтида балғам миқдори  кўпайиши мумкин ва қўланса хидли бўлади. Сурункали интоксикация балғам билан оқсил  йўқолишии, гипопротеинемия, анемия, озиш, дармонсизлик, кўкрак қафасида оғриқлар ва  тахипноэ кузатилади. Кўрикда терини оқариши, оғиздан қўланса хид, юзни шишиши, қўл-  бармокларини ўзгариши (дўмбира таѐкчалари) аникланади. Физикал текширувда :перкуссияда – товушни кискариши, аускультацияда – хўл хириллашлар, бронхиал нафас  амфорик белги билан. Қон анализида – лейкоцитоз (нейтрофилез), лейкоцитар  формуланинг чапга силжиши, анемия, гипопротеинемия, диспротеинемия. Рентгенологик  текширувида – аниқ ички қонтурли юмалоқ бўшлиқ, суюқлик сатхи билан, перифокал  инфильтрация. Бронхоскопияда чегараланган йирингли эндобронхит (дренажловчи  бронхда). Бронхосграфияда бир ѐки бир неча бронх билан боғланган юмалоқ бўшлиқ.  Сурункали абсцессларда радикал амалиетлар бажарилади (сегментэктомия, лобэктомия,  билобэктомия, пульмоэктомия). Жарроҳлик амалиѐти учун қаршилик кўрсатмалар:  жараѐннинг икки тарафламалиги, қарилик, хамрох касалликлар.  Бронхоэктатик касаллик – Ўпка бронхларининг сурункали яллиғланиши бўл | |
| |  | | --- | | Пневмония - упка тукимасини зараланиши морфологик характерига кўра турли хил бўлган, ўткир кечувчи, локал инфекцион яллиғланишли, асосан респиратор қисмлари (альвеолалар, бронхиолалар) зарарланадиган, альвеолаларда экссудат йиғилиши билан кечадиган касалликлари.  Этиологияси, патогенези, классификацияси. Пневмониянинг келиб чиқишига кўп ҳолларда оғиз ҳалқумдан микробларнинг (асосан сапрофитлар) аспирацияси сабабчи бўлса, айрим холларда эса яқин жойлашаган инфекция ўчоқларидан лимфоген ёки гематоген йўл билан инфицирланиш сабаб бўлади. Ўпка яллиғланишининг қўзғатувчиси бўлиб асосан пневмо, стафило ва стрептококклар, пневмония клебсиеллалари, Пфейффер таёқчалари, баъзан ичак таёқчаси, гемофил ва кўк йиринг таёқчалар, Ку лихорадка қўзғатувчиси — Бернет риккетсияси, легионелла, куйдирги қўзғатувчиси, айрим вируслар, вирус бактериал ассоциациялар, микоплазмлар, замбуруғлар в.б. хизмат қилади, ва шунга мос равишда пневмококкли, микоплазмали, фридлендер пнемониялари фарқ қилинади. Клиник амалиётда ҳар доим ҳам қўзғатувчини аниқлаш имкони бўлмайди, шу сабабли касалхонадан ташқари, госпитал, иммунодефицит ҳолдаги кишилар ва атипик пневмония турлари фарқланади. Касалхонадан ташқари пневмония одатда ўпка бронх системасининг ҳимоя механизмлари бузилганда (масалан гриппдан кейин) ривожланади. Типик қўзғатувчилари — пневмококклар, стрептококклар, гемофилия таёқчалари в.б. ҳисобланади. Касалхона ичи пневмонияси (нозокомиал пневмония; бемор касалхонага тушгач 2 ва ундан кўп кундан кейин ривожланади, ва бемор касалхонага тушганда ўпка зарарланишининг клиник рентгенологик белгилари бўлмаслиги керак) ривожланишида операция вақтида йўтал рефлексининг бостирилиши ва трахеобронхиал дарахтнинг жароҳатланиши, ўпканинг сунъий нафас олдирилиши, трахеостомия, бронхоскопия; ички органларнинг оғир касалликлари туфайли юзага келган гуморал ва тўқима иммунитетининг бузилиши ва яна беморнинг стационарда бўлиши ҳам катта роль ўйнайди. Ушбу ҳолатда қўзғатувчи сифатида грамманфий флора (ичак таёқчалари, протей, клебсиелла, кўк йиринг таёқчалари), стафилококклар в.б.лар роль ўйнайди. Касалхонадан ташқари пневмониядан, касалхона ичи пневмонияси оғирроқ кечиб, асоратланиш ва ўлим эҳтимоли кўпроқдир. Иммун системаси заиф кишиларда (онкологик касалликларда, химиотерапия натижасида, ВИЧ инфекциясида) пневмония қўзғатувчиси бўлиб грамманфий микроорганизмлар, стафилококклар, замбуруғлар, пневмоцистлар, цитомегаловируслар ва б.лар хизмат қилади. Атипик пневмония асосан ёшларда, саёҳатчиларда ривожланади, айрим ҳолларда эпидемик характарга эга бўлиб, қўзғатувчиси — хламидия, легионеллалар, микоплазмалар бўлиши мумкин. Ривожланиш механизмига кўра пневмония бирламчи ва иккиламчи (бошқа патологик жараён натижасида ривожланувчи, масалан: аспирацион, димланиш натижасида, иммунодефицит ҳолатларга боғлиқ равишда, инфаркт ва ателектаз билан боғлиқ) турлари фарқланади. Зарарланиш соҳасининг ҳажмига кўра крупоз пневмония (плевропневмония, ўпка бўлагининг зарарланиши билан), ўчоқли (бронхопневмония, бронхларга тегиб турган альвеолалар зарарланиши билан) ва интерстициал турлари фарқланади. Шуни ҳисобга олиш керакки, ўпка крупозли яллиғланиши пневмококкли пневмониянинг формаларидан бири бўлиб, бошқа табиатли пневмонияларда учрамайди, ўпканинг интерстициал яллиғланиши эса замонавий классификация бўйича альвеолитларга киритилган. Пневмония ўткир ва сурункали турларга бўлинмайди, чунки ўпканинг яллиғланиши ўзи ўткир жараён ҳисобланади; сурункали пневмония дейилганда, ўпкадаги қайталанган ўткир инфекция ҳақида гап кетади. Касалликнинг сиптомлари ва кечиши этиологик факторга, жараённинг характери ва босқичига, касалликнинг морфологик субтратига ва унинг ўпкада тарқалиш даражасига, ҳамда, асоратларга (ўпканинг йиринглаши, плеврит в.б.). Қуйида турлича этиологияли пневмонияларнинг клиник характериктикаси келтирилган. Пневмококкли крупоз пневмония харорат 39-40 °Сгача кўтарилиб, қалтираш ва кўп терлаш кузатилади. Бир пайтда бош оғриғи, кучли холсизлик, ланжлик кузатилади. Гипертермия ва интоксикация кучли бўлганда церебрал симптоматика кузатилади — кучли бош оғриғи, қайт қилиш, беморнинг ҳуши бузилган, ҳатто менингиал симптомлар ҳам бўлиши мумкин. Ўпканинг зарарланган тарафида оғриқ эрта пайдо бўлади. Баъзан пневмонияда плеврал реакция жуда кучли намоён бўлиб, кўкракдаги оғриқ асосий симптомга айланади ва тез тиббий ёрдам талаб қилади. Пневмониядаги плеврал оғриқнинг фарқли хусусияти — унинг нафас ва йўтал билан боғлиқлиги: нафас олишда ва йўтал турткисида кескин кучаяди. Касалликнинг биринчи кунларида эритроцитлар аралашган, зангсимон балғамли йўтал пайдо бўлади, баъзан камроқ миқдорда қон аралаш бўлиши мумкин. Кўрикда бемор мажбурий ҳолатда бўлиб, одатда зарарланган тарафда ётади. Бемор юзи қизарган, баъзан зараланган тарафдаги яноқлар қизариш кучлироқ. Нафас олиш сони 30-40 тагача ҳансираш бўлиб, лабларнинг кўкариши ва бурун қанотларининг кўтарилиб тушиши кузатилади. Баъзи ҳолатларда касалликнинг эрта босқичларида беморларда пуфаксимон тошмалар (herpes labialis) падо бўлади. Кўкрак қафаси текширилганда зарарланган тарафнинг нафасда ортда қолиши аниқланади Плеврал оғриқлар кучлилиги туфайли бемор зарарланган тарафини эҳтиётлаб нафас олади. Яллиғланиш соҳаси устида, перкуссияда қисқарган перкутор товуш эшитилиб, нафас бронхиал кўриниш касб этади, майда пуфакчали крепитацияли нам хириллашлар эрта пайдо бўлади. Тахикардия характерли бўлиб, ЮҚС 100 тагача етади, АҚБнинг пасайиши кузатилади. Баъзан I тоннинг бўғиқлашиши ва ўпка артерияси устида II тон акценти эшитилади. Кучли плеврал реакция баъзан қориннинг мос тарафида рефлектор равишда оғриқ чақиради, юқори соҳада ҳам оғриқ аниқланади. Тери ва шиллиқ қаватларнинг сарғимтир рангда бўлиши зарарланган ўпка бўлагида эритроцитларнинг парчаланиши, ёки жигарда ўчоқли некроз ҳосил бўлиши мумкин. Нейтрофил лейкоцитоз характерли бўлиб; унинг бўлмаслиги (ёки лейкопения) прогностик жиҳатдан нохуш белгидир. ЭЧТ ортади. Рентгенологик текширувда бутун зарарланган бўлак бўйлаб ёки бир қисмида, кўпроқ ёнлама проекцияларда гомоген соя аниқланади. Рентгеноскопия касалликнинг биринчи соатларида ноинформатив бўлиши мумкин. Пневмококкли ўчоқли пневмонияда одатда симптоматика кам ифодаланган. Юқори ҳарорат кузатилади, температура 38-38,5 °Сгача кўтарилади, йўтал қуруқ бўлиб йирингли шиллиқ балғам ажралади, йўталганда ва чуқур нафас олганда оғриқ пайдо бўлиши мумкин, объектив текширувда ўпка тўқимасининг яллиғланиш белгилари аниқланиб, унинг ифодаланиши яллиғланиш ўчоғининг тарқалганлигига ва чуқурлигига (чуқур ёки юзаки жойлашган) боғлиқ; одатда крепитацияли хириллаш фокуслари аниқланади. Стафилококкли пневмония ҳам худди пневмококкли пневмония каби кечади. Одатда у оғирроқ кечиб, ўпка деструкцияси кузатилади ва бунда ўпка абцесси, юпқа деворли ҳаво бўшлиқлари хосил бўлиши кузатилади. Стафилококкли пневмония (одатда кўп ўчоқли) кучли интоксикация билан кечиб, бронх ўпка системасининг вирусли инфекцияси (вирусбактериал пневмония) билан асоратланади. Вируслибактериал пневмония грипп эпидемияси даврида кўроқ учрайди. Бу турдаги пневмония учун кучли интоксикацион синдром хос бўлиб, гипертермия, ваража, тери ва шиллиқ қаватнинг гиперемияси, бош оғриғи, бош айланиши, хансираш, қон туфлаш, тахикардия, кўнгил айниши, қайт қилиш кузатилади. Стрептококкли пневмония ўткир ривожланади, баъзан — ангина ёки сепсис билан боғлиқ бўлади. Касаллик юқори ҳарорат, йўтал, ҳансираш, кўкракда оғриқ билан кечади. Кўпинча плевра бўшлиғида суюқлик аниқланади; торакоцентез қилинганда сероз, сероз геморрагик ёки йирингли суюқлик ажралади. Касалликнинг оғир кечиши клебсиелла пневмония ( Фридлендер таёқчаси)сида кузатилади; нисбатан камроқ учрайди (кўпинча алкоголизмда, ҳолсизланган касалларда, иммунитет пасайиши фонида); леталлик 50%гача етади. Кучли интоксикация билан кечади, нафас етишмовчилиги тез ривожланади. Балғам желесимон, шилимшиқ, ёқимсиз куйган гўшт ҳидига эга, баъзан йирингли ёки занг рангида бўлади. Аускультатив симптомлар сезиларсиз, пневмококкли пневмонияга қараганда кўпроқ бўлаклар, асосан юқори бўлаклар яллиғланади. Абсцесслар ривожланиши ва эмпиема ривожланиши унга хосдир.  Диагноз. Одатда пневмония касалликнинг характерли клиник картинасига асосланиб қўйилади, булар — ўпкадаги ва унга боғлиқ бўлмаган белгилар, рентгенологик картина.  Диагноз қуйидаги клиник белгилар асосида қўйилади: 1) ўпка билан боғлиқ — хансираш, йўтал, балғам (шиллиқ, йирингли шиллиқ в.б.) ажралиши, нафас олишда оғриқ, локал клиник белгилар (перкутор товушнинг бўғиқлашиши , бронхиал нафас, крепитацияли хириллашлар, плевра ишқаланиши шовқини); 2) ўпка билан боғлиқ бўлмаган — кутилмаганда пайдо бўлган юқори ҳарорат, интоксикациянинг клиник ва лаборатор белгилари.  Диагноз ўпканинг икки проекциясида рентген қилинганда инфильтрат аниқланиб; этиологик диагнозни қўйиш учун даволашдан олдин балғамнинг микробиологик текшируви ўтказилади (баъзан бронхлар ювилган сувда, плевра суюқлиги), шу билан бирга туберкулёзга ва иммунологик текширув ўтказилади. Шуни инобатга олиш керакки, оғир соматик касалликка чалинган ва иммун системаси заифлашган кекса ёшли беморларда пневмония атипик кечади. Бундай беморларда баъзан ҳарорат бўлмаслиги мумкин, кўпроқ ўпка билан боғлиқ бўлмаган белгилар устунлик қилади (МНС функцияси бузилиши в.б.), ўпка яллиғланишининг физикал белгилари кучсиз намоён бўлади ёки бўлмайди, шунинг учун пневмония қўзғатувчисини аниқлаш қийин бўлади. Иммун системаси заифлашган ва кекса беморларда пневмонияни гумон қилиш учун, номаълум сабабларсиз ортиб борувчи ҳолсизлик, активлиги камайиб боради, ҳаракатланмай қўяди, доим тўшакда ётади, доим уйқусираб юради, овқат ейишдан бош тортади. Яхшилаб текширилганда, яноқларда бир томонлама қизариш, тил қуруқ ва сезиларли хансираш ва тахикардия кузатилади. Ўпка аускультациясида жарангдор нам хириллашлар аниқланади. Пневмонияда қуйидаги асоратлар бўлиши мумкин: ўпка билан боғлиқ — экссудатив плеврит, абсцесс, пиопневмоторакс, ўпка шиши, ва ўпка билан боғлиқ бўлмаган — инфекцион токсик шок, психоз, перикардит, миокардит, сепсис ва б. Экссудатив плевритда ўпканинг зарарланган тарафининг пастки қисми нафас олишда ортда қолади, перкутор товуш бўғиқлашган ва нафас сусайган бўлади. Абсцесс юзага келганда интоксикация белгилари кучайиб, тунги кучли терлаш пайдо бўлади, ҳарорат гектик бўлиб, суткалик ўзгариши 2 °Сгача ва ундан катта бўлиши мумкин. Агар йиринг ёрилиб бронхларга тушса ва кўпроқ миқдорда ажралса диагнозни қўйиш осонлашади. Бемор ахволининг кескин оғирлашиши, нафас олганда биқинда оғриқ кучайиши, ҳансирашнинг кучайиб бориши, тахикардия, АҚБнинг пасайиши йиринг ўчоғининг плевра бўшлиғига тушиши ва пиопневмоторакс билан асоратланганлигидан далолат беради. Пневмонияда ўпка шишининг ривожланишида ўпка капиллярларининг токсик зарарланиши ва натижада томирларнинг ўтказувчанлиги ортиши муҳим роль ўйнайди. Ўпка шиши ривожланиши ҳақида бемор ахволининг оғирлашиши, хансираш кучайиши фонида соғлом ўпка устида қуруқ, айниқса нам хириллашлар гувоҳлик беради. Инфекцион токсик шокнинг бошланғич белгиси эса турғун тахикардия, айниқса ЮҚСнинг минутига 120 дан ортиқ бўлиши ҳисобланади. Шокнинг ривожланиши умумий ахволнинг кескин ёмонлашиши, ўта ҳолсизлик, баъзан тана ҳароратининг пасайиши билан боради. Терининг ранги кулранг тус олади, юз чизиқлари ўткирлашади, цианоз кучаяди, ҳансираш ортади, пульс пасайиб сустлашади, АҚБ 90/60 мм см. ус.дан паст бўлиб, сийдик ажралиши тўхтайди. Пневмония фонида психоз кўпроқ алкогольни кўп истеъмол қилувчи шахсларда кузатилиб, кўриш ва эшитиш галлюцинациялари, психик ва ҳаракат қўзғалувчанлиги, ўзини нотўғри тутиши, вақт ва маконга дезориентацияси кабилар бўлиши мумкин. Жуда кам ҳолларда перикардит, эндокардит, менингит каби асоратлар ривожланади. Пневмониянинг дифференциал диагностикасида ҳал қилувчи бўлиб яхшилаб йиғилган анамнез ҳисобланади. Ўткир бронхит ва ўткир бронхитнинг қайталанишида пневмониядан фарқли интоксикация белгилари кучсиз намоён бўлиб, рентгенологик доғли ўчоқлар аниқланмайди. Туберкулезли экссудатив плевритнинг бошланиши пневмония каби ўткир бўлиши мумкин; перкутор товушнинг қисқариши ва илдизга коллабирланган ўпка устида бронхиал нафас эшитилиб, бўлакли пневмонияни эслатиши мумкин. Хато қилишдан яхшилаб перкуссия қилиб қутилиш мумкин, бунда бўғиқлашган товуш пастида бўғиқ товуш ва паст нафас аниқланади (эмпиемда — кучсизланган бронхиал нафас!). Дифференциация қилишда ён проекцияда қилинган рентгенограмма ёрдам беради (қўлтиқ остида интенсив соя), хамда плеврал пункциядан олинган экссудат текшируви. Бўлакли (кам ҳолларда ўчоқли) пневмониядаги нейтрофил лейкоцитоздан фарқли туберкулезли экссудатив пневмонияда гемограмма ўзгаришсиз бўлади. Бўлакли ва сегментар пневмониялардан фарқли, туберкулезли инфильтрат ва ўчоқли туберкулезда, одатда нисбатан секинроқ; пневмония носпецифик даво таъсирида 1,5 ҳафта довомида тузалади, туберкулез жараёни эса ҳатто туберкулостатик терапиядан кейин ҳам бундай қисқа вақтда даволанмайди. Юқори ҳарорат билан кечувчи оғир интоксикация ва кам ифодаланган физикал белгилар милиар туберкулез учун хос бўлиб, майда ўчоқли тарқалган пневмониядан дифференциация қилишни талаб қилади. Бронхоген ракдаги ўткир пневмония ва обструктив пневмонит соғайиш фонида ўткир бошланиш мумкин, кўпинча совуқ қотишдан кейин; қалтираш, юқори ҳарорат, кўкракда оғриқ кузатилади, аммо йўтал обструктив пневмонитда одатда қуруқ, хуружсимон, вақт ўтиши билан эса кам миқдорда балғам, қон ажралади; этиология номаълум бўлганда диагнозни аниқлашда бронхоскопия ёрдам беради. Плевранинг яллиғланиш жараёнига қўшилиши ва у ерда жойлашган диафрагмал ва пастки қовурғалараро нервларнинг учлари таъсирланиши натижасида, қориннинг юқори қисмида оғриқ пайдо бўлади, сабаби бу нервлар қорин деворининг юқори қисми ва қорин бўшлиғида жойлашган органлар иннервациясида иштирок этади, оғриқлар пальпацияда, айниқса юқориги ўнг квадрант, ўнг қовурға ёйи тукиллатиб урилганда оғриқ. Баъзан пневмония билан касалланганларни хирургия бўлимига ўткир холецистит, аппендицит, ошқозон яраси тешилиши диагнози билан; ҳатто бундай беморларда оператив амалиёти ўтказилган ҳолатлар бўлган. Бундай ҳолатларда диагнозни аниқлашда қорин мушакларининг таранглашиши бўлмаслиги ва қорин чарвисининг таъсирланиш симптомлари йўқлиги ёрдам беради, ҳатто бу симптомлар абсолют ҳисобланмаса ҳам. Пневмония енгил кечганда ва яхши уй шароитида беморлар уй шароитида даволаниши мумкин, аммо кўпчилик касаллар стационарда даволанишга муҳтож бўлади. Касалхонага ётқизишга кўрсатмалар — ёши 70 дан ошган беморлар, кучли инфекцион токсик синдром (нафас олиш частотаси дақиқасига 30 дан ортиқ, АҚБ 90/60 мм см. ус. дан кам, тана ҳарорати 38,5 °С дан юқори), оғир ёндош касалликлар (ўпканинг сурункали обструктив касалликлари, димланишли юрак етишмовчилиги, қандли диабет, жигар ва буйракнинг оғир касалликлари , сурункали алкоголизм, токсикомания ва б.), иккиламчи пневмонияга гумон қилинганда (димланишли юрак етишмовчилиги, аспирация, ўпка артериясининг тромбоэмболияси ва б.), асоратлар мавжудлигида (плеврит, абсцессланиш, инфекцион токсик шок, ҳушнинг бузилиши ва б.), ижтимоий кўрсатмалар (ёлғиз беморларни уйида яхши қаров ва даволаш имкони), ҳамда 3 кундан ортиқ амбулатор даво эффективлиги. Касалликнинг қизғин даврида тўшак режими тавсия этилади, механик ва кимёвий таъсири кам бўлган диета, ош тузини кам истеъмол қилиш, витаминларга бой, айниқса А ва С витаминлари, бўлган маҳсулотларни тановул қилиш керак бўлади. Интоксикация белгилари камайиши ёки йўқолиши билан режим кенгайтирилиб, даво физкультураси тавсия қилинади, қарши кўрсатмалар (юрак ва ҳазм системаси касалликлари) беморни № 15 га ўтказилади. Балғам, суртма ва ювинди сувлардан бактериологик текширув учун намуна олингач, этиотроп терапия бошланади. Даво эффективлиги назорат қилиниб, микрофлоранинг антибиотикларга сезувчанлиги аниқлангач, мос равишда давом эттирилади. Амбулатор касалларда касаллик оғир кечмаганда, ичишга мўлжалланган антибиотиклар қўлланилади, оғир кечишида дорилар мушак ёки вена ичига юборилади (аҳволи яхшиланганда ичишга бериш мумкин). Пневмония сурункали касаллиги бўлмаган ёшларда ривожланганда, даво пенициллиндан (612 млн ЕД суткасига) бошланади. Ўпканинг сурункали обструктив касаллиги бор беморларда аминопенициллинларни (ампициллин 0,5 г.дан кунига 4 марта ичишга, 0,51 г.дан кунига 4 марта парентерал, амоксициллин 0,25~0,5 г.дан кунига 3 марта) қўллаш мақсадга мувофиқдир. Пенициллинларни қўллаш мумкин бўлмаган оғир холатларда макролидлар — эритромицин (0,5 г кунига 4 марта ичишга), азитромицин (сумамед — 0,5 г кунига), рокситромицин (рулид — 150 мг кунига 2 марта) ва б. лар қўлланилади. Сурункали алкоголизм ва оғир соматик касаллиги бор, ҳамда ёши улуғроқ беморларда даво учун цефалоспоринларнинг II—III даврга мансублари пенициллинлар ва беталактамазалар ингибиторлари билан комбинацияда қўлланилади. Икки бўлакли пневмонияларда, кучли интоксикация билан оғир кечганда ва қўзғатувчи аниқламаганда, антибиотиклар комбинацияда (ампиокс ёки II—III давр цефалоспоринлари аминогликозидлар билан биргаликда — масалан, гентамицин ёки нетромицин ), фторхинолонлар, карбапенемлар қўлланилади. Касалхона ичи пневмонияларида III давр цефалоспоринлари (цефотаксим, цефуроксим, цефтриаксон), аминогликозидлар (гентамицин, нетромицин ва б.), фторхинолонлар (офлоксацин, ципрофлоксацин, пефлоксацин), ванкомицин, карбапенемлар, ҳамда қўзғатувчи аниқланганда, замбуруғларга қарши воситалар ва б. ишлатилади. Иммун системаси заифлашган беморларда эмпирик даво қўзғатувчи аниқлангач мос равишда тавсия қилинади. Атипик пневмонияларда (миконлазмали, легионелезли, хламидиазли)макролидлар, тетрациклинлар (тетрациклин 0,3-0,5 г кунига 4 марта, доксициклин 0,2 гкунига 12 марта ичишга) тавсия этилади. Антибиотиктерапиянингэффективлиги, одатда биринчи куннинг охирида, лекин 3 кундан узоқ бўлмаган муддатда баҳоланади. Шу муддатда даво эффективлиги бўлмаса, тайинланган препаратни алмаштириш керак бўлади. Даво эффективлигининг мезони бўлиб тана ҳароратининг нормаллашуви, интоксикация белгиларининг камайиши ёки умуман йўқолиши хизмат қилади. Асоратланмаган касалхонадан ташқари пневмонияда антибиотиклар билан даволаш тана ҳарорати турғун нормаллашганча (одатда курс 10 кунни ташкил этади) давом эттирилади, касаллик асоратланиб кечганда, касалхона ичи пневмониясини антибиотиклар билан даволаш муддати индивидуал равишда тайинланади. Антибиотиклар билан даводан ташқари, пневмонияда патогенетик ва симптоматик даво ўтказилади. Нафас етишмовчилиги мавжуд бўлса кислородли терапия, кучли интоксикацияда — дезинтоксикацион терапия: гемодез инфузияси (400 мл кунига), натрий хлориднинг изотоник эритмаси (1000-3000 мл кунига), глюкозанинг 5% эритмаси (400-800 мл кунига) ўтказилади. Бронхиал обструкция белгилари пайдо бўлганда бронхолитиклар қўлланилади (атровент 2-4 марта ютинишдан кунига 4 марта, беродуал 2 ютинишдан кунига 4 марта, эуфиллин 5—10 мл 2,4% эритмаси вена ичига кунига 2 марта) қўлланилади. Беморни қийнайдиган, қийин ажраладиган балғамли йўталда йўталга қарши препаратлар (либексин 0,1-0,2 г 3-4 марта кунига, тусупрекс 0,01-0,02 г кунига 3 марта) қўлланилади, бронхларнинг дренаж функциясини яхшилаш мақсадида балғам кўчирувчи препаратлар (амброксол кунига 100 мг.дан, ацетилцистеин кунига 600 мг.дан ва б.) ишлатилади. Ҳарорат юқори ва уни кўтариш қийин бўлганда, ҳамда кучли плеврал оғриқлар кузатилганда, ностероид яллиғланишга қарши воситалар (парацетамол, вольтарен ва б.); микроциркулятор бузилишларни коррекциялаш мақсадида гепарин (20минг ЕД кунига) ишлатилади. Тана ҳарорати нормаллашгач, қарши (абсцесс, қон туфлаш, ўпканинг специфик зарарланишига гумон бўлса, қон томир системасининг оғир ёндош касалликлари) бўлмаса физиотерапия (индуктотермия, микротўлқинли СВЧ ва гепарин, лидаза ва б. дори воситалари билан электрофорез) ўтказилади. Оғир кечган ва қайталанувчи пневмонияларда, ўткир ёки сурункали нафас етишмовчилиги билан асоратланган бўлса, беморлар интенсив палатага ётқизилади; бронхоскопик дренаж қўлланилиши мумкин, артериал гиперкапнияда — ёрдамчи сунъий нафас олдирилади. Ўпка шиши, инфекцион токсик шок ва бошқа оғир асоратлар бўлса, пневмонияни даволаш реаниматолог билан ҳамкорликда олиб борилади. Стационардан чиқарилган клиник соғайиш ёки ремиссия давридаги шахслар диспансер назоратига олиниши керак. Реабилитация мақсадида уларни санаторияга йўллаш мумкин.  Прогнози XX асрлар охирига келиб анча яхшиланди, аммо у стафилококкли ва фридлендер пневмонияларда, тез тез рецидивланувчи, обструктив жараёнлар, нафас ва ўпка юрак етишмовчилиги билан асоратланган пневмонияларда жиддий муаммо бўлиб қолмоқда. Пневмониянинг бу холатларида ўлим юқори кўрсаткичларда сақланмоқда. | | |

Ўпканинг онкологик касалликлари, упка усмаси – бу эрта ўлим статистикасининг энг қўрқинчли кўрсаткичларидан хисобланади. Айниқса, ачинарлиси шуки, бу касалликдан ўлган беморларни ўз вақтида тиббий хизматга мурожаат қилганда қутқариш мумкин бўларди. Аммо статистика шуни кўрсатадики, 90% ўпка раки бўлган беморлар касалликнинг охирги, тўртинчи босқичида мурожаат қилади, бу вақтда эса шифокорлар ҳеч нарса қила олмайдилар.

Ўпка симптомлари, онкологик симптомлар эрта босқичларда умуман намоён бўлмайди. Кам ҳолларда бир марта эпизодик тана ҳарорати кўтарилиши мумкин. Аммо айрим ўзгаришларни илғаш мумкин. Буларга тери рангпарлиги, тез юрганда ҳансираш, узоқ давом этувчи йўтал кабилар киради. Ягона амалий маслахат – бу ўз вақтида шифокорга мурожаат қилиш, агар сизни қуйидагилар безовта қилса:

ҳансираш;

йўтал;

сабабсиз тана ҳарорати кўтарилиши;

иштаҳа йўқлиги;

доимий ҳолсизлик, чарчоқ, ланжлик;

кўкракда оғриқ.

Ролли ўйиннинг тахминий мундарижаси:

Бемор 33 ёш, йўтал “зангсимон” балғам ажралиши билан, кўкрак қафасининг ўнг томонида оғриқ ва юқори ҳароратга шикоят қилиб келди.

Беморнинг сўзига кўра касаллик совқотганидан кейин 4 кун олдин бошланган. Ўткир бошланган ва ҳарорати 39,8°С гача йўталгача ва ундан кейин кўтарилган. Олдин қуруқ йўтал 2 кундан сўнг эса қонли “зангсимон” балғам ажралишни бошлаган.

Объектив: тери ва шиллиқ қаватлари рангпар, ёноқлари қизил. Юрак тонлари бўғиқлашган,НОС 34та 1 мин. Кўкрак қафасининг ўнг томони нафас олиш актидан орқада қолмоқда. Пальпацияда: ўнг томонда пастда овоз дириллаши кучайган. Перкутор: ўнг томонда орқа ва пастки қисмларида бўғиқ товуш. Аускультатив: ўнг томонда пастки қисмларида бронхиал нафас. Абдоминал патология аниқланмади. Тана ҳарорати 38,8°С

УҚA: Нb- 118 г/л; Эр-4,0х10/12 л; Л- 10,8x10/9 л. СОЭ - 22 мм/с. УСА: 100 мл, ранги - р/сс, с/о - 1019, оқсил - abs, лейкоцитлар 3-4/1;

Кўкрак қафаси рентгенограммаси: ўнг томонда пастки бўлаги базал сегментида гомоген характердаги қорайиш.

Беморнинг муаммолари:

1) йўтал “зангсимон” балғам ажралиши билан, кўкрак қафасининг ўнг томонида оғриқ

2) юқори тана ҳарорати

УАШ тактикаси:

1) бемор билан психологик контактда бўлиш.

2)анамнезини аниқлаш (сурункали тонзиллит, отит ваб.).

3) норегуляр даволаниш сабаблари.

4) буюриш: умумий қон анализи,умумий сийдик анализи, кўкрак қафаси рентгенографияси, балғам анализива экмаси.

Гуруҳ билан “бемор” ролини ўйнайдиган талабанинг ҳаракатларини келишиб олиш. Кейин беморга қандай текширувлар ўтказиш кераклигини аниқлаб олиш. Аввал “врач” ролини ўйнаётган талаба жавоб беради, кейин жавобни бутун гуруҳ талабалари тўлдиришади. Ўйин охирида ҳар бир талабанинг аналитик қобилиятини баҳолаш зарур. Машғулотнинг амалий қисми – талабалар томонидан беморлар курацияси – пульмонология бўлимида ўқитувчи кузатуви остида ўтказилади.

Тематик кўрик учун ўпка патологияси бўлган касаллик тарихида етарли минимум текширувлар: умумий қон ва сийдик анализи, ревматоид факторга, СРО, серомукоид, сулема синамаси, АСЛО, АСК, АСГ, сийдик кислотаси, кўкрак қафаси рентгенографияси бўлган 2-3та бемор тайёрланади. Кўрик пайтида бемор шикоятларининг аҳамиятли томонларига йўтал характери, қуруқ ёки балғам ажралиши билан, балғам характери( йирингли, қон томчилари билан)га эътиборни жамлаш керак.

Йўталнинг характерига кўра анамнез йиғишнинг кетма-кетлигига аҳамият берилади.

Физикал текширувлар кўкрак қафасининг оғриқлилиги аниқланишига, пальпация, перкуссиява аускультацияга йўналтирилган бўлади.

Теоретик қисм «галерея бўйлаб тур» методи бўйича ўтказилади.

Мақсад: талабаларни маълумотга критик баҳо беришни ўргатиш ва ушбу муаммо бўйича билимлари тўлиқлигини аниқлаш.

Ҳар бир кичик гуруҳда бир муаммо берилади ва улар буни ёзма шаклда 10 минут давомида ечадилар ҳамда масалалари билан алмашадилар. Олдинги гуруҳнинг хатоларини аниқлаш ва жавобларга қўшимча қилиш ва якуний жавоб вариантини қабул қилиш барча иштирокчилар билан муҳокама қилинади. Галерея бўйлаб тур методикаси талабадан эътиборнинг максимал концентрацияси ва ушбу соҳага яхши назарий тайёргарликни талаб қилади.

Мисол : машғулот мавзуси « Йўтал балғам ажралиши билан». Учта кичик гуруҳга биттадан савол берилади: саволлар вариантидан биттаси тавсия қилинади.

Ўпка касалликларидаги йўтал характеристикаси.

Ўпканинг инфильтративн туберкулези кечиши аҳамияти.

Бўлакли пневмониянинг аҳамиятлари.

Шундай қилиб 30 минут ичида ўқитувчи талабаларнинг мавзунинг ҳар хил бўлимлари бўйича тайёргарлик даражаси ва уларнинг ўз фикрини намоён қила олиши тўғрисида тасаввурга эга бўлади.

Жавоблар:

1. давомийлиги бўйича йўтал қуйидагича бўлади: давомий – кун бўйи давом этади – бронхлар, ҳиқилдоқ сурункали касалликларида, ўпка силининг бир қанча клиник вариантларида, ўпка ракида, даврий йўтал – чекишда, ўпка силининг эрта босқичларида, БА ва пневмонияда, эрталабки йўтал – БЭК, ўпка абсцессида, гастроэзофагеал рефлюксда, чекишда, тунги йўтал – ўпка ТБЗ, лимфогранулематоз, ўпка ракида, кичик қон айланиш доирасидаги димланишда, овозсиз йўтал кучсиз беморларда ва ўлимдан олдин учрайди.

Балғам характери бўйича:

Сероз

Шиллиқли – трахеитда, ўткир бронхитда учрайди; лаб. – лейк. 5-6/1

Йирингли сассиқ ҳид билан – БЭК, ўпка абсцессива гангренаси – лейк.лар жуда кўп миқдорда

Аралаш (шиллиқ-йирингли) – пневмония, крупоз пневмонияда – «зангсимон»

Қон тупуриш – ўпка ракида, эхиноккокоз, ўпка инфарктида, митрал стенозда, бронхоэктазларда, ўпка ТБЗ да, бўлакли пневмонияда, ТЭЛА

Шишасимон – БА

«Малинали желе» – ўпка ракиIVдар.

пушти, кўпикли – ўпка шишида

Инфекцион касаллик бу организмнинг яққол умумий реакцияси ва зарарланган ўчоқдаги специфик яллиғланиш пайдо бўлиши билан характерланади. Кўпгина иқтисодий ривожланган мамлакатларда шу жумладан Россияда туберкулёз билан касалланиш ва ундан ўлиш ҳолатларри сезиларли камайган. Бундай эпидемиологик ҳолатлар болалар, ўсмирлар ва аёллар ўртасида яққол кўринади, эркакларда ва айниқса қари ўшдагиларда паст даражада ифодаланади. Шунга қарамасдан туберкулёз тарқалган касаллик ҳисобланади.

Ўпка силининг асосий симптомлари – бу:

зарарланган ўчоқ соҳасида доимий оғриқ борлиги, оғриқлар жисмоний юкламадан кейин пайдо бўлиши ва ўпкадаги оғриқларнинг унчалик яққол бўлмаслиги;

узоқ давом этувчи ўтиб кетмайдиган йўтал ажралиши қон томчилари билан;

ҳансираш;

ҳолсизлик;

тана ҳароратининг эпизодик кўтарилиши 37,5гача.

Ташҳис флюорографиява туберкулинлисинамалар ёрдамида аниқланади. Регуляр, ҳар йилги флюорография – туберкулёзни эрта босқичларида аниқлашнинг етарли эффектив восита ҳисобланади.

Бўлакли (лобар) пневмония кўпинча оғир кечувчи ва тез ривожланувчи пневмококкли (крупоз) ва клебсиеллали пневмония шаклларида кузатилади. Крупоз (бўлакли) пневмония экссудатив реакциянинг яққоллиги, таркибида юқори миқдорда фибрин билан альвеолаларга суюқлик ўтиши, жараённинг ёнидаги плеврага ўтиши (плевропневмония); яллиғланиш бутун ўпка бўлагини ёки унинг бир нечта сегментини эгаллаши мумкин.

3. Аналитик қисм.

3.1.Вазиятли масалалар:

Вазятли масала №1..

36 ёшли беморда йўтал балғам ажралиши билан, терлаш, тез чарчаш, озиб кетиш ва субфебрил тана ҳарорати кузатилади. Беморнинг сўзига кўра 2 ойдан бери ўзини касал деб билади, касаллик тез чарчаш, терлаш ва ҳолсизликдан бошланган. Аста секин озишни бошлаган ва қисқа қуруқ йўтал безовта қила бошлаган. Бу давр оралиғида субфебрил тана ҳарорати ( 37,8°С атрофида) ва терлаш айниқса тунда кучайган. Охирги пайтларда шиллиқ-йирингли характердаги балғам пайдо бўлган. Яқинда қамоқдан чиққан. Кунига 1 пачка сигарет чекади, алкоголь ичимликларини истеъмол қилади.

Объектив: тери қопламлари оқарган. Юрак тонлари бўғиқлашган. Пульс 98 та 1 минутда. НОС - 22 та 1. мин. Аускультатив: ўнг томонда ўрта қисмларида везикуляр нафас сусайган ва жарангли майда пуфакчали нам хириллашлар эшитилади.Тана ҳарорати 37,5°С

УҚA: Нb- 118 г/л; Эр-4,0х10/12 л; Л- 3,9x10/9 л. СОЭ - 22 мм/с. УСА: 100 мл, ранги-с/с, с/о - 1019, оқсил - abs, лейкоцитлар 3-4/1;

Кўкрак қафаси рентгенологик текширувида: ўнг томонда ўрта қисмларидаинфильтрат сояланишлар, диаметри 5 см атрофида, бир хил, ювилган чегаралари билан, фонда якка ўчоқ соялари аниқланади; инфильтрат соясида ноаниқ чегарали, нотўғри шаклдаги ёруғланиш соҳалари аниқланади.

Йўтал синдроми билан кечадиган тўрттадан кам бўлмаган касалликни санаб беринг.

Тахминий ташҳис;

Информатив текшириш усуллари;

УАШ тактикаси (даволаш принциплари ва иккиламчи профилактика);

|  |  |
| --- | --- |
| Пневмония, ТБЗ, ўпка раки, БЭК | 25 |
| Ўпканинг инфильтратив туберкулези | 25 |
| Кат. 3.1. ҚВП ёкиОП шароитида: УҚА, УСА (УҚA: Нb- 118 г/л; Эр-4,0х10/12 л; Л- 3,9x10/9 л. СОЭ - 22 мм/с. УСА: 100 мл, ранги-с/с, с/о - 1019, оқсил - abs, лейкоцитлар 3-4/1)  Кат. 3.2.: - кўкрак қафаси рентгенографияси , балғамни микобактерия ТБЗга таҳлили | 25 |
| туб. диспансерга госпитализация (программа DOTS) | 25 |

Вазятли масала №2.

56 ёшли эркак ҚВПга қуйидаги шикоятлари билан мурожаат қилди: йўтал балғамда қон томчилари билан, бирданига ҳолсизлик, тез чарчаш ва тана вазнининг камайиши ҳамда иштаҳа пасайишига.

Касаллик йўтал билан бошланган. Кейинчалик аста секин ҳолсизлик ва иштаҳа пасайишини ҳис қилган. Сўнгра овоз хириллаши пайдо бўлган ва 1 ой давомида тана ҳароратининг кўтарилиши бўлган (ҳар куни 38°Сгача). 2 ойда 10 кгга озган. Кўп йиллар давомида кунига 1-2 пачка сигарет чеккан. Яқинда йўтал қон томчилари билан пайдо бўлган.

Кўрикда тери қопламлари оқарган, пальпацияда чап томонда қўлтиқ остида лимфа тугунларининг катталашиши аниқланди, НОС 22та 1 мин.да, юрак тонлари бўғиқлашган, ўпкада перкуторно 3-4 қовурға соҳасида чап томонда ўпка товушининг тўмтоқлашиши, аускультатив чап томонда сусайган везикуляр нафас эшитилади..

НЬ- 74 г/л; Эр-3,1х10/12 л; Л- 8,5x10/9 л. СОЭ - 45 мм/с. УСA: 200 мл, цвет- с/с, с/о - 1019, оқсил - abs, лейкоцитлар 1-2/1; умумий балғам таҳлили: балғамда атипикхужайралар.

Кўкрак қафаси рентгенографияси: ўпка чўққисида чап томонда ноаниқ контурли ҳосиланинг борлиги.

Йўтал синдроми билан кечадиган тўрттадан кам бўлмаган касалликни санаб беринг.

Тахминий ташҳис;

Информатив текшириш усуллари;

Рентгенограммадаги конкрет ўзгаришларни кўрсатинг;

УАШ тактикаси (даволаш принциплари ва иккиламчи профилактика);

Вазиятли масала №3

33 ёшли бемор йўтал “зангсимон балғам” ажралиши билан, кўкрак қафасининг ўнг томонидаги оғриқ ва тана ҳароратининг юқорилигига шикоят қилиб келди.

Беморнинг сўзига кўра 4 кун аввал совқотишдан кейин касалланган. Касаллик ўткир юқори тана ҳарорати 39,8°Сгача ва йўтал билан бошланган. Йўтал аввал қуруқ, 2 кундан кейин эса «зангсимон» қонли балғам ажрала бошлаган. Объектив: тери қопламлари оқарган, ёноқлари қизарган. Юрак тонлари бўғиқлашган, НОС 34 та 1 мин.да. кўкрак қафасининг ўнг томони нафас олиш актидан орқада қолмоқда. Пальпацияда: ўнг томонда пастда овоз дириллаши кучайган. Перкутор: ўнг томонда пастда пастки қисмларида тўмтоқ товуш. Аускультатив:ўнг томонда пастки қисмларида бронхиал нафас. Абдоминал патология аниқланмади. Тана ҳарорати 38,8°С

УҚA: Нb- 118 г/л; Эр-4,0х10/12 л; Л- 10,8x10/9 л. СОЭ - 22 мм/с. УСА: 100 мл, ранги - с/с, с/о - 1019, оқсил - abs, лейкоцитлар 3-4/1;

Кўкрак қафаси рентгенографияси: ўнг томонда пастки бўлакнинг базал сегментларида гомоген характердаги сояланиш аниқланади.

Йўтал синдроми билан кечадиган тўрттадан кам бўлмаган касалликни санаб беринг.

Тахминий ташҳис;

Информатив текшириш усуллари;

Рентгенограммадаги конкрет ўзгаришларни кўрсатинг;

УАШ тактикаси (даволаш принциплари ва иккиламчи профилактика);

Вазиятли масала №4

Бемор 43 ёшда, шикоятлари йўтал ва уни йирингли ёқимсиз ҳидли балғам ажралиши билан ва тана ҳарорати ошиши.

Қўшимча маълумотлар (муаммони ҳал қилиш жараёнида бериб борилади). Беморнинг сўзига кўра касаллик бошланагнига бир неча ой бўлган, врачлар томонидан крупоз зотилжам ташҳиси қўйилган, лекин бемор шифохонада ётишдан бош тортган ва уйда тана ҳарорати кўтарилганда аспирин таблеткасини ичган. Ахволи яхшиланмаган, иситма билан бирга терлаш кучайган. Қалтираш, ҳолсизлик, қуруқ йўтал, баъзан кўкрак қафасида ноаниқ бўлган оғриқлар безовта қила бошлаган. Кечадан бошлаб йўталганда кўп миқдорда балғам ажрала бошлагандан сўнг бемор енгил тортади. Объектив кўрикда: тери қопламлари оқимтир. Юрак тонлари бўғиқ, ритмик. Нафас олиш сони бир дақиқада 34 марта. Пульс бир дақиқада 99 марта. Перкуссияда ўпкада тимпаник товуш. Аускультатив: ўпка ўнг томонида жарангли йирик пуфакчали хириллашлар эшитилади, бронхиал нафас амфорик тусда. Тана ҳарорати 38,8°С. УҚТ - нейтрофилли лейкоцитоз чапга силжиш билан, анемия. Умумий балғам таҳлили: кўп миқдорда лейкоцитлар, эритроцитлар ва эластик ипчалар.

Кўкрак қафаси рентгенографияси: ўнг ўпка юқори бўлагида горизонтал ҳолатда суюқлик ва ўпка тўқимасида перифокал яллиғланиш инфильтрацияси аниқланади.

3.2. Амалий қисм.

Мазкур мавзу бўйича УАШ машғулот тугагандан кейин бажара олиши керак бўлган кўникмалар рўйхати

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Кўрсаткичлар/интерпретация | Бажармади | Тўлиқ бажарди |
|  | Бемор курацияси | 0 | 50 |
|  | Умумий қон анализи |
|  | Умумий сийдик анализи |
|  | Умумий балғам анализи |
|  | Ўткир фазали синамалар |
|  | Балғам экмаси |
|  | ЭКГ |
|  | Кўкрак қафаси рентгени |
|  | Пульмонолог ва фтизиатр консультацияси |
|  | Биопсия |
|  | Қиёсий ташҳис | 0 | 20 |
|  | Ташҳисни асослаш | 0 | 10 |
|  | УАШ тактикаси ва даво тайинлаш | 0 | 10 |
|  | Тавсиялар | 0 | 10 |
| Жами |  | 0 | 100 |

5. Назорат саволлари.

1. Пневмониянинг классификацияси.

2. Йўтал синдроми билан кечадиган касалликларнинг қиёсий ташҳиси.

3. Ўпка усмаси, туберкулома ва упка абсцесси киёсий ташхиси.

4. Упкада юмалок сояланиш синдроми билан кечадиган касалликлар билан беморларни олиб бориш тактикаси, амбулатор даволаш.

6. Госпитализацияга кўрсатмалар.

7.Йўтал синдроми билан кечадиган касалликларда беморларнинг меҳнат қобилиятини аниқлаш.

8. Профилактика.

**Амалий машғулот №7**

**Мавзу: Ўпка касалликлари билан боғлиқ бўлган кўкрак қафасидаги оғриқ синдроми. Қуруқ ва экссудатив плевритда қиёсий ташхис. Экссудатив плеврит турлари. Плевритларни эрта ташхислашда УАШ тактикаси ва профилактика усуллари. .**

**Ўқитиш технологияси**

|  |  |
| --- | --- |
| Ўқиш вақти: 6 соат | |
| Дарснинг тузилиши | Ўқув тематик хона.  Стационар. Пульмонология булими.  Ўқув қўлланмалар, фантомлар, муляжлар, тарқатма материаллар, вазиятли масалалар тўплами ва тестлар.  Телевизор, видео аппаратура, мультимедиа |
| Ўқув дарсининг мақсади: УАШни “Умумий амалиёт шифокорининг квалификацион характеристикаси”да назарда тутилган талабларга мос равишда Плевритларда эрта ташхислаш киёсий ташхислаш ва оптимал даво тактикасини танлашга УАШ ни ургатиш, шунингдек беморларни согликни саклаш бирламчи звеносида олиб бориш принципларини узлаштириш | |
| Педагогик вазифалар:  УАШга плевритлар диагностикасини ургатиш; боскичига боглик холда кечишининг узига хослиги.  УАШга плевритлар диагностикаси ва дифференциал диагностикасини ургатиш.  УАШга плевритларда КВП(ОП) ва махсслаштирилган стационарда ётиб даволанувчи беморларни курсатиш.  УАШ квалификацион имкониятлари характеристикасига кура олиб боришни тахлил килиш  Даволаш принциплари тахлили (номедикаментоз ва медикаментоз).  КВП ва ОП широитида беморни кузатиш, мониторинги ва олиб бориш принциплари тахлили.  Ушбу касалликларда бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактикаси принциплари тахлили. | Талаба билиши шарт:  Турли этиологияли плевритларни клиник намоён булиши .  Плевритларда дифференциал диагностика.  3.Курук ва эксудатив плеврит белгилари.УАШ тактикаси.  4.Ушбу касалликларда даволаш принциплари (медикаментоз и немедикаментоз).  5Беморни мониторинги ва диспансер кузатуви принциплари.  6.Ушбу касалликларда бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактикаси принциплари  Талаба бажара олиши шарт:  Курук ва эксудатив плевриларда касалликларни диагностикаси учун йигилган шикоятлар ва анамнезини анализ килиш.  Клиника, лаборатор текширувлар натижалари, рентгенограмммага кура плевритларнинг турли вариантларини диагностика ва диф.диагностика килиш.  3.Рентген натижаларини интерпретация килиш  - Олинган натижаларни тахлил килиш ва хулоса кила олиш.  4.Самараси исботланган препаратларни танлаш  5.Номедикаментоз даволаш усуллари тугрисида маълумот бериш.  6.КВП ва ОП шароитида мониторинг утказиш. |
| Ўқитиш услублари | Графикли органайзер- концептуал жадвал, видеотасвир томоша қилиш, бахс, сухбат, тестлар ва вазиятли масалалар ечиш. |
| Ўқитиш фаолиятини ташкил қилиш шакллари | Индивидуал тарзда иш юритиш,гурухларда ва жамоа бўлиб ишлаш, аудитор, аудиториядан ташқари вазифалар бажариш. |
| Ўқитиш ускуналари | Тарқатма визуал ўқув материаллар, видеофильмлар, муляжлар, графикли органайзерлар, тиббий хариталар мажмуаси, жадваллар ва стендлар. |
| Қайта алоқа услуб ва ускуналари | Оғзаки назорат: назорат саволлари, гуруҳларда ўқув машғулотларини бажариш, амалий кўникмаларни бажариш, ТМИ. |

**2. Машғулот таркибий кисми**

Назарий қисм

Амалий машғулотнинг теоретик кисмида плеврит диагностикасининг клиник узига хослиги куриб чикилади.

Классификация.

I. Плеврит этиологияси буйича. 1. Инфекцион 2. Асептик.

II. Патологик жараён характери буйича. 1. Курук (фибриноз). 2. Экссудатив плеврит.

III. Экссудат характерига кура. 1. Сероз. 2. Сероз-фибриноз. 3. йирингли. 4. чиришли. 5. Геморрагик. 6. Эозинофилли. 7. Холестеринли. 8. Хилез. 9. Аралаш.

IV. Плеврит кечиши буйича. 1. Уткир. 2. Уткир ости. 3. Сурункали плеврит.

V. Плевритлокализацияси буйича. 1. Диффуз. 2. Чегараланган. 2.1. Апикал. 2.2. Деворолди (паракостал). 2.3. Костнодиафрагмал. 2.4. Диафрагмал (базал). 2.5. Парамедиастинал. 2.6. Булаклараро (интерлобар).

Плевритларнинг курук (фибриноз) ва экссудатли турлари фаркланади. Куп холларда курук плеврит унинг экссудатлиси шаклланишининг бошлангич боскичи булиши мумкин.Плевритлар этиологияси буйича:

- инфекцияга боглик - специфик булмаган (пневмококк, стафилококк, грамманфий бактерия- лар, вируслар, микоплазма ва бошкалар) ва специфик кузгатувчилар (сил микобактерияси, захм, бруцеллёз ва бошкалар);

- инфекцияга боглик булмаган плевритлар - усмалар (плевранинг бирламчи усмаси, ёмон сифатли усманинг плеврага метастази, лимфогранулематоз, лимфосаркома), бириктирувчи туки- манинг тизимли касалликлари (тизимли кизил югурик, дерматомиозит, склеродермия, ревматоид артрит, ревматизм), тизимли васкулитлар (тугунчали периартериит), жарохатлар ва жаррохлик амалиётидан кейин, упка артерияси тромбоэмболияси, упка инфаркта, панкреатит (ферментли плеврит), лейкозлар, геморрагик диатез, инфарктдан кейинги Дресслер синдроми ва бошкалар.

Идиопатик (этиологияси ноаник).Экссудат характери буйича:

-серозли;

-фибринозли;

-сероз-фибринозли;

-йирингли;

-чириган;

-геморрагик;

-хилез;

-сохта хилез;

-эозинофилли;

-холестеринли;

-аралаш.

Жойлашиши буйича диффуз ва чегараланган (халтачасимон). Чегараланган уз навбатнда куйи­даги турларга булинади:

-апикал (чуккили) плеврит;

-костал (плевранинг ковурга кисми);

-костодиафрагмал;

-диафрагмал;

-парамедиастинал;

-булаклараро.

Плевритларнинг клиникаси.Плевритларнинг фибриноз (курук) ва экссудатли (нам) деб ном- ланиши шартли булиб, куп холларда курук плеврит экссудатли плевритнинг бошлангнч боскичи хисобланади. Турли сабабларга кура яллигланиш жараёни тургунлашса, плевра варакларида фиб­рин кават тупланади ва аста-секин яллигланиш экссудата камайиб касаллик белгилари сусайиб боради. Бундай холатлар фибриноз плевритнинг куриниши сифатида намоён булади. Агар жараён тургунлашмаса, экссудация купаяди, плевра суюклигининг резорбцияси сезиларли пасаяди, унда суюклик хажми купайиб, экссудатли плеврит ривожланади. Фибриноз ва экссудатли плевритлар клиникаси бир-биридан тубдан фарк килади.

Фибриноз (курук) плеврит. Фибриноз плевритга олиб келадиган сабаблар куйидагилар хи­собланади:

-зотилжам;

-упка сили;

-вирусли инфекция (купинча - Коксаки В энтеровируслари);

-упканинг турли йиринти-яллигланиш жараёнлари ёки якин жойлашган аъзолар (упка абсцесси, упка кистасининг йиринглаши, диафрагма ости абсцесси, упка инфаркт, медиастенит ва бошкалар).

Инфекция плеврага лимфоген ва гематоген йул билан таркалади.

Клиникаси. Кукрак кафасидаги огрик КУРУК плевритнинг асосий клиник белгиси хисобланади. Одатда, у уткир хусусиятли ва етарли даражада кучли булиб, чукур нафас олганда, йуталганда ва сот томонга эгилганда кучаяди. Кукрак кафасининг шикастланган томони кимирламай турганда огрик камаяди. Плевранинг яллигланган сохасига боглик холда огрик ва унинг узатилиши хам узгаради. Курук фибриноз костал плевритда огрик кукрак кафасининг турли сохдларида жойлашиши мумкин. Лекин кукрак кафасининг чап томонидаги огрик давомий булиб, стенокардия хуружига ухшаб кетади ва шу сабабли ЮИК билан киёсий ташхис утказишни талаб килади. Апикал плевритда огрик буйин сохаси, жумладан елка бугимларига узаталади. Диафрагмал курук плевритда огрик эпигастрал сохдда, унг ва чап ковургалар ёйи остида, бел сохдсида жойлашиши ёки узатилиши мумкин ва холецис­тит, аппендицит, ошкозон ва 12 бармок ичак яра касаллиги, сийдик-тош касаллиги, пиелонефритнинг клиник куринишларини эслатади хамда баъзан ташхисий хатоларга сабаб булади. Курук булакларарофибриноз плеврит айрим холларда узок давом этган зотилжам асорати булиб, купинча симптомсиз кечади. Кукрак кафасидаги огрик кескин намоён булмай, факат чукур нафас олганда пайдо булади.Курук фибриноз плевритдаги огрик бошка ички аъзо касалликла-  
ридаги ушбу синдромдан фарк килиб, нафас олиш билан боглик ва  
унинг чуккисида тусатдан пайдо булади ёки кескин кучаяди.

Курук плевритда; йутал плеврада куп жойлашган йутал рецепторлари  
шикастланиши ва сезувчанлик даражасининг пасайиши билан боглик.  
Йутал чукур нафас олганда, тана холати узгарганда, соглом томонга  
эгилганда пайдо булади ёки зураяди билан  
боглик. Унинг бошланишида харорат меъёрида булади, кейинчалик  
курук плеврит билан асоратланган асосий касалликнинг клиник намо-  
ён булиши билан боглик холда субфебрил курсаткичларгача ошиши  
кузатилади.

Объектив курик. Умумий курикда аксарият холларда бемор маж- бурий холатда булиб, кукрак кафасининг огрикли сохасини куллари билан ушлаб, упканинг зарарланган томонига ётишга харакат килади. Бу холат плевра варакдари ва упканинг нафас экс- курсиясини чегаралайди хамда огрикни камайтиради. Купинча фибриноз плеврит билан огриган беморларда катта кукрак ва трапециясимон мушак пайпасланганда (Штернберг симптоми) огрик аникланади.

Кукрак кафаси текширилганда аксарият холларда юзаки нафас хамда зарарланган томоннинг нафас олишда оркада колиши аникланади. Огрик сабабли упканинг пастки кисмида нафас экскур- сиясининг пасайганлигига карамасдан псркуссияда аник упка товуши эшитилади. Аускультацияда везикуляр нафас аникланади ва кам холларда зарарланган томонда нафас экскурсиясининг чега- раланиши хисобига сусайган нафас эшитилади. Курук плевритнинг ишончли объектив белгиси кукрак кафасининг чегараланган сохасида нафас олиш ва нафас чикаришда плевра ишкаланиш шовкинининг аникланиши булиб, стетоскоп билан босиб к5филганда унинг кучайиши ва йуталганда узгармаслигидир. Баъзан, плевра ишкаланиш шовкини ёпик огиз ва бурун билан нафас харакатлари амалга оширилганда хам эшитилади (Вальсальва синамаси). Касаллик бошланишида шовкин - майин булиб, крепитацияни эслатади. Плевра варакларида фибрин экссудатлари купа- йиб бориши билан ишкаланиш шовкини дагаллашиб, кор гижирлаши ёки янги оёк кийим остидан чикадиган товушни эслатади. Бундай холатларда плевра ишкаланиш шовкинини кукрак кафасига зич куйилган кул кафти билан хам хис килиш мумкин.

Куруц плевритнинг кечиши ва асорати асосий касалликнинг хусусиятига боглик. Плевра ва- ракдари яллигланишининг ижобий кечишида жараённинг ортга кайтиши ва яллигланиш сохаси одатда битишмалар (тортишма, шварт) ёки плевра варакдарининг калинлашиши кузатилади. Агар жараён авж олса, экссудат хосил булади ва плеврадаги суюкликнинг сурилиши кескин пасаяди хамда экссудатли плеврит ривожланади.

Экссудатли плеврит. Клиникаси.Экссудатли плеврит куп холларда юкорида келтирилган фибриноз (курук) плеврит белгилари билан бошланади ва кейинчалик касалликнинг клиник ман- зараси узгаради. Тана харорати фебрил курсаткичларгача кутарилиб, калтираш, кучли терлаш, кучайиб борувчи интоксикация белгилари билан бирга кечади. Аксарият холларда харорат гектик хусусиятга эга булади.

Интоксикациянинг айрим белгилари (мушаклардаги холсизлик, уйкучанлик, карахтлик, бош огриши, иштаханинг пасайиши) одатда урта даражада намоён булади. Аммо йирингли плеврит ва унинг эмпиемасида белгилар сезиларли кучаяди.

Экссудат тупланиши ва плевра варакдарининг бир-биридан узоклашиши натижасида кукрак кафасидаги уткир огриклар кескин камаяди ёки бутунлай йуколади. Бунда беморлар зарарланан томонда огирлик сезадилар ва «тулик тикланмаган» упкага шикоят киладилар. Плевра варакларининг таркок яллигланишида хатто куп микдордаги экссудат йигилиши-  
га карамасдан кукрак кафасида уткир огриклар сакланиб  
колади. Куп холларда аускультацияда эшитиладиган плевра  
ишкаланиш шовкини яллигланган плевра вараклари би-  
риккан сохасидаги суюклик сатхлда эшитилади. Экссудат  
йигилиш даражасига караб беморда авж олиб борувчи  
нафас етишмовчилиги белгилари ва трахея хамда кукс ора-  
лигининг силжиши кузатилади. Кам жисмоний з5фикишда  
ва тинч холатда хам кузатилувчи хансираш пайдо булади.  
Экссудатнинг микдори куп булмаганда хансираш тахипноэ  
хусусиятга эга булади. Суюклик куп микдорда йигилганда  
инспиратор хансираш кузатилади ва у нафас мушаклари  
ишининг кучайиш белгилари билан бирга кечади.Экссудатли плеврит билан огриган куп беморларнинг плевра вараклари зарарланиши ва трахея силжиши билан  
изохланувчи рефлектор курук огрикли йутал безовта ки-  
лади. Беморни куздан кечирганда узига хос мажбурий холат -  
улар бир оз эгилган ёки ярим утирган холатни эгаллашга,  
баъзан соглом томонга ётишга харакат киладилар. Бундай  
холат кон оксигенациясининг яхшиланишига ва хансираш-  
нинг камайишига олиб келади (decubituslateralis холати). Нафас етишмовчилигининг тез авж олиши диффуз “кулранг” цианоз пайдо булиши билан бирга  
кечади. Кукс оралигининг сезиларли силжишида ёки юракнинг ёндош касалликларида цианоз аралаш характерга эга булади. Зарарланган томонда кукрак кафаси хажмининг ошиши ва унинг нафас олишда ортда колиши  
(Гувер симптоми) кузатилади. Ковургалараро ора-ликлар текисланган ва нафас олганда тортилиш  
аникланмайди (Литен симптоми). Зарарланган то-  
монда тери шишинкираган ва сог томонга нисба-  
тан бурмаларнинг куплиги (Винтрих симптоми)  
кузга ташланади. Зарарланган томонда суюклик  
сохасида овоз дириллаши кескин пасаяди Агар плеврадаги суюклик микдори 300-400 мл  
дан ошса, оддий перкуссия ёрдамида уни аниклаш  
мумкин. Шу сохада перкутор товуш сезиларли  
бугиклашган, экссудат катлами калин булганда бутунлай бутик товуш эшитилади. Камрок мик-  
дордаги экссудатда бугик товуш Эллис-Дамуазо  
чизиги юкори чегарасида аникланади Бу чегаранинг энг юкори нуктаси орка култик  
ости ёки курак чизигида жойлашади. Ушбу ердан у эгри чизик буйлаб пастга, оркада умуртка погонаси билан кесишади, олдинда V ковурга сатхдца  
урта умров чизигига етади.

Экссудатли плевритда суюкликнинг энг юкори сатхи кукрак кафасининг орка - ён булимларида жойлашади. Шу сабабли плеврадаги суюклик хажмини бахолаш максадида товуш тумтоклашиш чегарасини бу сохада синчковлик билан текшириш лозим. Олд томондан урта-умров чизиги буй-лаб тумтоклик, орка томондан юкори чегараси куракнинг уртасига  
етганда аникланади ва бу 2-3 л плеврал суюклик микдорига тугри  
келади. Экссудат юкори чегараси сатхининг упканинг турли кисмларида  
фаркланиши биринчи навбатда силжишнинг йуналиши ва упканинг  
пастдан юкориги ва олдиндан оркага компрессияси,  
яъни упка илдизи томон й^алиши буйпаб изохланади. Бундай холатда  
упканинг орка-ён булимлари камрок силжийди. Шунинг учун бу сохдца  
суюкдик энг юкори сатхга етади. Экссудат микдори 3-4 л дан ошганда,  
бугиклик юкори чегараси деярли горизонтал булади. Оркада тумтоклик-  
нинг юкори чегарасида кисилган упка сохасида компрессион ателектаз  
зонаси жойлашади. Бу Гарланд учбурчагини х,осил килиб, умургка пого-  
наси, Эллис-Дамуазо чизиги ва унинг юкори нуктасидан кссиб утувчи  
горизонтал чизикдан ташкип топган. Перкуссияда бу сохдда  
бугиклашган тимпаник товуш эшитилади. Агар плевра бушлигида куп  
микдорда экссудат тупланса (4 л дан ошик), перкуссияда бутик товуш  
аникланади. Бу кукс оралигининг сот томонга силжиган проекциясига (Раухфус-Грокко учбурчаги) мос келади. Ушбу учбурчак умургка погонаси ва Эллис-Дамуазо чизиги  
давоми билан чегараланган. Траубе бушлиги юзасида тимпаник товуш йуколиши чап томонлама суюклик тупланишининг эрга физикал белгиси хисобланади. Бутик перкутор товуш сохасида аускультацияда кучсиз нафас сезиларли сусайган ёки умуман эшитилмайди. Гарланд учбурчагида ,яъни орка кукрак девори компрессион ателектаз проекцияси сохасида кучсиз бронхиал нафас, баъзан крепитация  
аникланади. Баъзи холатларда суюкдикнинг юкори чегарасида плевра ишкаланиш шовкини эшитилиб, бу яллигланишнинг унинг варакларига таркалганлигини билдиради. Унт томонлама парапневмоник плевритда кукс  
оралиги чапга силжийди. Бунда чукки турткиси ол-  
динги аксилляр чизик сатхида жойлашади. Ушбу  
холларда сезиларли тахикардия - бир дакикада 120-  
140 марта, акроцианоз ва юрак етишмовчилигининг  
бошка белгилари юзага келади. Чап томонлама экс-  
судатли плеврит юракнинг нисбий бугиклик чегара-  
сининг унг томонга силжиши билан бирга кечади. Кукс оралиги сезиларли силжиганда пастки ковак венанинг диафрагмага утиш жойида эгилиш юзага  
келиб, юракка веноз кон кайтишининг кучли чегараланиши, юрак зарб хажмининг пасайиши ва туртун артериал гипотензия ривожланади.

Экссудатнинг кайта сурилиши одатда касаллик бошланганидан 1-1,5 ойдан сунг кузатилади. Согайгандан кейин яллигланган соха варакларида сезиларли калинлашиш сакданиб колади ва баъзан плеврал битишмалар хоснл булади.

Лаборатор-асбобий текширишлар. Кон тахлили. Инфекция таъсирида плеврада яллигланиш кузатилганда коннинг умумий тахлилида яллигланиш синдромининг специфик булмаган куйидаги белгилари аникланади: лейкоцитлар формуласининг чапга силжиши, нейтрофилли лейкоцитоз ва ЭЧТ ошиши. Огир холларда токсик донадор нейтрофиллар, шунингдек, лейкемоид реакция белгилари аникланади. Купинча сезиларли нормохром камконлик ривожланади.

Коннинг биокимёвий тахлилига хос булган узгаришларга сезиларли диспротеинемия, альбумин микдорининг, а, ва а2 глобулинларнинг ошиши киради. «Яллигланишнинг уткир фазаси» оксил- ларининг таркиби - С-реактив протеин, гаптоглобин, серомукоид, сиал кислота микдори ошади.

Инфекцияга боглик булмаган асептик плевра сующшгида кон тахдилидаги узгаришлар плеврит билан асоратланган асосий касалликка хос булади.

Рентген ёрдамида текшириш. Ушбу усул плевритни ташхислашда хал килувчи ахамиятга эга. Курук плевритнинг рентген белгилари куйидагилар хисобланади:

Плевритларда эрта ташхислаш киёсий ташхислаш ва оптимал даво тактикасини танлашга УАШ ни ургатиш, шунингдек беморларни согликни саклаш бирламчи звеносида олиб бориш принципларини узлаштириш.

Амалий машгулот теоретик кисмида бирма бир турли этиологияли плеврит киесий ташхислаш масалалари куриб чикилди.

Курук плеврит. Клиник симптомлар: кукрак кафасида огрик, йутал ва нафас олишда кучаядиган; диафрагмал плевритда огриккоринни юкори кисмига узатилади, ёки диафрагмал нерв буйлаб – буйин сохасида; умумий холсизлик; субфебрилитет; упка учи плеврит – трапециясимон ва катта кукрак мушаги пальпацияда огрикли (симптомы Штернберг ва Поттенджер симптомлари); упканинг нафас харакатчанлигини чекланиши; аускультацияда – плевра ишкаланиш шовкини.

Лаборатор маълумотлар. 1. УКА: ЭЧТ кутарилиши, лейкоцитоз. 2. КБА: фибриноген микдорини ортиши, серомукоид, сиал кислота. Упканинг рентген текшируви: «изолирланган» курук плеврит аникланмайди, асосий касаллик белгилари аникланади (пневмония, туберкулез, усмалар ва х.к.).

Экссудатив плеврит. Клиник симптомлар: умумий холсизлик, хансираш, эт увишиши билан тана хароратини ошиши (плевра эмпиемасида), куп терлаш, иштахасизлик; нафас олишда кукрак кафасини бир томонини оркада колиши, ва ковургалараро сохани текисланиши; медиастиналсумкали плевритда – дисфагия, юз, буйин шиши, товуш бугилиши; перкуссияда – массив бугик товуш; аускультацияда – нафас харакатлари йуклиги; тахикардия; юрак тонлари бугиклашади.

Лаборатор курсаткичлар. 1 УКА: сиал кислота, фибрин, серомукоид, α2- и γ-глобулинлармикдорини ошиши. 3. Плеврал суюкликни текшириш: оксил микдори 3%дан ортик, нисбий зичлиги 1,018дан баланд; ЛДГ микдори 1,6 ммольдан баланд (л.ч); Ривальт синамаси мусбат; чукмада нейтрофиллар купрок аникланади; ранги сомон сарик рангда, эмпиемада – йиринг. Инструментал текширув. Рентгенологик текширувда: юкори чегараси кийшик интенсив сояланиш, смешение кукс оралигини карама карши томонга сурилиши кузатилади. Ультратовуш текширув: плеврада суюклик аникланади. Эксудатив плеврит турли шакллари киёсий ташхислашда уларни клиник ва лаборатор узига хосликларига эътибор берилади. Парапневмоник плевритларда уткир пневмония ва унча куп булмаган суюклик аникланади.Пневмониянинг бошлангич даврида кучли огрикли синдромда плевритникидириш лозим. Туберкулезли плеврит нисбатан ёшларда, анамнезида туберкулезли беморлар билан контактда булиш, интоксикациява субфебрилитет, туберкулин синамасини мусбат булиши, плеврал суюкликда лимфоцитлар микдорини ортиши кузатилади. Упка инфарктида буладиган плевритларда геморрагик характерда, унча куп булмаган экссудат. Карциноматоз плевритларогрик синдроми, массив геморрагик экссудация, нафас ва кон айланиш етишмовчилиги ривожланиши билан, ва чукмада атипик хужайра аникланиши билан кечади. Кукрак лимфа томири усмалар метастази блокадасида плеврал суюклик хилёз табиатли булади. Плеврал пункцияда хира суюклик ёки йиринг аникланганда этиологиясини аниклаш максадида озик мухитига экилади.Ташхис ноаник булганда плеврал суюклик олингандан кейин рентгеноскопия, плевроскопия ва плевробиопсия тавсия этилади.

Теоретик суров

Максад:Мухокама килинаётган мавзу буйича бир пайтнинг узида билимларни назорат килиш учун барча талабалар жараёнга жалб этилади.

Усулнинг асосий томонлари:

Гурух 2-3 та кичик гурухчаларга булинади, битта муаммо ёки вазиятни куп тугри жавоб туплаш максадида мухокама килинади.Хар бир тугри жавоб «кор бурон» куринишида гурухга балл сифатида берилади. Энг юкори балл олган гурухга энг юкори бал куйилади.

Плевритлар терминига таъриф беринг ва этиология ва классификацияни санаб утинг.

Курук ва экссудатив плеврит клиник куриниши, зарур лаборатор-инструментал текширув усулларини айтинг.

Экссудатив плеврит турлари ва экссудат ва транссудат фаркларини сананг. Плевритларни даволаш тамойиллари ва профилактикаси хакида УАШ позициясида айтиб беринг.

Жавоб:Плеврит- плевра варакларини яллигланиши булиб, унинг юзасида фибрин пайдо булиши (курук, фибриноз плеврит) ёки плевра бушлигида турли табиатли экссудат тупланиш билан кечувчи касаллик (экссудативплеврит). Этиологиясига кура плевритлар икки ката гурухга булинади: инфекцион (бактериялар, туберкулез микобактериялари, риккетсиялар, оддий хайвонлар, микозлар, паразитлар, вируслар) ва ноинфекцион (асептик: хавфли усмалар -40%, бириктирувчи тукима тизимли касалликлари: тизимли кизил бурича, тизимли склеродермия, дерматомиозит, ревматоид артрит, кукрак кафаси травмалари ва х.к).

**Аналитик кисм**

Вазиятли масала:

1. Бемор 40 ёш, электросварщик хаво етишмаслик хиси, хансираш, бош огриги, унг ковурга остида огрик, иштахасизлик, тана хароратини кутарилиши, умумий холсизликка шикоят килади. Анамнезидан 13йил илгари упка туберкулезидан даволанган. Объектив: умумий ахволи урта огирликда, мажбурий ҳолат, лабларида цианоз, буйин веналари буртиши,нафас экскурсияси чекланган. НОС-32 1мин.да Перкутор: упка перкутор товуши чап упка орка томонида бугиклашган. Юрак: тонлари бугиклашган, упка артерияисда IIтонакценти. Пульс 90 та 1 мин. АКБ 130/80 мм рт.ст.

1. Юкоридаги шикоятлар ва симптомлар кузатиладиган 4 та касалликни санаб беринг;

2. Дастлабки ташхис;

3. Информатив текширув усули;

4. УАШ тактикаси

2. Бемор 58 ёш, уткир миокардинфарктидан кейинги холат, стационарда даводан 1 хафта кейин кукрак кафаси чап томонида огрик пайдо булди, тана хароратини 38,2Сгача ошиши, кон тупуриш, майда бугимларда огрик. СОЭ ошиши, прикард ва плевра ишкаланиш шовкини. Жига рва талок катталашмаган. ЮКС 96 1 мин., АКБ 130/90 мм рт ст. Рентгеноскопия: плевра бушлигида оз микдорда суюклик. УКА: лейк-12×109/л, Э-18, СОЭ-21мм/с.

1. Юкоридаги шикоятлар ва симптомлар кузатиладиган 4 та касалликни санаб беринг;

2. Дастлабки ташхис;

3. Информатив текширув усули;

4. УАШ тактикаси

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Бемор 28 ёш кун буйи совукда ишлаган. Эрталаб умумий холсизлик, эт увишиши, боли чукур нафас олганда кукрак кафаасини унг томонида огрик, тана хароратини 38,4ºСгача кутарилишига шикоят билдирди. Касалликни 3-кунихансираш, зангсимон балгам ажралиши билан йутал пайдо булди. Объектив: ахволи огир, лабларида цианоз, унг ёногида кизиллик. Аус-но: унг упка пастки бурчагида бронхиал нафас, нозик крепитация, плевра ишкаланиш шовкини.

Аускултатив маълумотлар кайси патоморфологик боскичга характерли;

Дастлабки ташхис;

УКА ва рентгенологик текширув натижаларини курсатинг;

УАШ тактикаси.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Бемор К, 50 ёш. Хуружсимон йутал, хаво етишмаслик хиси, хансираш, кукрак кафасида огрик, умумий холсизликка шикоят килди. Охирга пайтда юкоридаги шикоятлари кучайган. 3 йилдан бери сурункали бронхит билан касалланган. Об-в: НОС 30 1 мин., лаблари цианотик,ЮКС 100 та 1 в мин. Перкуссияда унг томонда бугиклашиш, везикуляр нафас сусайган. Жигар ковурга равогидан 3см чикиб турибди.РентгендаIIIковургагача суюклик аникланади. ЭКГ: синусли тахикардия.

Информатив текширув усули;

Дастлабки ташхис;

Беморда нафас етишмовчилигининг кандай тури;

УАШ тактикаси;

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Бемор 32 ёш. Кукрак кафасида огрик, чукур нафас олганда кучаяди, курук йутал, тана хароратини ошишига шикоят килади. Сульфаниламидпрепаратларибилан ахволи яхшиланмади. Майда бугимлар шиши ва огриги кузатилмокда. Курикда майда бугимлари шиши ва харакат чекланганлиги кузатилади. Терида майда тошма аникланади. Аускультатияда сусайган везикуляр нафас икки томонлама. ЮКС 120 та 1 мин. УКА: нормохром анемия, ретикулоцитоз, лейкопения, ЭЧТ4мм/с

Иформатив текширув усули;

Дастлабки ташхис

Касалликни кузиши нима билан боглик

УАШ тактикаси

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Плеврал суюклик микдори 100 мл, ковушкок, тиник, нисбий зичлиги 1004, оксил -18 г/л; лейк.—1х102/л; бактерия-abs.

1. Плеврал суюклик кайси патологияга хос;

2.Яна кайси патологияда шунака плеврал суюклик аникланади;

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Плеврал суюклик анализи микдори 300 мл,хира, нисбий зичлиги.-1020, оксил -32 г/л; Ривольт синамаси ++, лейк.-2х103/л;-10,-10;кислотага чидамли бактериялар 5-6.

Бу белгилар кандай плеврал суюкликка хос;

Бу анализ кайси касаллик учун хос;

плевритларни чакирадиган касалликларни санаб беринг;

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8. Бемор 26 ёш, автобус хайдовчиси. УАШга умумий холсизлик, курук йутал, тушда огрикка шикоят килмокда. Кеча кечкурукун икки соат мобайнида ёмгирда автобус тузатди ва жудаям букиб кетди.Безовта булиб ухлади, эрталаб бош огриги, тана хароратини ошиши билан уйгонди. Объектив: тана температураси 37,5º. Томок гиперемияланган. Тили нам тоза. Пульс ритмик, 88 та 1минутда. Юрак тонлари ритмик, аник. Упкада: перкутор упка товуши, аускультацияда дагал нафас фонида таркок курук хириллашларКорин юмшок палпацияда огриксиз

Юкоридаги шикоятлар учрайдиган 3 та касалликни сананг;

Ташхисингиз;

Бу касалликка хос булган беморда учрайдиган 7 та белгини сананг;

Текшириш усуллари;

УАШ тактикаси ва даволаш.

**Амалий кисм**

Мазкур мавзу бўйича УАШ машғулотт тугагандан кейин бажара олиши керак бўлган кўникмалар рўйхати

1. Экссудатив ва курук плевритларда беморларни кўрикдан ўтказиш.

2. Курук ва экссудатив плеврит билан кечадиган беморларни лаборатория-инструментал ва бошқа текшириш (клиник ва биокимёвий таҳлиллар, нажас, сийдик, балгамрентгенолок текшируви,плеврал суюклик текширув) маълумотларини тўғри таҳлил қила олиш

3. Курук ва экссудатив плеврит билан кечадиган касалликларнинг этиологиясига қараб дори препаратларини ёзиб бериш.

5. **Назорат саволлари**.

Плевритлар таснифи.

Курук плеврит клиникаси.

Курук плеврит диагностикаси.

Курук плеврит киёсий ташхислаш.

Экссудатив плеврит этиологияси ва клиникаси.

Экссудатив плеврит диагностикаси.

Экссудатив плеврит киёсий ташхислаш.

8. Плевритларда УАШ тактикаси

**Амалий машғулот№8**

**Мавзу: Қон туфлаш синдроми.Турли нозологик шаклларда қиёсий ташхис ва УАШ тактикаси (упка раки, ўпканинг йирингли касалликлари, ЎАТЭ, ўпка сили). Ўпка артерияси тромбоэмболиясида госпиталгача ва госпитал босқичда тактика.**

**Ўқитиш технологияси.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ўқиш вақти: 6 соат | | |
| Дарснинг тузилиши | Ўқув тематик хона.  Стационар, пульмонолгия булими.  Ўқув қўлланмалар, фантомлар, муляжлар, тарқатма материаллар, вазиятли масалалар тўплами ва тестлар.  Телевизор, видео аппаратура, мультимедиа | |
| Ўқув дарсининг мақсади: УАШни “Умумий амалиёт шифокорининг квалификацион характеристикаси”да назарда тутилган талабларга мос равишда Турли нозологик шаклларда қиёсий ташхислаш ва УАШ тактикасини (рак, ўпканинг йирингли касалликлари, ЎАТЭ, ўпка сили),ўпка артерияси тромбоэмболиясида госпиталгача ва госпитал босқичда тактикасини ўргатиш. | | |
| Педагог вазифалари:  1. Турли нозологик шаклларда қиёсий ташхислаш ва УАШ тактикасини (рак, ўпканинг йирингли касалликлари, ЎАТЭ, ўпка сили),ўпка артерияси тромбоэмболиясида госпиталгача ва госпитал босқичда тактикасини ўргатиш.  2. Теоретик билимларни ўргатиш ва мустаҳкамлаш  3. Амалий кўникмаларни яхши эгаллаши  4. Амалиётда ўзлаштирган билим ва кўникмаларини қўллаши | | Ўқитиш фаолиятининг натижалари:  Талаба билиши лозим:  1.Қон туфлаш синдроми: упка раки, ўпканинг йирингли касалликлари, ЎАТЭ, ўпка силида ташҳис қўйиш, қиёсий ташҳис, оптимал даво тактикасини танлашга УАШни ўргатиш.  2.Ўпка артерияси тромбоэмболиясида госпиталгача ва госпитал босқичда тактика.  3.УАШ тактикаси (текширувга жўнатиш, консультация, госпитализация).  Талаба бажара олиши лозим:  1.Профессионал сўров, тизим аъзоларини кўрик  2.Кўкрак қафасини пальпация, перкуссия, аускультация қилиш  3.Клиник ва биохимиявий, бактериологик текширув натижаларини интерпретация қилиш  4.Рентген натижаларини ўқиш  5.дастлабки ва якуний ташҳис қўйиш  6.керакли хужжатларни тўлдириш (касаллик тарихи, амбулатор карта)  7.т/о в/и муолажаларини бажариш  8.Соғлом турмуш тарзини тарғиб килиш: рационал овкатланиш, шахсий гигиена, зарарли одатлари билан кураш, ўчоқли инфекция профилактикаси, ЛФК  9.касалликларни эрта аниқлаш учун скрининг дастурларни тузиш |
| Ўқитиш услублари | | Мия штурми усули, намойиш қилиш, графикли органайзер- концептуал жадвал, видеотасвир томоша қилиш, бахс, сухбат, тестлар ва вазиятли масалалар ечиш. |
| Ўқитиш фаолиятини ташкил қилиш шакллари | | Индивидуал тарзда иш юритиш,гурухларда ва жамоа бўлиб ишлаш, аудитор, аудиториядан ташқари вазифалар бажариш. |
| Ўқитиш ускуналари | | Тарқатма визуал ўқув материаллар, видеофильмлар, муляжлар, графикли органайзерлар, тиббий хариталар мажмуаси, жадваллар ва стендлар. |
| Қайта алоқа услуб ва ускуналари | | Оғзаки назорат: назорат саволлари, гуруҳларда ўқув машғулотларини бажариш, амалий кўникмаларни бажариш, ТМИ. |

2. **Машғулот мазмуни**

Назарий қисм

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | Упка сили - зарарланган тўқималарда специфик яллиғланиш пайдо бўлиши ва организмнинг умумий жавоб реакцияси билан характерланади. ,  Этиологияси. Қўзғатувчиси — сил микобактериялари (МТ), асосан одам, камроқ қорамол, ва жуда кам ҳолларда қушлар типига мансуб бўлади. Асосий зарарловчи манба — касал одамлар ёки уй ҳайвонлари, асосан қорамоллардир. Зарарланиш касаллардан ажралган, таркибида МТ тутган, майда ҳаво томчилари орқали содир бўлади. Бундан ташқари касал ҳайвон ва қушларнинг сути, гўшти ва тухумини истеъмол қилганда хам инфекция организмга тушиши мумкин. Бу холларда микроб ичакдан бодомсимон безлар, лимфа ва қон томирлари орқали ўпкага етиб боради.Аксарият холларда бирламчи касалланган беморларнинг балғамида силга қарши препаратларга сезгир, 5-10% беморларда эса — чидамли МТ аниқланади. Сўнгги ҳолат касаллик специфик дори препаратлари билан ноэффектив даволанган ва МТнинг чидамли штаммларини ажратувчи беморлардан юқтирилганда кузатилади. Айрим холатларда , махсус текширувлардан кейин беморларнинг балғам ва органларида нисбатан кучли бўлмаган вирулентлик ва патоген хусусиятга эга, аммо қулай шароит бўлганда типик микроб формасига айланиши мумкин бўлган L формаси аниқланади.  Патогенези, симптомлари ва касалликнинг кечиши. Биринчи бор организмга тушган МТ турлича йўллар билан — лимфоген, гематоген, бронхўпка орқали тарқалади. Бунда турли органлар, асосан лимфа тугунлари ва ўпкада алоҳидаланган ёки кўплаб сил ҳосилалари ёки ўзида эпителиоид ва гигант хужайралар тутувчи, бўтқасимон некроз кузатилувчи нисбатан йирик ўчоқлар кузатилади. Шу пайтда туберкулин виражи деб номланувчи, тери ичи Манту синамаси орқали амалга ошириладиган, мусбат туберкулин реакцияси аниқланади. Танада субфебрил ҳарорат, лимфа тугунларининг гиперплазияси, сезиларли даражада лимфопения ва лейкоцитар формуланинг чапга силжиши, баъзан СОЭ ва қон зардоби оқсил фракциясининг ўзгариши кузатилади. Организм етарлича қаршилик кўрсатганда ва унчалик кўп бўлмаган миқдорда МТ билан зарарланганда сил ҳосилалари ва ўчоқлари сўрилиб кетиб, ўрнида чандиқ ёки қаттиқ ҳосила пайдо бўлади. Аммо уларда МТ узоқ вақт сақланиб туради.Барча шунга ўхшаш ўзгаришлар сезилмайди ёки инкуррент касалликлар ниқоби остида кечади, спонтан равишда ликвидация қилинади; бу ўзгаришлар фақатгина бирламчи инфицирланган болалар, ўсмирлар, ва катта ёшли одамларни чуқур динамик кузатувдан ўтказгандагина аниқланади. Массив инфицирланганда, айрим ножўя омиллар таъсири остида  (организмнинг иммунобиологик қаршилигининг пасайишига олиб келувчи: овқатланишнинг бузилиши, оғир хасталикларда) бронхоаденит, бирламчи комплекс, ўпка ва бошқа органлардаги кичик ёки кенг диссеминация, экссудатив плеврит, айрим органлар сероз қаватининг яллиғланиши кўринишида кечувчи, бирламчи сил клиникаси намоён бўлади. Бунда кўпинча бемоларда юқори сезувчанлик ва тугунли эритема, кератоконъюнктивит, аллергик васкулит в. б. каби гиперергик реакцияларга мойиллик сезилади. Бирламчи сил кўпроқ болаларда, ўсимрларда, камроқ ёшроқ кишиларда ва жуда кам ҳолларда ўтмишда бирламчи зарарланишни бошидан кечирган ва биологик соғайиш билан тугалланган ёши катта ва қарияларда учрайди. “Соғайган” сил ўчоқлари ва чандиқларида сақланган ўпка ва лимфа тугунларида жойлашган МТлар қайтадан “уйғониши” ва кўпайиши мумкин. Бунга бирламчи сил ривожланишига сабаб бўлувчи омиллар хизмат қилади, бундан ташқари, қайта зарарланиш (экзоген суперинфекция) ҳам сабабчи бўлиши мумкин. Унда эски ўчоқлар атрофида перифокал яллиғланиш вужудга келади, капсула бутунлигини йўқотади, казеоз некроз қисмлари парчалана бошлайди ва инфекция лимфоген, бронхоген ёки гематоген йўл билан тарқала бошлайди. Иккиламчи сил шу йўл билан ривожланади, яъни бирламчи инфекцияни бошидан кечирган ва унга нисбатан етарлича бўлмасада, аммо мавжуд иммунитетга эга одамларда касаллик ривожланади. Бундай беморларда жараён турлича патоморфологик ва клиник ўзгаришлар билан, асосан сурункали кечади. Сўнгги вақтларда ёши катта ва қарияларда сил тез-тез учрамоқда.  Клиник картинаси бу ёшдаги беморларда атипик кечади. Ҳатто эволютив формаларида ҳам жараён узоқ вақт сезиларсиз кечиши мумкин, аммо баъзан хавфли ўсма касалликларга ёки нафас аъзоларининг носпецифик яллиғланиш касалликларига ўхшаш бўлиши мумкин. Бу эса касалликни кеч аниқланишига олиб келади. Бу ёшдаги айрим беморларда милиар сил ва ўпкадан ташқари зарарланиш (менингит, суяклар сили, буйрак усти бези сили в.б.) кузатилади. Сил кортикостероид терапия асорати сифатида ҳам ривожланиши мумкин. Ушбу «стероидли» сил ривожланиш хусусиятига эга, бу эса асосий касалликнинг хусусити дея, хато бахоланиши мумкин. 1974 йилда қабул қилинган нафас аъзолари сили классификациясига мувофиқ, унинг қуйидаги турлари фақланади: 1) бирламчи сил комплекси; 2) кўкс ичи лимфа тугунлари сили 3) диссеминирланган ўпка сили; 4) ўпканинг ўчоқли сили; 5). Ўпканинг инфильтратив сили ; 6) ўпка туберкуломаси; 7) ўпканинг каверноз сили; 8) ўпканинг фиброз-каверноз сили; 9) ўпканинг цирротик сили; 10) сил плеврити ( шу жумладан эмпиема ҳам); 11) юқори нафас йўллари, трахея, бронхлар сили; 12) пневмакониоз билан комбинирланган нафас аъзолари сили. Бундан ташқари жараён ўпканинг қайси бўлагида ёки сегментида жойлашганлиги билан, ривожланиш босқичлари (сўрилиш, қаттиқланиш, чандиқланиш, қаттиқланиш, парчаланиш, инфильтрация, кўпайиш), бактерия ажратиш бор йўқлиги билан характерланади. Баъзи оғир асоратлар (ўпкадан қон кетиши, ателектаз, амилоидоз, буйрак етишмовчилиги, бронхиал ва торакал оқмалар, ўпка юрак етишмовчилиги ва б.), ҳамда сил даволангандан кейинги ўпкадаги қолдиқ асоратлар (фиброзли, фиброз ўчоқли, плевропневмосклероз ва б.) инобатга олинади. Бирламчи сил комплекси — бирламчи силнинг типик формаси бўлиб — ҳозирги кунда нисбатан камроқ учрамоқда: ўпкада специфик яллиғланиш ўчоқлари (бирламчи аффект) ва регионар бронхоаденит унга хос. Баъзан касаллик яширин характерга эга бўлиши, аммо кўпчилик холларда ярим ўткир бошланиб, танада субфебрил ҳарорат, кўп терлаш, тез чарчаш, бир оз қуруқ йўтал билан кечади. Касаллик ўткир кечганда, унинг бошланиши носпецифик пневмония кўринишида бўлиб: юқори ҳарорат, йўтал, кўкракдаги оғриқ, сезиларли лейкоцитоз, лейкоцитар формуланинг чапга сурилиши, СОЭнинг ошиши кузатилади. Бирламчи аффект унчалик катта бўлмаганда ўпкада физикал ўзгаришлар аниқланмайди. Яллиғланиш каттароқ соҳага тақалганда ўпкада перкутор товушнинг бўғиқлашиш соҳалари, везикуляр-бронхиал нафас, майда пуфакчали хириллашлар аниқланади. Айрим беморларда ташқи лимфа тугунлари катталашади. Туберкулин синамаси 30-50% ҳолатларда яхши ифодаланган. Ўпка тўқимасида парчаланиш жараёни бўлмаса, беморнинг балғами ва ювилган сувларда МТ аниқланмайди. Бу ҳолатларда трахеобронхоскопияда бронхларда специфик ўзгаришлар аниқланмайди, аммо улар ўпкада каверна ҳосил бўлганда ёки жараён лимфа тугунларидан ташқарига тарқалганда ва бронхоген зарарланишда аниқланиши мумкин, фақат шундагина МТлари аниқланиши мумкин. Рентгенологик картинада биполярлик симптоми пайдо бўлиб, унчалик катта бўлмаган лобуляр ва сегментар фокус кўринади, баъзан ўпка бўлаги пневмонияси ва ўпка ўзаги лимфа тугунларининг катталашиши ҳам кузатилиши мумкин. Жараён оғир кечмаганда ва замонавий усуллар билан даволанганда ҳам, бирламчи комплекс секин тузалади. Касаллик аниқланиб, даволаниш бошлангач, фақат бир неча ойдан кейингина, баъзан бир йилдан кейингина бирламчи комплекс элементларининг инкапсуляцияси ва қаттиқлашиб, Гон ўчоғи ҳосил бўлади. Касаллик асоратланиб кечганда ўпкада бирламчи ўчоқ парчаланиши ва каверна ҳосил бўлиши мумкин. Баъзан экссудатив плеврит пайдо бўлади. Баъзан МТлар лимфогематоген йўл билан тарқалиб, суяклар, буйрак, мия қобиқлари ва б.ларда ўчоқлар ҳосил бўлиши мумкин. Бирламчи силнинг кенг тарқалган тури кўкс оралиғи лимфа тугунларининг сили ҳисобланади.  Клиник манзараси: организмнинг реактивлиги, зарарланган лимфа тугунларининг тарқалганлик даражасига боғлиқ. Агар уларда перифокал яллиғланишсиз алоҳида ва катта бўлмаган бўтқасимон некроз ҳосил бўлса, умумий реативлик эса кескин пасайган бўлса, жараённинг бундай “кичик” формаси сезиларсиз ва интоксикация белгилари кучсиз намоён бўлиб кечади. Массив инфильтрацияланган ва ўсмасимон бронхоаденитда юқори ҳарорат, умумий холсизлик, кўп терлаш, иш қобилияти пасайиши, қўзғалувчанлик кузатилади. Кўп учрайдиган симптом — қуруқ йўтал. Гўдаклар ва ёш болаларда лимфа тугунлари катталашиб йирик бронхлар ва кўкс оралиғи органларини сиқиб қўйиши натижасида йўтал жарангдор, битонал ва кўкйўталдаги каби бўлади. Катталарда эса бу симптом камроқ учрайди. Катталарни физикал текширганда каталашган кўкрак ичи лимфа тугунларини аниқлаш қийин ёки умуман иложи бўлмайди. Баъзан кураклар оралиғини перкуссия қилинганда учбурчак шаклда бўғиқлашган соҳа аниқланади, эшитилганда — нафас ўзгарган, бироз қуруқ хириллаш, жуда кам ҳолларда майда пуфакчали нам хириллашлар эшитилади. Катталарда ва болаларда ҳам баъзи холларда бўйин ва қўлтиқ ости лимфа тугунлари катталашган. Туберкулин реакцияси нисбатан кўп холларда кузатилади, аммо ҳар доим ҳам яққол намоён бўлавермайди. Қонда лейкотцитлар сони меъёрда ёки бир оз ошган ва чапга силжиган, ЭЧТ ошган бўлади, МТлар кам аниқланади. Рентгенологик битта, кам холларда иккала ўпка илдизи кенгайган; унинг сояси кам структурали, деформацияланган, бу айниқса кенг перифокал яллиғланишда яхши кўринади. Бу инфильтратив бронхоаденитга хосдир. Бронхопульмонал ва бошқа лимфа тугунлари катталашганда илдиз контури полициклик характерга (ўсмасимон бронхоаденит) эга бўлади. Интоксикация симптомлари, ЭЧТ ошиши, гиперергик туберкулин реакциялари сифатли специфик даво фонида ҳам узоқ сақланиши мумкин. Вақт ўтиши билан ўпка илдизи атрофидаги перифокал яллиғланиш сўрилиб боради ва унинг қаттиқлашиши кузатилади. Касаллик бошлангач орадан 1-2 йил ўтгач ва даводан кейингина лимфа тугунларида қаттиқлашган сохалар пайдо бўлади. Казеоз ўчоқларнинг кальцийланиши болаларда тезроқ, катталарда эса секинроқ содир бўлади. Касаллик бронхларнинг специфик зарарланиши билан асоратланиши мумкин. | |

[Ўпка инфаркти](http://www.infomedi.ru/bolezn/212/3426) – касаллик ўпка артерияси шохларининг эмболияси ёки тромбози натижасида юзага келади (асосан бўлак ва ундан майдароқ артериялар ҳисобига). Ўпка инфаркти ЎАТЭ да 10-25% ҳолатларда юзага келади ҳисобланади.   
Этиологияси, патогенези. Касаллик асосида, асосан катта қон айланиш доираси веналарининг тромбози (оёқ веналари, кичик чаноқ, қуймич, пастки ғовак вена ва б. веналар), кам ҳолларда — юракнинг ўнг бўлмалари тромбози ётади. Периферик флеботромбозлар ривожланишига хирургик аралашувлар, туғруқдан кейинги давр, сурункали юрак етишмовчилиги, узун найсимон суякларнинг синиши, ёмон сифатли ўсмалар, давомийли иммобилизация (узоқ вақт ётоқ режимида бўлиш) кабилар сабаб бўлади. Ўпкада қон айланишининг секинлашиши ва димланиши, стабил ўпка гипертензияси, ўпка васкулити кабилар ўпка томирларининг тромбозига олиб келади. Томирларнинг обтурацияси, ўпка артериялари системасидаги рефлектор спазм, тромбоцитлардан биологик актив моддаларнинг (серотонин, тромбоксан, гистамин) ажралиши натижасида юзага келган вазоконстрикция ўткир ўпка гипертензияси ва юракнинг ўнг қисмининг зўриқишига олиб келади. Диффузия бузилиши ва артериал гипоксемия вужудга келиб, чала оксидланган қон артериовеноз шунт орқали ўпка, системалараро анастамозларга келиб тушади. Ўпка инфаркти кўп холларда веноз димланиш фонида юзага келиб, одатда бронхиал артериялардан ўпка тўқимасига қон қуйилиши хисобига геморрагик характерга эга бўлади. Ўпка инфаркти ўпка томири обтурациясидан кейин бир сутка давомида юзага келади; унинг тўлиқ шаклланиши 7 кунга келиб тугайди. Ўпка инфарктининг инфицирланиши перифокал пневмониялар (бактериал, кандидозли) ривожланишига олиб келиши ва абцесс ривожланиши мумкин; инфаркт субплеврал жойлашганда фибриноз ёки кўпроқ геморрагик плеврит ривожланади. Касаллик симптомлари, кечиши обтурацияланган томирларнинг калибри, локализацияси ва сонига, компенсатор механизмларнинг ҳолатига, ўпка ва юракнинг бирламчи патологиясига боғлиқ. Энг кўп учрайдиган белгилар: кутилмаганда юзага келувчи хансираш (ёки кучаювчи); кўкракда оғриқ (ўткир бошланувчи, стенокардиядаги эмболия холатига ўхшаш; нафас олганда ва йўталганда кучаювчи); терининг кулрангсимон тусда оқариши, камроқ цианоз; тахикардия ЮҚС минутига 100 дан ортиқ, баъзан — юрак ритмининг бузилиши (экстрасистолия, камроқ хилпилловчм аритмия); коллапсгача олиб келувчи артериал гииотензия; церебрал бузилишлар (ҳушдан кетиш, тутқаноқ, кома); тана ҳароратининг кўтарилиши, шилимшиқ ёки қон аралаш балғамли йўтал, қон туфлаш кабилар. Эмболия пайтида кўпинча кучли хансираш билан ўпкада сезиларсиз аускультатив картина ўртасида номутаносиблик кузатилади; ўпка инфаркти юзага келганда перкутор товушнинг бўғиқлашиши, нафас сусайиши, плевра ишқаланиши шовқини, чегараланган соҳада майда пуфакчали нам хириллашлар; экссудатив плеврит аниқланиши мумкин. Кам ҳолларда абдоминал синдром кузатилиб, ўнг қовурға остида ўткир оғриқ, ичаклар парези, ичак чарвининг псевдомусбат таъсирланиш белгилари, лейкоцитоз, кучли хиқичқоқ, қайт қилиш (синдром диафрагмал плевранинг зарарланиши, жигарнинг кескин катталашиши билан боғлиқ) билан намоён бўлади. Ўткир ўпка гипертензияси ва юрак ўнг бўлмаларининг зўриқиши белгилар (юрак турткисининг кучайиши, юрак ўнг чегарасининг сиртга сурилиши, чапдан иккинчи қовурға оралиғида пульсация, II тон акценти ва ажралиши, ўпка артериясида систолик шовқин, ўнг қоринча етишмовчилиги белгилари) фақат ўпканинг йирик стволлари обтурацияга учраганда кузатилади. ЎАТЭ манбаи сифатида периферик флеботромбоз хизмат қилиши мумкин. Келтирилган белгиларнинг биргаликда келиб, улар турли даражада намоён бўлади, бу эса ЎАТЭ диагнозини қўйишни қийинлаштиради. Диагнозни қўйишда ЭКГда юракнинг ўнг бўлакларининг ўткир зўриқиш белгилари ( II, III, aVF уланмаларида ўткир ва баланд Р тиш, Мак —Джин —Уайт белгиси— I стандарт уланмада чуқур S тиш, III отведенияда чуқур Q тиш, Гисс тутами ўнг оёқчасининг нотўлиқ блокадаси) аниқланиши ёрдам беради. Рентгенологик текширувда ўпка илдизининг кенгайиши, унинг қирқилиши ва деформацияси, ўпка тўқимасининг маълум бир соҳасида томирларнинг камайиши (Вестермарк симптоми), учбурчак шаклда соя (инфильтрация натижасида ўпка инфаркти атрофидаги тўқима юмалоқ, нотўғри шаклга эга бўлиши мумкин), плеврал суюқлик, ҳамда ўткир ўпкали юрак белгилари — юқори ғовак венанинг кенгайиши, юрак ўнг тарафлама сояси, ўпка стволи конусининг шиши аниқланиши мумкин. Оёқ веналарида ультратовушли допплер текшируви оёқнинг чуқур веналари тромбози диагнозини қўйишга имкон беради, эхокардиографияда ўнг қоринча зўриқиш белгилари аниқланади. ЎАТЭ диагностикасида ҳал қилувчи бўлиб ўпканинг радиоизотопли сканерланиши хизмат қилиб, ўпка перфузияси камайган характерли соҳаларни аниқлашга ёрдам беради ва ангиопульмонография, артериялар ичи тўлиш дефектини ёки ўпка артерияси шохларининг обструкциясини («узилиш») аниқлашга ёрдам беради.   
Прогнози асосий касалликка ва инфаркт катталигига боғлиқ.   
Давоси.ЎАТЭ га гумон қилинганда шошолинч равишда бемор госпитализация қилинади. Госпитализациягача бўлган босқичда гепарин (10 000 ТБ) юборилади. Гепарин тромбни эритмайди, аммо тромб жараёнини тўхтатади ва тромнинг катталашишининг олдини олади. Гепарин тромбоцитар серотонин ва гистаминнинг томирларни қисқартириш ва бронхоспастик таъсирини камайтириб, ўпка артериолаларининг ва бронхиолаларининг спазмини камайтиради. Гепарин флеботромбознинг кечишига яхши таъсир қилиб, ЎАТЭ рецидивининг олдини олади. Кучли оғриқ синдромида, ҳамда кичик қон айланиш доирасида зўриқишни камайтириш ва ҳансирашни камайтириш мақсадида наркотик анальгетиклар (масалан, 1 мл 1% морфин эритмаси в/и бўлиб) қўлланилади; бу нарса нафақат оғриқ синдромини эффектив йўқотади, балки ЎАТЭга хос ҳансирашни ҳам камайтиради. Инфарктли пневмония ривожланишида кўкракда оғриқ плеврал характерга эга бўлиши мумкин; агар у нафас олиш, йўтал, тана ҳолати билан боғлиқ бўлса, нонаркотик анальгетиклар (масалан, 2 мл 50% анальгин эритмаси, в/и) қўлланилиши мақсадга мувофиқдир. Агар касаллик ўнг қоринча етишмовчилиги, шок билан асоратланса вазопрессорлар билан (допамин, добутамин) даво ўтказилади. Бронхоспазм ривожланганда ва стабил АБ да (систолик 100 мм см. ус.дан кам эмас) в/и секин (струйно ёки томчилаб) 10 мл 2,4% эуфиллин эритмаси юборилади. Бронходилатацион таъсиридан ташқари, эуфиллин ўпка артерияларда босимни камайтиради, антиагрегацион хусусиятга эга. Стационарда гепаринотерапия (суткалик доза — 30 000 ТБ) давом эттирилади (АЧТВ назорати остида); баъзан кичик молекуляр гепарин (дальтепарин, эноксапарин, фраксипарин) қўлланилиши мумкин. Гепаринотерапия 7-10 кун давом эттирилади. Билвосита таъсир қилувчи антикоагулянтлар билан давомий терапия олиб бориш учун кўрсатма бўлиб рецидивлар билан кечувчи флеботромбоз ва ЎАТЭ ҳисобланади; бу ҳолатда гепаринни бекор қилишдан бир неча кун олдин беморни протромбин вақтининг назорати остида фенилинга ўтказилади. Рецидивланувчи ЎАТЭси ва флеботромбознинг қайталанишида билвосита таъсир қилувчи антикоагулянтлар билан даволаш 3 ойдан 1.2 ойгача, давом эттирилади, бекор қилиш критерийлари — тромбоз ёки тромбоэмболия юзага келиш хавфи камайганда ёки йўқолганда. Ўпка артериясининг майда шохлари тромбоэмболиясида ва ЎАТЭ рецидиви бўлмаганда билвосита таъсир қилувчи антикоагулянтларга нисбатан антиагрегантлар билан профилактик терапия қилиш хавфсизроқ ва етарлича бўлади. Шу мақсадда аспирин, тиклонидин (тиклид), трентал қўлланилади. Инфарктли пневмонияда терапияга антибиотиклар қўшилади. Массив ЎАТЭси диагнози тасдиқлангач, ўнг қоринча гипокинезияси ва турғун гипотонияда тромболитик воситалар (стрептокиназа ва б.) қўлланилади, кўрсатма бўлса хирургик даво (тромбэктомия, пастки ғовак венага фильтр ўрнатиш ва б.) қўлланилади.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | ЎАТЭ | Аорта аневризмаси | Перикардит |
| Аниқлаш | Тўсатдан ўпка артерияси қон лахтаси билан ёпилиши ва ўпка паренхимаси қон билан таъминланишини тўхташи | Аортанинг махаллий кенгайиши | Перикарднинг яллиғланиш жараёни |
| Этиология | Сон, тос веналаридаги тромб, синишдан кейинги эмболия, амниотик суюқлик эмболияси | Атеросклероз, АГ, артериит, сифилис, бириктирувчи тўқима касалликлари, травмалар, ирсийлик. | Бактериялар, вируслар, замбуруғлар, артрит, СКВ,ССД, МИ, эндокардит, пневмониялар, тешиб ўтувчи яра, юракдаги операциялар |
| Клиника | Хаво етишмаслик хисси, , тахипноэ, кучли хавотир, безовталик. Массив эмболияда – тўш орқасида оғирлик, бўйин веналари бўкиши, бош айланиши, титрашлар. МИ ривожланганда– йўтал, қон туфлаш, кўкракда оғриқ, иситма, ўпка тўқимаси зичлашиши, перикард шовқини, плеврал суюқлик. | Орқа ёки кўкрак қафасида оғриқ, йўтал, қон туфлаш, дисфагия, товуш бўғилиши | Кўкракда оғриқ, перикард шовқини, юрак сохасида ўткир ёки ўтмас оғриқ: бўйинга, елкага тарқалувчи; харакат пайтида, йўталганда кўкрак қафасида кучаювчи, перикарднинг систолодиастолик шовқини. |
| Диагностка | Кўкрак қафаси рентгенограммаси –  Периферик инфильтратив ўчоқ (қовурға-диафрагмал синусида), диафрагманинг баланд туриши, плеврал суюқлик,томир суратининг сусайиши. ЭКГ – Р ўзгариши,ПНПГ блокада, ЭОСни ўнга сурилиши. Перфузион сканирлаш- перфузиянинг сусайиши. | Кўкрак қафаси рентгенограммаси –аневризма деворининг охакланиши.  ЭКГ – «тўхтаб қолган»  Трансторакал УЗИ – Аорта проксимал қисми бўкиши Трансэзофагеал УЗИ – кўкрак аортасининг хар қанедай қисмида шиши | ЭКГ –ST 1, 2 уланишларда кўтарилиши, отведениях, Т 1, уланишларда зичлашган, инвертирланган.  Кўкрак қафаси рентгенограммаси – суюқлик хадми 250 мл гача булса ва юрак ёндош нуқсони бўлмаса ўзгаришсиз |
| Даволаш | Анальгетиклар, седативлар, кислородотерапия, антикоагулянтлар, бета-адреностимуляторлар | Хирургик –аорта аневризмасини олиб ташлаш | Оғриқсизлантирувчи,Обезболивающие, антибиотиклар, яллиғланишга қарши препаратлар. Хирургик даволаш– перикардиоцентез, перикардэктомия. |

Ўпка раки – бу эрта ўлим статистикасининг энг юкори кўрсаткичларидан хисобланади. Статистик маълумотларга кура, 90% ўпка раки бўлган беморлар касалликнинг охирги, тўртинчи босқичида мурожаат қилади,

Ўпка симптомлари, онкологик симптомлар эрта босқичларда умуман намоён бўлмайди. Кам ҳолларда бир марта эпизодик тана ҳарорати кўтарилиши мумкин. Аммо айрим ўзгаришларни илғаш мумкин. Буларга тери рангпарлиги, тез юрганда ҳансираш, узоқ давом этувчи йўтал кабилар киради. Ягона амалий маслахат – бу ўз вақтида шифокорга мурожаат қилиш, агар сизни қуйидагилар безовта қилса:

-ҳансираш;

-йўтал;

-сабабсиз тана ҳарорати кўтарилиши;

-иштаҳа йўқлиги;

-доимий ҳолсизлик, чарчоқ, ланжлик;

Ролли ўйиннинг тахминий мундарижаси:

Бемор 33 ёш, йўтал “зангсимон” балғам ажралиши билан, кўкрак қафасининг ўнг томонида оғриқ ва юқори ҳароратга шикоят қилиб келди.

Беморнинг сўзига кўра касаллик совқотганидан кейин 4 кун олдин бошланган. Ўткир бошланган ва ҳарорати 39,8°С гача йўталгача ва ундан кейин кўтарилган. Олдин қуруқ йўтал 2 кундан сўнг эса қонли “зангсимон” балғам ажралишни бошлаган.

Объектив: тери ва шиллиқ қаватлари рангпар, ёноқлари қизил. Юрак тонлари бўғиқлашган,НОС 34та 1 мин. Кўкрак қафасининг ўнг томони нафас олиш актидан орқада қолмоқда. Пальпацияда: ўнг томонда пастда овоз дириллаши кучайган. Перкутор: ўнг томонда орқа ва пастки қисмларида бўғиқ товуш. Аускультатив: ўнг томонда пастки қисмларида бронхиал нафас. Абдоминал патология аниқланмади. Тана ҳарорати 38,8°С

УҚA: Нb- 118 г/л; Эр-4,0х10/12 л; Л- 10,8x10/9 л. СОЭ - 22 мм/с. УСА: 100 мл, ранги - р/сс, с/о - 1019, оқсил - abs, лейкоцитлар 3-4/1;

Кўкрак қафаси рентгенограммаси: ўнг томонда пастки бўлаги базал сегментида гомоген характердаги қорайиш.

Беморнинг муаммолари:

1) йўтал “зангсимон” балғам ажралиши билан, кўкрак қафасининг ўнг томонида оғриқ

2) юқори тана ҳарорати

УАШ тактикаси:

1) бемор билан психологик контактда бўлиш.

2)анамнезини аниқлаш (сурункали тонзиллит, отит ваб.).

3) норегуляр даволаниш сабаблари.

4) буюриш: умумий қон анализи,умумий сийдик анализи, кўкрак қафаси рентгенографияси, балғам анализива экмаси.

Гуруҳ билан “бемор” ролини ўйнайдиган талабанинг ҳаракатларини келишиб олиш. Кейин беморга қандай текширувлар ўтказиш кераклигини аниқлаб олиш. Аввал “врач” ролини ўйнаётган талаба жавоб беради, кейин жавобни бутун гуруҳ талабалари тўлдиришади. Ўйин охирида ҳар бир талабанинг аналитик қобилиятини баҳолаш зарур. Машғулотнинг амалий қисми – талабалар томонидан беморлар курацияси – пульмонология бўлимида ўқитувчи кузатуви остида ўтказилади.

Тематик кўрик учун ўпка патологияси бўлган касаллик тарихида етарли минимум текширувлар: умумий қон ва сийдик анализи, ревматоид факторга, СРО, серомукоид, сулема синамаси, АСЛО, АСК, АСГ, сийдик кислотаси, кўкрак қафаси рентгенографияси бўлган 2-3та бемор тайёрланади. Кўрик пайтида бемор шикоятларининг аҳамиятли томонларига йўтал характери, қуруқ ёки балғам ажралиши билан, балғам характери( йирингли, қон томчилари билан)га эътиборни жамлаш керак.

Йўталнинг характерига кўра анамнез йиғишнинг кетма-кетлигига аҳамият берилади.

Физикал текширувлар кўкрак қафасининг оғриқлилиги аниқланишига, пальпация, перкуссиява аускультацияга йўналтирилган бўлади.

Теоретик қисм «галерея бўйлаб тур» методи бўйича ўтказилади.

Мақсад: талабаларни маълумотга критик баҳо беришни ўргатиш ва ушбу муаммо бўйича билимлари тўлиқлигини аниқлаш.

Ҳар бир кичик гуруҳда бир муаммо берилади ва улар буни ёзма шаклда 10 минут давомида ечадилар ҳамда масалалари билан алмашадилар. Олдинги гуруҳнинг хатоларини аниқлаш ва жавобларга қўшимча қилиш ва якуний жавоб вариантини қабул қилиш барча иштирокчилар билан муҳокама қилинади. Галерея бўйлаб тур методикаси талабадан эътиборнинг максимал концентрацияси ва ушбу соҳага яхши назарий тайёргарликни талаб қилади.

Мисол : машғулот мавзуси « Қон туфлаш синдроми». Учта кичик гуруҳга биттадан савол берилади: саволлар вариантидан биттаси тавсия қилинади.

1.Ўпка артерияси тромбоэмболияси. Упка инфаркти.

2.Кон туфлаш синдроми билан кечадиган касалликлар.

3.Упка сили.

Шундай қилиб 30 минут ичида ўқитувчи талабаларнинг мавзунинг ҳар хил бўлимлари бўйича тайёргарлик даражаси ва уларнинг ўз фикрини намоён қила олиши тўғрисида тасаввурга эга бўлади.

Жавоблар:

1. Упка артерияси тромбоэмболияси - касаллик ўпка артерияси шохларининг эмболияси ёки тромбози натижасида юзага келади (асосан бўлак ва ундан майдароқ артериялар ҳисобига). Ўпка инфаркти ЎАТЭ да 10-25% ҳолатларда юзага келади. Тўсатдан ўпка артерияси қон лахтаси билан ёпилиши ва ўпка паренхимаси қон билан таъминланишини тўхташи натижасида юзага келади. Сабаби сон, тос веналаридаги тромб, синишдан кейинги эмболия, амниотик суюқлик эмболияси натижасида ривожланади. Клиникасида хаво етишмаслик хисси, , тахипноэ, кучли хавотир, безовталик. Массив эмболияда – тўш орқасида оғирлик, бўйин веналари бўкиши, бош айланиши, титрашлар. МИ ривожланганда– йўтал, қон туфлаш, кўкракда оғриқ, иситма, ўпка тўқимаси зичлашиши, перикард шовқини, плеврал суюқлик.Кўкрак қафаси рентгенограммаси –Периферик инфильтратив ўчоқ (қовурға-диафрагмал синусида), диафрагманинг баланд туриши, плеврал суюқлик,томир суратининг сусайиши. ЭКГ – Р ўзгариши,ПНПГ блокада, ЭОСни ўнга сурилиши. Перфузион сканирлаш- перфузиянинг сусайиши.

2.Қон тупурэктазларда, ўпка ТБЗ да, бўлакли пневмонияда, ТЭЛА да кузатилади.

3.Ўпка силининг асосий симптомлари – бу:

- зарарланган ўчоқ соҳасида доимий оғриқ борлиги, оғриқлар жисмоний юкламадан кейин пайдо бўлиши ва ўпкадаги оғриқларнинг унчалик яққол бўлмаслиги;

- узоқ давом этувчи ўтиб кетмайдиган йўтал ажралиши қон томчилари билан;

- ҳансираш;

- ҳолсизлик;

- тана ҳароратининг эпизодик кўтарилиши 37,5гача.

Ташҳис флюорографиява туберкулинли синамалар ёрдамида аниқланади. Регуляр, ҳар йилги флюорография – туберкулёзни эрта босқичларида аниқлашнинг етарли эффектив восита ҳисобланади.

3 Аналитик қисм.

Вазиятли масалалар:

Вазиятли масала 1.

36 ёшли беморда йўтал балғам ажралиши билан, терлаш, тез чарчаш, озиб кетиш ва субфебрил тана ҳарорати кузатилади. Беморнинг сўзига кўра 2 ойдан бери ўзини касал деб билади, касаллик тез чарчаш, терлаш ва ҳолсизликдан бошланган. Аста секин озишни бошлаган ва қисқа қуруқ йўтал безовта қила бошлаган. Бу давр оралиғида субфебрил тана ҳарорати ( 37,8°С атрофида) ва терлаш айниқса тунда кучайган. Охирги пайтларда шиллиқ-йирингли характердаги балғам пайдо бўлган. Яқинда қамоқдан чиққан. Кунига 1 пачка сигарет чекади, алкоголь ичимликларини истеъмол қилади.

Объектив: тери қопламлари оқарган. Юрак тонлари бўғиқлашган. Пульс 98 та 1 минутда. НОС - 22 та 1. мин. Аускультатив: ўнг томонда ўрта қисмларида везикуляр нафас сусайган ва жарангли майда пуфакчали нам хириллашлар эшитилади.Тана ҳарорати 37,5°С

УҚA: Нb- 118 г/л; Эр-4,0х10/12 л; Л- 3,9x10/9 л. СОЭ - 22 мм/с. УСА: 100 мл, ранги-с/с, с/о - 1019, оқсил - abs, лейкоцитлар 3-4/1;

Кўкрак қафаси рентгенологик текширувида: ўнг томонда ўрта қисмларида инфильтрат сояланишлар, диаметри 5 см атрофида, бир хил, ювилган чегаралари билан, фонда якка ўчоқ соялари аниқланади; инфильтрат соясида ноаниқ чегарали, нотўғри шаклдаги ёруғланиш соҳалари.

Тахминий ташҳис;

Информатив текшириш усуллари;

УАШ тактикаси (даволаш принциплари ва иккиламчи профилактика);

|  |  |
| --- | --- |
| Пневмония, ТБЗ, ўпка раки, БЭК | 25 |
| Ўпканинг инфильтратив туберкулези | 25 |
| Кат. 3.1. ҚВП ёкиОП шароитида: УҚА, УСА (УҚA: Нb- 118 г/л; Эр-4,0х10/12 л; Л- 3,9x10/9 л. СОЭ - 22 мм/с. УСА: 100 мл, ранги-с/с, с/о - 1019, оқсил - abs, лейкоцитлар 3-4/1)  Кат. 3.2.: - кўкрак қафаси рентгенографияси , балғамни микобактерия ТБЗга таҳлили | 25 |
| туб. диспансерга госпитализация (программа DOTS) | 25 |

Вазиятли масала2.

56 ёшли эркак ҚВПга қуйидаги шикоятлари билан мурожаат қилди: йўтал балғамда қон томчилари билан, бирданига ҳолсизлик, тез чарчаш ва тана вазнининг камайиши ҳамда иштаҳа пасайишига.

Касаллик йўтал билан бошланган. Кейинчалик аста секин ҳолсизлик ва иштаҳа пасайишини ҳис қилган. Сўнгра овоз хириллаши пайдо бўлган ва 1 ой давомида тана ҳароратининг кўтарилиши бўлган (ҳар куни 38°Сгача). 2 ойда 10 кгга озган. Кўп йиллар давомида кунига 1-2 пачка сигарет чеккан. Яқинда йўтал қон томчилари билан пайдо бўлган.

Кўрикда тери қопламлари оқарган, пальпацияда чап томонда қўлтиқ остида лимфа тугунларининг катталашиши аниқланди, НОС 22та 1 мин.да, юрак тонлари бўғиқлашган, ўпкада перкуторно 3-4 қовурға соҳасида чап томонда ўпка товушининг тўмтоқлашиши, аускультатив чап томонда сусайган везикуляр нафас эшитилади..

НЬ- 74 г/л; Эр-3,1х10/12 л; Л- 8,5x10/9 л. СОЭ - 45 мм/с. УСA: 200 мл, цвет- с/с, с/о - 1019, оқсил - abs, лейкоцитлар 1-2/1; умумий балғам таҳлили: балғамда атипикхужайралар.

Кўкрак қафаси рентгенографияси: ўпка чўққисида чап томонда ноаниқ контурли ҳосиланинг борлиги.

Йўтал синдроми билан кечадиган тўрттадан кам бўлмаган касалликни санаб беринг.

Тахминий ташҳис;

Информатив текшириш усуллари;

Рентгенограммадаги конкрет ўзгаришларни кўрсатинг;

УАШ тактикаси (даволаш принциплари ва иккиламчи профилактика);

Вазиятли масала 3

33 ёшли бемор йўтал “зангсимон балғам” ажралиши билан, кўкрак қафасининг ўнг томонидаги оғриқ ва тана ҳароратининг юқорилигига шикоят қилиб келди.

Беморнинг сўзига кўра 4 кун аввал совқотишдан кейин касалланган. Касаллик ўткир юқори тана ҳарорати 39,8°Сгача ва йўтал билан бошланган. Йўтал аввал қуруқ, 2 кундан кейин эса «зангсимон» қонли балғам ажрала бошлаган.

Объектив: тери қопламлари оқарган, ёноқлари қизарган. Юрак тонлари бўғиқлашган, НОС 34 та 1 мин.да. кўкрак қафасининг ўнг томони нафас олиш актидан орқада қолмоқда. Пальпацияда: ўнг томонда пастда овоз дириллаши кучайган. Перкутор: ўнг томонда пастда пастки қисмларида тўмтоқ товуш. Аускультатив:ўнг томонда пастки қисмларида бронхиал нафас. Абдоминал патология аниқланмади. Тана ҳарорати 38,8°С

УҚA: Нb- 118 г/л; Эр-4,0х10/12 л; Л- 10,8x10/9 л. СОЭ - 22 мм/с. УСА: 100 мл, ранги - с/с, с/о - 1019, оқсил - abs, лейкоцитлар 3-4/1;

Кўкрак қафаси рентгенографияси: ўнг томонда пастки бўлакнинг базал сегментларида гомоген характердаги сояланиш аниқланади.

Йўтал синдроми билан кечадиган тўрттадан кам бўлмаган касалликни санаб беринг.

Тахминий ташҳис;

Информатив текшириш усуллари;

Рентгенограммадаги конкрет ўзгаришларни кўрсатинг;

УАШ тактикаси (даволаш принциплари ва иккиламчи профилактика);

Вазиятли масала 4

Бемор 43 ёшда, шикоятлари йўтал ва уни йирингли ёқимсиз ҳидли балғам ажралиши билан ва тана ҳарорати ошиши.

Қўшимча маълумотлар (муаммони ҳал қилиш жараёнида бериб борилади).

Беморнинг сўзига кўра касаллик бошланагнига бир неча ой бўлган, врачлар томонидан крупоз зотилжам ташҳиси қўйилган, лекин бемор шифохонада ётишдан бош тортган ва уйда тана ҳарорати кўтарилганда аспирин таблеткасини ичган. Ахволи яхшиланмаган, иситма билан бирга терлаш кучайган. Қалтираш, ҳолсизлик, қуруқ йўтал, баъзан кўкрак қафасида ноаниқ бўлган оғриқлар безовта қила бошлаган. Кечадан бошлаб йўталганда кўп миқдорда балғам ажрала бошлагандан сўнг бемор енгил тортади.

Объектив кўрикда: тери қопламлари оқимтир. Юрак тонлари бўғиқ, ритмик. Нафас олиш сони бир дақиқада 34 марта. Пульс бир дақиқада 99 марта. Перкуссияда ўпкада тимпаник товуш. Аускультатив: ўпка ўнг томонида жарангли йирик пуфакчали хириллашлар эшитилади, бронхиал нафас амфорик тусда. Тана ҳарорати 38,8°С

УҚТ - нейтрофилли лейкоцитоз чапга силжиш билан, анемия. Умумий балғам таҳлили: кўп миқдорда лейкоцитлар, эритроцитлар ва эластик ипчалар.

Кўкрак қафаси рентгенографияси: ўнг ўпка юқори бўлагида горизонтал ҳолатда суюқлик ва ўпка тўқимасида перифокал яллиғланиш инфильтрацияси аниқланади.

Амалий қисм.

Мазкур мавзу бўйича УАШ машғулот тугагандан кейин бажара олиши керак бўлган кўникмалар рўйхати

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Кўрсаткичлар/интерпретация | Бажармади | Тўлиқ бажарди |
|  | Бемор курацияси | 0 | 50 |
|  | Умумий қон анализи |
|  | Умумий сийдик анализи |
|  | Умумий балғам анализи |
|  | Ўткир фазали синамалар |
|  | Балғам экмаси |
|  | ЭКГ |
|  | Кўкрак қафаси рентгени |
|  | Пульмонолог ва фтизиатр консультацияси |
|  | Биопсия |
|  | Қиёсий ташҳис | 0 | 20 |
|  | Ташҳисни асослаш | 0 | 10 |
|  | УАШ тактикаси ва даво тайинлаш | 0 | 10 |
|  | Тавсиялар | 0 | 10 |
| Жами |  | 0 | 100 |

Назорат саволлари.

1. Қон туфлаш синдроми.билан кечадиган касалликларнинг қиёсий ташҳиси. Турли нозологик шаклларда қиёсий ташхис ва УАШ тактикаси

2. Упка раки, ўпканинг йирингли касалликлари, ЎАТЭ, ўпка сили киёсий ташхиси.

3.Ўпка артерияси тромбоэмболиясида госпиталгача олиб бориш тамойиллари

4.Упка артерияси тромбоэмболияси госпитал босқичда олиб бориш тактикаси. .

5.Кон туфлаш синдроми билан кечадиган касалликлар профилактикаси.

**Амалий машғулот №9**

**Мавзу: Ҳансираш, бўғилиш синдроми. Бронхообструкция билан кечадиган касалликларнинг дифференциал диагностикаси (бронхиал астма, СЎОК, ўпка ўсмаси, бронхоэктатик касаллик) Юрак ва упка патологияларида хансирашнинг киёсий ташхисоти. УАШ тактикаси.**

**Ўқитиш технологияси.**

|  |  |
| --- | --- |
| Ўқиш вақти: 6 соат | |
| Дарснинг тузилиши | Ўқув тематик хона.  Стационар, пульмонология булими  Ўқув қўлланмалар, фантомлар, муляжлар, тарқатма материаллар, вазиятли масалалар тўплами ва тестлар.  Телевизор, видео аппаратура, мультимедиа |
| Ўқув дарсининг мақсади: УАШни “Умумий амалиёт шифокорининг квалификацион характеристикаси”да назарда тутилган талабларга мос равишда  УАШ шароитида УСОК ва БА, ўпка ўсмаси, бронхоэктатик касалликнинг замонавий диагностикаси ва дифференциал диагностикасини укитиш. Ушбу касалликларни кечишининг узига хослиги ва беморни согликни саклаш бирламчи тизимида олиб бориш принципларини ўргатиш . | |
| Педагогик вазифалар:  1.УАШ шароитида УСОК ги диагностикасини ургатиш; боскичига боглик холда кечишининг узига хослиги.  2.УАШ шароитида хансираш ва бугилиш билан кечадиган касалликларни диагностикаси ва дифференциал диагностикасини ургатиш.  УАШ шароитида хансираш ва бугилиш холатидаги КВП(ОП) ва махсуслаштирилган стационарда ётиб даволанувчи беморларни курсатиш.  УАШ квалификацион имкониятлари характеристикасига кура олиб боришни тахлил килиш  Даволаш принциплари тахлили (номедикаментоз ва медикаментоз).  КВП ва ОП широитида беморни кузатиш, мониторинги ва олиб бориш принциплари тахлили.  Ушбу касалликларда бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактикаси принциплари тахлили. | Ўқитиш фаолиятининг натижалари:  Талаба билиши шарт:  УСОК, БА ни клиник намоён булиши .  Упка усмаси ва бронхоэктатик касалликлар дифференциал диагностика.  Бронхообструктив синдром билан кечадиган касалликлар дифференциал диагностикаси.  Нафас етишмовчилиги белгилари.  УАШ тактикаси.  Ушбу касалликларда даволаш мезонлари (медикаментоз и немедикаментоз).  КВП ваОП шароитида беморни мониторинги ва диспансер кузатуви принциплари.  Ушбу касалликларда бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактикаси мезонлари.  Талаба бажара олиши шарт:  Хансираш ва бугилиш билан кечадиган касалликларни диагностикаси учун йигилган шикоятлар ва анамнезини тахлил килиш.  Клиника, лаборатор текширувлар натижалари, рентгенограмммага кура УСОК нинг турли вариантларини диагностика ва диф.диагностика килиш.  Пикфлоуметрия утказиш  Пикфлоуметрия натижаларини интерпритация килиш:  - Жинс, ёш ва беморнинг буйига кура ПСВни нормал курсаткичлари берилган жадвал ва диаграммалардан тугри фойдаланиш.  - Жинс, ёшва буйига кура ПСВ ни булиши керак булган курсаткич билан солиштириш ва хисоблашни билиш.  - Олинган натижаларни тахлил килиш ва хулоса кила олиш.  Самараси исботланган препаратларни танлаш  Номедикаментоз даволаш усуллари тугрисида маълумот бериш.  КВП ва ОП шароитида мониторинг утказиш. |
| Ўқитиш услублари | Мия штурми усули, намойиш қилиш, графикли органайзер- концептуал жадвал, видеотасвир томоша қилиш, бахс, сухбат, тестлар ва вазиятли масалалар ечиш. |
| Ўқитиш фаолиятини ташкил қилиш шакллари | Индивидуал тарзда иш юритиш,гурухларда ва жамоа бўлиб ишлаш, аудитор, аудиториядан ташқари вазифалар бажариш. |
| Ўқитиш ускуналари | Тарқатма визуал ўқув материаллар, видеофильмлар, муляжлар, графикли органайзерлар, тиббий хариталар мажмуаси, жадваллар ва стендлар. |
| Қайта алоқа услуб ва ускуналари | Оғзаки назорат: назорат саволлари, гуруҳларда ўқув машғулотларини бажариш, амалий кўникмаларни бажариш, ТМИ. |

**Машгулот таркибий кисми**

Теоритик кисм

Амалий машгулотнинг теоретик кисмида УСОК диагностикасининг клиник узига хослиги куриб чикилади.

УСОК мустакил касаллик булиб (нозологик форма), ривожланиб борувчи, бронхлар шиллик каватини ташки таъсирларга гиперреактивлигини ошиши билан кечадиган, касаллик булиб, охирги боскичдарда упка юрак етишмовчилиги ривожланади.

УСОК вояга етганлар касалланиши ва улими сабаблари орасида етакчи уринни эгаллайди. УСОК нафас йуллари дистал кисмларининг сурункали яллигланиш жараёни билан жарохатланиши билан куринади. Ушбу гурух беморлар учун нафас чикариш максимал тезлиги пасайиши ва аста секин упканинг газ алмашинув ёмонлашиши яъни нафас йулларининг кайтмас обструкцияси ривожланиши характерли. УСОК да сурункали яллигланиш биомаркерлари юкори даражада активликдаги миелопероксидазалар, эластазалар билан нейтрофиллар учоклари; протеолиз-антипротеолиз ва оксидант-антиоксидант тизимида дисбаланс. УСОК асосий клиник белгиси турли даражада ривожланган йутал, балгам ажралиши ва хансираш хисобланади. УСОК мультигенетик касалликлар гурухига киради. .

УСОКнинг ички ва ташки этиологик омиллари (хавф омиллари) ахамиятига караб ажратилади. УСОК да асосий хавф омили ( 80–70% холларда)—чекишдир. Чекувчилар улимнинг максимал курсаткичини курсатади, уларда нафас функциясининг кайтмас обструктив узгаришлари ва УСОКнинг барча маълум белгилари тез ривожланади. УСОК нинг нисбатан купрок сабаблари СОБ (70% атрофида) ва 1% атрофида ЭЛ( а1-антитрипсин етишмовчилиги) хисобланади, колган фоиз огир даражада кечувчи БА га тегишли.

УСОК клиник куриниши касалликнинг боскичига, касалликнинг авж олиш тезлигига ва бевосита бронхиал дарахтнинг зарарланиш даражасига боглик. УСОК хавф омиллари таъсирида секин ривожланади ва боскичма боскич авж олиб боради. УСОК авж олишининг тезлиги ва симптомларининг якколлиги этиологик омиллар таъсирининг интенсивлиги ва уларнинг микдорига боглик.

Бирламчи белгилар,яъни беморлар йутал ва хансираш, баъзан балгам ажралиши билан хуштаксимон нафас кузатилганда врачга мурожаат килишади. Ушбу симптомлар эрталаблари якколрок булади. Нисбатан эртарок, яъни 40-50 ёшларда кузатиладиган симптом йутал хисобланади. Хансираш дастлаб физик зурикишларда биринчи марта йутал пайдо булгандан ун йиллардан сунг кушилади.

Балгам эрталаблари куп булмаган микдорда ( 60мл/сутка) ажралади, шиллик характерли ва кузиш даврида инфекцион агент кушилганда йирингли характерга эга булади.

УСОК авж олиб боргани сари кузишлар орасидаги давр кискариб боради.

УСОК билан беморларни жисмоний текширувлари натижалари бронхиал обструкция якколлиги даражасига, упка гиперинфиляцияси огирлигига ва тана тузилишига боглик. Касаллик ривожланиб боргани сари йуталга кискарган нафас чикариш билан хуштаксимон нафас кушила боради. Купинча аускултацияда курук хар хил тембрли хириллашлар эшитилади. Хансираш турли даражада булиши мумкин: стандарт жисмоний нагрузкаларда нафас етишмаслик хиссидан то огир нафас етишмовчилигигача. Бронхиал обструкция авж олиб бориши ва упка гиперинфлияцияси ошиб боргани сари кукрак кафаси олд ва орка улчамлари катталашади. Диафрагма харакатчанлиги чекланади, аускультатив картина узгаради: хириллашлар якколлиги камаяди, нафас чикариш узаяди.

УСОК огирлик даражасини аниклаш учун физикал усулларга сезгирликни аниклиш кийин эмас. Бронхиал обструкция хакида дарак берадиган классик белгилар ичида хуштаксимон нафас ва нафас чикариш даврининг узайганлигини (>5 сек) айтиш мумкин.

Шунингдек, УСОКнинг ривожланиши ва авж олиши хавф омиллари тасири шароитида юз беради, секин ва боскичма боскич бошланиш характерли. УСОКнинг биринчи(нисбатан эрта) белгиси йутал хисобланади. Колган белгилар кейин касаллик ривожланиб бориши билан кушилиб боради, бунда касаллик авж олиб бориши боскичса боскич тезлашиб боради.

УСОКда касалликка диагноз куйиш учун физик текширишлар етарли эмас, балки бу усуллар инструментал ва лаборатор усуллар билан диагностик текширувлар гчун асос хисобланади. Шартли равишда барча диагностик усуллар барча беморларга килиниши керак булган минимум шарт булган методлар (умумий кон,сийдик, балгам анализи, кукрак кафаси рентгенографияси, ташки нафас функциясини текшириш (ФВД), ЭКГ) ва махсус курсатмаларга асосан килинадиган кушимча усулларга булинади.

УСОК билан беморлар билан ишлаганда умумклиник тестлар, ТНФ ни текшириш (ОФВ1, упканинг форсирований тириклик сигими ёки УТС), бронходиятаторлар билан тест (b2-агонистлар ва холинолитиклар), кукрак кафаси рентгенографияси буюрилади. Колган текширув усуллари касалликнинг огирлиги ва авж олиб бориш характерига кура махсус курсатмаларга асосан буюрилади.

Хозирги кун амалиётида УСОК билан беморларга бронходилятаторлар (b2-агонистлар ва холинолитиклар) билан тестлар кулланилади, яъни бунда бронхлар обструкциясини тез регрессия кобилиятига бахо берилади, яъни обструкциянинг кайтар компонентига. Тест вакида ОФВ1 нинг бошлангич курсаткичга нисбатан 15% ва ундан купга ошиши шартли кайтар обструкция деб бахоланади.

1. Чекишни тухтатиш ва ташки хавф омиллари таъсирини чеклаш.

2. Беморларни укитиш.

3. Бронходилатацияловчи терапия.

4. Мукорегулятор терапия.

5. Инфекцияга карши терапия терапия.

6. Нафас етишмовчилиги коррекцияси.

7. Реабилитацион терапия.

УСОК билан беморларни даволаш тактикаси ва стратегиясини тузишда 2 та даволаш схемасига ажратиш зарур: Кузиш булмаган пайтда даволаш (куллаб кувватловчи даво) ва УСОК нинг кузишини давоси.

Бронхоспастик синдром – симптомокомплекс, бронх утказувчанлиги бузилиши билан кузатилади ва генезида етакчи уринни бронхоспазм эгаллайди. Хуружнинг бевосита сабаби булиб эндоген ва экзоген тасирловчиларга нооддий юкори реактивлиги хисобланади.

Бронхиал астма (БА) нинг атопик патогенетик механизми диагностикаси куйидаги схема буйича утказилади:

аллергологик анамнез ва наслий аллергик касалликларга мойиллик борлигини аниклаш;

клиник намоён булиши –БА нинг атопик формаси учун аник намоён буладиган бугилиш хуружи, яъни бир неча минут давом этадиган ва одатий бронхолитиклар билан кайтадиган бугилиш хуружи характерли, йутал купинча хуруж охирида кузатиладива кам микдорда ёпишкок балгам ажралиши билан тугайди. Хуруж булмаган пайтларда перкуссия ва аускултацияда упкада патология йук.

-Тери аллергик синамалари (аппликацион, скарификацион, тери ичи).

-Кузгатувчи синамалар (ингаляцион, назал, конъюктивага).

-лаборатор диагностика методлари:

тугри ва нотугри Шелли базофил тести;

лимфоцитлар бласттрансформацияси тести;

семиз хужайралар деструкцияси билвосита тести ;

Праустниц-Кюстнер реакцияси;

Аллерген мавжуд булганда адреналин киритганда лимфоцитлар гликогенолизи;

Куйидаги кузгатувчи овкат аллергенлари билан элиминацион пархез

Кон зардобида иммуноглобулин Е даражасини аниклаш;

радио-аллерго-сорбент тести.

3-8 текширувлар аллергологик марказларда утказилади.

Инфекцияга боглик БА( ИББА) хуружи клиникаси 2та типга булинади:

Нафас актинии узайган кийинлашиши—бир неча соатдан бир неча кунгача , деярли доимий шиллик-йирингли балгам ажралиши билан йутал билан бирга.

Классик бугилиш хуружига якин булган, лекин бошланиш ва тугаши унчалик аник булмаган, бронхолитик воситалар билан секин кайтувчи бугилиш хуружи. Хуруж булмаган пайтларда упкада курук ва нам хириллашлар эшитилади.

Дисгормонал патогенетик вариантли БА да хаммасидан олдин буйрак усти безининг глюкокортикоид активлиги , аёлларда тухумдонлар гормонал активлиги узгариши булади. бевосита глюкокортикоид етишмовчилигини билдирувчи клиник белгилар йук.

Предменструал даврда БА хуружини купайиши, хомиладорлик ва тугрукдан кейинги даврда касалликнинг тинчиши ёки кузгалиши касаллик патогенезида тухумдонлар гормонал фаоллигининг узгариши ётишини курсатади.

Адренергик дисбаланс диагностикасида адренореактивлик узгаришига олиб келувчи анамнестик курсаткичларга эътибор бериш керак булади. Ушбу механизм пайдо булишида вирусли инфекция, гипоксемия, ацидоз, турли стресс таъсирлар билан боглик эндоген гиперкатехоламинемия, симпатомиметикларни ортикча куллаш каби факторлар роли мавжуд. Комплекс лаборатор ва инструментал диагностик методларни куллаб текширганда турли регуляция участкаларида – хужайра, орган, организм даражасида адренлреактивлик бузилганини аникланади.

БА бугилиш хуружи нафакат специфик факторлар остида, балки носпецифик таъсирловчилар—эмоция, совук хаводан нафас олиш, барометрик босимни узгариши, хаво намлиги ва хок.лар таъсирида хам юзага келиши мумкин.

Чап коринча етишмовчилиги, БА ни эслатувчи димланиш, упка шиши сабаби хисобланади. Хансираш, яъни кучли инспиратор характерга эга булган хансираш кузатилганда дархол эслаш керакки, анамнезида юрак астмасига олиб келувчи юрак касаллиги маълумотлари, унинг улчамлари катталашгани, упка аускултациясида – базал булимларда димланишли хириллашлар, юрак аускултациясида—от дупури ритми, нуксонларда-шовкинлар, ЭКГ да узгаришлар, киска муддат ичида тана массасини ошишига эътибор бериш керак. Синовчи терапия(диуретиклар, юрак гликозидлари ёки бронходиятаторлар) ташхисни тугрилигини тасдиклайди. Эозинофилия камлиги ёки йуклиги бронхиал астмани инкор килиш учун кимматли маълумот хисобланади.

БА этиологик давосида эътиборни атроф мухитдаги ва хужаликдаги сабаб булаётган аллергенларни ва таъсирловчи агентларни йукотишга, зарурат булганда рационал ишни таъминлаш, инфекция учокларини санацияси, психотерапияни куллаган холда нерв-психик травматизацияни олдини олишга эътибор каратилади.

Патогенетик давода асосий вазифа—бронх утказувчанлигини тиклаш хисобланади. Шу максаддда бронхообстуруктив синдромни асосий звеносини—бронхоспазм, бронхлар шиллик кавати шиши, дискринияни бартараф килувчи ва унинг ривожланишини олдини олувчи дори воситалари тавсия килинади.

Даволаш чора тадбирларининг асосий принциплари:

атопик формасида – аллергенни аниклаш ва бартараф этиш, специфик десенсибилловчи терапия (гистамин, гистоглобулин, поливакциналар ва хок.).

ИББАда - антибактериал терапия – бронх-упка тизимининг турли инфекцион яллигланиш учокларини даволаш.

дисгормонал патогенетик вариантда –аёллар жинсий гормони—оленодрен чикарилиши ва алмашинуви бузилишларини коррекция килиш учун глюкокртикоидлар етишмовчилиги коррекцияси (ГКС терапия, бекотид ва бекломет ингаляцияси, буйрак усти бези пустлоги функцияси активацияси—кортикотропин, этимизол ва хок.).

ваготоник вариантда - атровент, беродуал, эфантин, беллоид ва хок.

Адренергик дисбалансли вариантда даволаш куйидагиларга каратилади:

а) 2-адренорецепторлар активлигини ошириш (ГКС),

б) фосфодиэстераза активлигини пасайтириш - метилксантинлар, интал,

в) альфа-адренорецепторлар активлигини пасайтириш, шу билан бирга бевосита 2 – адренорецепторларга таъсир килиш (симпатомиметиклар, 2-адренорецепторлар сезувчанлиги тиклангандан сунг).

Бирламчи реактивлик узгариши билан БА да бронхолитик терапия(симпатомиметиклар, бронхолитиклар) , семиз хужайра мембрана стабилизаторлари(интал, бекотид, бекломет, задитен) тавсия килинади, УРК профилактикаси , бронхларда сурункали яллигланиш касалликлари кузиши профилактикаси(ремантадин) утказилади, астматик триада давоси (аспирин билан кичик усиб борувчи дозада специфик гипосенсибилизация, антилимфомин схема буйича) утказилади, физик зурикишни кутара олмайдиган холларда жисмоний реабилитация( дозаланган жисмоний зурикиш, нафас машклари) утказилади.

Медикаментоз тикловчи терапия билан бир каторда жисмоний(функционал) реабилитация (ФР) утказиш мухим ахамият касб этади, бунда эътибор тез ва тулик организм функциясини тиклашга, интенсив жисмоний зурикишларга чидамлилигини оширишга каратилади.ДЖТ билан шугулланиш беморнинг нерв психик холатини мустахкамлайди, усиб борувчи жисмоний зурикишга адаптациясини оширади, иш кобилияти тикланиши ва сакланиб туришига ёрдам беради. Беморга жисмоний зурикишга нормал реакцияни шакллантириш учун 30сек.дан 1 минутгача машклар бажаришни, киска интерваллар билан такрорлаш тавсия килинади. Нафас олишни тиклаш учун нафас машклари—оддий нафас чикаришдан кейин нафас олиб ушлаб турилади.

БА ни давоси кузиш даврида режали даволашни , яъни шошилинч терапия, хуружни босилишига каратилган, шунингдек ремиссия даврида даволашни уз ичига олади.

Гормонал терапияга курсатма булиб бронхолитиклар билан утиб кетмайдиган огир бугилиш хуружлари, астматик статусга утиши, шунингдек тез-тез ва узок кузиши, тулик микдорда бронхолитиклар билан даволаганда тузалмаган холатлар хисобланади. БА ни даволаш учун табиий глюкокортикоидлардан гидрокортизон гемисуксинат, синтетикларидан преднизалон, метилпреднизолон(урбазон, метипред), триамциналон (кенокорт, полькортолон, берликорт), дексаметазон. Стероидларни ингаляцион йул билан киритиш (бекотид, бекломет) уларни бошка аъзо ва системаларга ножуя таъсирларини камайишига ёрдам беради. БА нинг кучли кузиган холатида гксларни перорал ёки вена ичига куллаш лозим. Стероид терапиянинг асосий коидаси бошидан юкори дозада даволашни бошлаш (50-100мг преднизалонга хисоблаб) токи касаллик ликвидациясигача ,кейин дозани камайтириш ва 7-10 кун ичида тухтатиш. Ката дозада кабул килганда кабул килиш 2-3 га булинади ва асосий кисми эрталабки биринчи кабулга мулжалланади.

Биологик профилактика воситаларига интал киради. У физик нагрузкада пайдо буладиган бронхоспазмни эффектив олдини олади. Инталнинг фармокологик аналоги кетотифен(задитен)—антигистамин препарат хисобланади.

Кузиш тинчиганда ва ремиссия даврида стратегик даво—реабилитациянинг амбулатор боскичи утказилади. Реабилитацион боскичнинг асосий вазифаси касаллик кузиши профилактикаси ват улик ва узок ремиссияга эришиш хисобланади. Бунинг учун турли номедикаментоз даволаш методлари (специфик гипосенсибилизация, иглорефлексотерапия, физиотерапия, баротерапия, санатор-курорт даволаш) кулланилади. Касалликнинг хар кандай патогенитик тури учун патогенетик терапиянинг универсал вазифаси бронхоспазмни, шиш ва гиперсекрецияни камайтириш йули билан бронх утказувчанлигини тиклаш хисобланади. Курсатилган механизм буйича таъсир килувчи препаратларга бронхкенгайтирувчилар (адреномиметиклар, метилксантинлар, холинолитиклар), интал ва кортикостероидлар киради. Даволашнинг ушбу боскичида беморнинг иммун холатини, БА нинг кечиш огирлигини, асоратлари ва ёндош патологияларни, шунингдек куллаб кувватловчи ва рецидивга карши терапияни хисобга олган холда иммуномодуляторлар билан даволаш хам кулланилади.

Енгил ва урта огир кечувчи инфекцияга боглик БАли беморларга рецидивга карши терапия, яьни реаферон 15.000 ЕД хар кг тана массасига, курс 5 та инъекция, йилнинг бахор-кузги пайтларида килинади. Огир кечувчи БА билан беморларда йил давомида иммунопрофилактика—1 ойда 2 марта 1млн ЕД. м/И га инъекция килинади.

Бронхолитиклар, интал, транквилизаторлар билан куллаб кувватловчи даво буюрилганда хронотерапия принципи кулланилади. Бронх утказувчанлиги сутканинг турли пайтларида ёмонлашишини тушунтириш керак: яъни ФВД нинг максимал патологик силжишига кура бронх утказувчанлиги аникланади ва ритм топилади. Шунга кура хар бир беморга оптимал дори воситаси кабул килиш интервали белгиланади, шунингдек тунги соатларда хам.

Кон айланиш етишмовчилиги (КАЕ) – патологик холат булиб, аъзо ва тукималар нормал функцияси учун уларга зарур булган кон микдорини таъминлай олинмаслиги хисобланади.

Пайдо булиш тезлигига кура уткир КАЕ, яъни бир неча минут ва соат ичида пайдо булувчи хамда сурункали КАЕ, яъни бир неча хафтадан бир неча йиллар давомида ривожланиб борувчи турлари фаркланади. Бундан ташкари юрак шикастланиши билан боглик булган юрак етишмовчилиги ва кон айланиш бузилиши механизмида асосий сабаб булиб томир компоненти буладиган томир етишмовчилиги ажратилади.

КАЕ классификацияси

Н.Д. Стражеско ва В.Х. Василенко классификацияси буйича СКАЕ нинг 3 та боскичи ажратилади:

I-боскич: яширин КАЕ, яъни факат жисмоний зурикишда пайдо буладиган хансираш, юрак уриб кетиши, тез чарчаш..

IIа-боскич: тинч холатда КАЕ белгилари сезиларли, физик зурикишга толерантлик пасайган, катта ёки кичик кон айланиш доирасида кон димланиш белгилари.

IIб-боскич: тинч холатда ривожланган юрак етишмовчилиги белгилари, катта ва кичик кон айланиш доирасида огир гемодинамик бузилишлар.

III-боскич: дистрофик боскич, гемодинамиканинг ва моддалар алмашинувини огир бузилишлари, аъзо ва тукималарда кайтмас узгаришлар.

1978 йилда Ф.И. Комаров ва Л.И. Ольбинская I боскични 2та даврга ажратишди – а ва б.

I а- доклиник ёки эрда димланиш олди даври булиб, шикоятлар ва гемодинамика бузилиши йуклиги билан характерланади,лекин жисмоний зурикишда юракнинг насос функцияси бузилиши белгилари пайдо булади: юрак систолик хажмининг 10-20% га камайганлиги, диастолик босим ва хажмнинг куп булмаган ошиши, упка артериясида диастолик босимнинг ошиши, миокард кискарганда унинг толаларини циркулятор кискариш тезлиги пасайиши кузатилади.

I б- Н.Д. Стражеско ва В.Х. Ввасиленко классификацияси буйича биринчи боскич белгилари характерли ва шунингдек кичик кон айланиш доирасида жисмоний зурикиш пайтида утиб кетувчи димланиш кузатилади. Н.М. Мухарлямо10-2-в (1978) пр III – боскични хам 2та даврга ажратди.

III а- юрак етишмовчилигининг кисман кайтмас боскичи булиб, бунда катта ва кичик кон айланиш доирасида ривожланган димланиш белгилари, кам юрак систолик хажми, юрак бушликларининг сезиларли кенгайиши, охирги диастолик босим ва хажмни кескин ошиши кузатилади, аммо замонавий адекват терапия бемор холатини яхшиланишига олиб келади ( шишларни, анасаркани, ички аъзоларда димланишни камайиши).

III б- тулик кайтмас боскич булиб, полностью необратимая стадия, Н.Д. Стражеско ва В.Х. Василенко классификацияси буйича учинчи боскичга тугри келади.

Юкорида курсатилган классификацияларга кушимча равишда юрак етишмовчилигининг Нью-Йорк кардиологлар ассоциацияси (NYHA) томонидан ишлаб чикилган классификацияси мавжуд.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ФС | Аниклаш | Терминология |
| I | Юрак касалликлари булган, лекин жисмоний активлиги чекланмаган беморлар. | Чап коринча симптомсиз дисфункцияси |
| II | Юрак касаллиги булган,окибатда жисмоний активлиги бироз чекланган беморлар | Енгил юрак етишмовчилиги |
| III | Юрак касаллиги булган,окибатда жисмоний активлиги сезиларли чекланган беморлар. | Урта огир даражада юрак етишмовчилиги |
| IV | Юрак касаллиги булган ва натижада хатто минимал жисмоний зурикишда хам жисмоний дискомфорт кузатиладиган беморлар | Огир юрак етишмовчилиги |

Клиник КАЕ учун куйидаги симптомлар характерли:

Хансираш, ортопное, юрак астмаси, никтурия, периферик шиш ва жигар катталашиши, баъзан асцит, анорексия, упка устида хириллашлар, юрак катталашиши, булмачали от дупури ритми, юракда учинчи тон, буйин веналари буртиши, анасарка, асцит.КАЕга олиб келган асосий касалликни даволаш, уни намоён булишини сезиларли камайтиради, даволаш чора тадбирлари эффективлигини оширади. Рационал даволаш режими.

Даволаш пархези. КАЕ да № 10 ёки 10а. пархез столи тавсия килинади. Яъни истеъмол тузи ва сувни чеклаш, овкатланиш 1 кунда 5-6 махал булиши керак (бир мартада кам микдорда овкат истеъмол килиш); овкат осон хазм булувчи, витаминга бой, суткада 1900-2500 ккал га эга булиши керак. Миокарднинг пасайган кискарувчанлик кобилиятини ошириш юрак гликозидлари ва бошка ногликозид воситаларни куллаш ёрдамида амалга оширилади.

Диуретиклар, АПФ ингибиторлари, -адренорецепторлар ингибиторлари, периферик вазодилататорлар, ангиотензин рецептори антогонистлари, антиаитмик препаратлари.

КАЕ лиги билан беморларни немедикаментоз даволаш. КАЕни даволашда номедикаментоз даволаш усулларидан асосан коннинг изолирланган ультрафилтрацияси кулланилади.

Клиник амалиётда чап коринча насос функциясини вактинча куллаб кувватлаш учун аортаичи баллон контрипульсия усули кулланилади. баллон контрипульсия купинча уткир юрак етишмовчилигида кулланилади, факат ушбу метод шунингдек КАЕ билан беморларда хам кулланилади. Ушбу метод КАЕ нинг терминал боскичида булган ва юрак кучириб утказиш ва жаррохлик амалиётига тайёрланаётган беморларга, трансплантациядан кейин юрак ишини куллаб кувватлаш учун яъни беморларда коринчали юрак ритми бузилишларида, медикаментоз давога рефрактерлик кузатилганда курсатма хасобланади.

Терминал холатдаги КАЕ билан беморларда аортаичи баллонли контрипульсияси КАЕ терминал боскичидаги беморларга « трансплантацияга куприк» сифатида, шунингдек коринчаларга механик ёрдам сифатида, кон насоси ва баъзан суньий юрак сифатида ишлатилади.

Бронхоэктатик касаллик – Ўпка бронхларининг сурункали яллиғланиши бўлиб

уларнинг кенгайиши, уларнинг деворларидаги эластик ва мушак компонентларининг

декструктив ўзгаришидир. Келиб чиқиш сабаби – Ўпка бронх аппаратининг туғма

нуқсонлари, шунингдек бронх яллиғланиши, ундаги ѐт жисм ва хоказо.

Клиника: Ўпка-бронх инфекцияларининг хуружлари, йутал, йирингли балғам ажратиш,

тез-тез нафас олиш, кучсиз меҳнатда хансираш, қон туфлаш, интоксикация белгилари.

Аускультацияда шикастланган тарафда хўл, майда пуфакли хириллаш эшитилади.

Рентгенологик текширувида – фиброз майдони, илдиз структурасинининг ўзгарганлиги

аниқланади. Бронхоскопия – диффуз ѐки чегаранланган эндобронхит, бронхларнинг

дистал кенгайганлиги (Сулья белгиси). Бронхографияда – бронхнинг цилиндрик

копсимон, кистасимон ва аралаш кенгайиши аниқланади. Бронхларнинг локал

ўзгаришларида қуйидаги операциялари бажарилади: сегментэктомия, лобэктомия,

билобэктомия, пульмоэктомия. Тарқалган бронхоэктазларда консерватив даволаш

кўрсатилган.

Сурункали юрак етишмовчилигида хирургик даволаш усуллари.

КАЕ терминал боскичидаги беморлар учун юрак трансплантацияси ягона эффектив даволаш усули хисобланади. Юрак трансплантацияси куп холларда нафакат бемор умрини узайтиришга ёрдам беради, баъзан пациентларнинг иш кобилияти тулик тикланади.

Метод «Мия штурми»

Максад: Ушбу метод фикр алмашинувини стимуляциялаш учун кулланилиб, иштирокчиларни катнашиш даражасини оширади, уз фикру назарида колиш ва исботлашни ургатади, юзага келтирилган вазиятда оптимал карор кабул килишга олиб келади.

Укитувчи машгулот мавзуси буйича талабага саволлар беради:

1. « Упканинг сурункали обструктив касаллиги» ва БА атамаларига тариф беринг.

2. УСОК ва БА классификациясини айтинг.

3. УСОК ва БА диагностик критерийларини санангПеречислите диагностические критерии ХОБЛ и БА.

4. УСОК ва БА ва унинг асоратларини диагностикаси учун лаборатор-инструментал текширув усулларини сананг.

5. УСОК ва БА ривожланишига олиб келувчи хавф омилларини айтинг.

6. УСОК ва БА дифференциал диагностикаси.

7. УСОК ташхиси формулировкасини айтинг.

8. УСОК ва БА ни ремиссия ва кузиш даврида даволарини айтинг.

9. Упка усмасининг клиник куриниши, лаборатор-инструментал усуллар ва асоратларини гапириб беринг.

Жавоб: 1. УСОК—нафас йулларининг дистал булимлари, упка шикастланиши ва эмфизема пайдо булиши билан кечувчи бирламчи сурункали яллигланиш касаллигидир; У балгам ажралиши билан кечувчи носпецифик персистирловчи яллигланиш реакцияси натижасида чакирилган, кайтмас бронхиал обструкция ривожланиши (ёки тулик кайтмас) билан нафас окимининг камайиши билан характерланади. Касаллик йутал, балгам ажралиши ва кучайиб борувчи йутал билан намоён булади ва авж олиб бориши ва окибатда сурункали нафас етишмовчилиги ва упка юраги пайдо булишига олиб келади.

БА– асосида нафас йулларининг сезгирлигининг ва бронхлар реактивлигининг узгариши билан кузатиладиган яллигланиш реакцияси ётувчи, бугилиш хуружи, астматик статус кузатилиши ёки кузатилмаслиги, аллергик касалликлар, упкадан ташкари аллергия белгилари ва конда ва/ёки балгамда эозинофиллар булиши каби наслий мойилликлар фонида кайтар бронхиал обструкция билан кечадиган нафас дискомфортлари ( хуружли йутал, дистанцион хириллашлар ва хансираш) билан характерланадиган касаллик.

2. УСОК нинг огирлик даражасига кура 4 даражага ажратиб тавсия этилган классификацияси охирги халкаро программа билан бирга. «Глобальная инициатива по хронической обструктивной болезни легких» (GOLD, 2003).

УСОКнинг огиолик даражасига кура классификацияси (GOLD, 2003)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Боскич | Асосий клиник белгилари | Функционал курсаткичлар |
| I: енгил | Йутал, одатий лекин доимий булмаган балгам ажралиши. | •ОФВ1/ФЖЕЛ (ИТ)<70%  •ОФВ1≥80% зарур булган курсаткичдан |
| II:урта огир | •Доимий, купрок эрталаблари кучаядиган йутал, одатий,лекин доимий булмаган балгам ажралиши  • Уртача огирликдаги жисмоний зурикишларда хансираш | •ОФВ1/ФЖЕЛ (ИТ)<70% •50%≤ОФВ1<80% зарур булган курсаткичдан |
| III: огир | Доимий йутал, балгам ажралиши, хансираш | •ИТ<70% •30%<ОФВ1<50% зарур булган курсаткичдан |
| IV: ута огир | Йутал, балгам ажралиши, хансираш | •ИТ<70%  •ОФВ1<30%зарур булган курсаткичдан ёки ОФВ1<50% зарур булган курсаткичдан ва сурункали НЕ билан бирга ёки унг коринча етишмовчилиги билан бирга. |

Изох: ОФВ1 – 1 сек.да форсирований нафас чикариш хажми, ФЖЕЛ –упканинг форсирований тириклик сигими

БА классификацияси (см. теоретик кисм).

Ташхис формулировкасига мисоллар:

А) УСОК, бронхитик тип, урта огир кечиши (II боскич), ремиссия ёки кузиш даври, НЕ II, сурункали упка юраги, кон айланиш етишмовчилиги даражаси. ХОБЛ.

Б) УСОК, эмфизематоз тип, ута огир кечиши (IV боскич), ремиссия ёки кузиш, НЕ III, сурункали упка юраги, кон айланиш етишмовчилиги даражаси.

3. Аналитик кисм

Вазиятли масалалар:

1. Бемор 50 ёш, УАШга хансираш, йирингли балгам билан йуталга шикоят килди. Анамнезидан 30 йилдан буён чекади. Умумий ахволи урта огирликда, цианоз, буйин веналари буртган, эпигастрал пульсация аникланади. Упкада аускультатив курук ва нам хириллашлар. Юрак тонлари бугиклашган, ритмик, а.pulmonalis устида 2 тон акценти. АКБ 130/90 мм.сим.уст. Ps-90та/мин. УКА: Hв-173 г/л эр-3,9 лей-10×109/л, ЭЧТ-18 мм.ч. ФВД-ОФВ1-45%, Индекс Тиффно-57% , УТС-75%..

1. Клиник ва функционал критерийларга кура УСОК огирлик даражасини аникланг. (GOLD, 2003г);

2. Тахминий ташхис;

3. Рентгенологик ва ЭКГ белгиларини курсатинг;

4. УАШ тактикаси ;

Жавоблар:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Жавоблар | Балл |
| 1 | I-боскичс,енгил: йутал, балгам ажралиши адатий,лекин доимий эмас. ОФВ1/ФЖЕЛ (ИТ)<70%, ОФВ1≥80%. II-боскич, урта огир: Доимий, купрок эрталаблари кучаядиган йутал, одатий,лекин доимий булмаган балгам ажралиши. Уртача огирликдаги жисмоний зурикишларда хансираш. ИТ<70%, ОФВ1≥50%<80%. III-боскич,огир: Доимий йутал, балгам ажралиши, хансираш. ИТ<70%, ОФВ1>30%<50%. IV-боскич, ута огир: Йутал, балгам ажралиши, хансираш. ИТ<70% ОФВ1<30% зарур булган курсаткичдан ёки ОФВ1<50% зарур булган курсаткичдан ва сурункали НЕ билан бирга ёки унг коринча етишмовчилиги билан бирга. | 20 |
| 2 | Упканинг сурункали обструктив касаллиги, бронхитик тип, огирлик даражаси III, огир кечиши, кузиш даври. Асорати: НЕ II. | 35 |
| 3 | Перибронхиал инфильтрация, диффуз пневмосклероз, эмфизема белгилари. | 20 |
| 4 | Стационар давога йуналтириш, кузатув, умумий амалиёт шифокори кузатуви, диспансер кузатуви, иш кобилиятини аниклаш. | 25 |

2. Бемор, 40 ёш, УАШга хансираш, бугилиш,курук йуталга шикоят килди. Ахволи ёмонлашганини анаприлин таблеткасини кабул килгани билан боглайди. Умумий ахволи урта огирликда, экспиратор диспное, лаблар цианози. Упкада аускультатив таркалган курук хуштаксимон хириллашлар. НОС 30/мин. Юрак тонлари бугиклашган, тахикардия. АКБ 140-90 мм.сим.уст. Ps-100/мин. УКТ: НВ-120г/л, эр-4,0 лей-7,8 эоз-7 ЭЧТ-14 мм/соат.

1. Тахминий ташхис;

2. БА билан беморни десенсибилизация усулида даволаш

3. Аспиринли астманинг патогенитик механизмини курсатинг;

4. УАШ тактикаси;

3. Бемор 18 ёш. Бугилишга, хансираш ва жисмоний зурикиш пайтида нафас етишмовчилиги хиссига шикоят килади. Упкада хуштаксимон хириллашлар. Анамнезидан хеч кандай касалликлар билан огримаган. Аускультатив упкада дагал нафас. Юрак тонлари аник,ритмик.

1. БАнинг иммунологик ва ноиммунологик механизмларини курсатинг;

2. Информатив текшириш усуллари;

3. Тахминий ташхис;

4. УАШ тактикаси;

Бемор 57 ёш, УАШга йутал, кон тупириш, овоз бугилиши, озишга шикоят килди. Объектив: астеник, бармоклар учлари «барабан таёкчалари » куринишида йугонлашган, унг томонда буйин лимфа тугунлари катталашган, унг томонда Горнер симптоми мусбат. R-графия: унг упка юкори булаги ателектази

Юкорида курсатилган шикоятлар ва симптомлар (барабан таёкчалари) кузатиладиган бештадан кам булмаган касалликни сананг;

Тахминий ташхис;

Информатив тнкширув усуллари;

УАШ тактикаси;

5.Уаш кабулига 50 ёшли бемор кукрак кафасида тез-тез безовта килувчи огрикка, балгамли йуталга, озишга, тана хароратининг тулкинсимон ошишига ва умумий холсизликка шикоят билан келди. Анамнезидан бемор 30 йилдан буён асбест ишлаб чикарувчи сехда ишлайди. Объектив: чап кукрак кафасини нафас актидан ортда колаётгани аникланади. Перкуссия: чапда товуш бугиклашган, Аускультацияда чапда нафас сусайган. УКТ: Нв – 80 г/л, лейк. – 12 000,ЭЧТ – 30 мм/соат.

1.Ушбу касалликка хос рентгенологик белгиларни курсатинг;

2. Тахминий ташхис;

3. Информатив текширув усуллари;

4. УАШ тактикаси;

6. Бемор 42 ёш, нафас йулларининг тез-тез шомоллагани сабабли кийин ажралувчи балгам ва хуружсимон йуталга,енгил жисмоний зурикишдан кейин хансираш ва тез чарчашга шикоят килди. Анамнезидан бемор 12 йилдан буён БА билан касалланган. Касалликни хуружини олдини олиш учун кунига 10-15 мг преднизалон кабул килган ва вентолин билан ингаляция килган. Объектив курикда экспиратор ансираш, цианоз аникланади, НОС 30та/мин. ЮКС 120та/мин, АКБ 150/90 мм.сим.уст. Перкуссияда кутичасимон товуш аникланади. Аускультацияда таркалган хуштаксимон хириллашлар аникланади. ОФВ1 <60%.

1. Беморга кандай тип нафас етишмовчилиги кузатиляпти;

2. Тахминий ташхис;

3. Бронходиятаторлар гурухини курсатинг;

4. Характерли рентгенологик узгаришларни курсатинг;

5. Даволаш. УАШ тактикаси ва иккиламчи профилактика;

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. Бемор, 58 ёш, шафёр булиб ишлайди, УАШ кабулига минимал жисмоний зурикишда хансираш, нафас етишмаслиги, бугилиш, балгамли йутал, унг ковурга ёйи остида тез-тез юрак уришига шикоят билан мурожаат килди. Анамнезидан бир неча марта пневмония билан касалланган. Йилнинг совук фаслларида тез-тез кузийди, 25 йилдан буён чекади. Объектив: беморнинг умумий ахволи огир, лаблар цианози, упкада таркалган курук ва нам хириллашлар. Юрак тонлари кескин бугиклашган, упка артериясида 2тон акценти эшитилади, ЮКС-102та/мин. АКБ-140/80 мм.сим.уст. УКА: Нв – 182 г/л, лейкоцитлар – -13×109/л, таёкча ядроли нейтрофиллар -13%, сегмент ядроли нейтрофиллар – 62%, лимфоцитлар -9%, моноцитлар -2%; ЭЧТ – 22мм/с; ФВД – ОФВ 1 - 29%, ИТ – 45%.

Юкорида курсатилган шикоятлар ва симптомлар кузатиладиган бештадан кам булмаган касалликни сананг;

Тахминий ташхис;

ЭКГда кандай узгаришлар булади.

УАШ тактикаси;

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8.УАШ кабулига бемор вазомотор ринит ва танада тошмалар, нафас акти кийинлиги, курук йуталга шикоят билан келди. Тетрациклин кабул килганидан кейин танасига тошмалар тошган. Аускультацияда упкада курук хуштаксимон хириллашлар ва нафас чикаришни узайганлиги аникланади. Тиффно индекси 50%. Беротек ингаляциясидан кейин Тиффно игдекси 55%ни ташкил килди. Конда эозинофиллар 12%. Лейкоцитлар 11х109/л.

1. Тахминий ташхис;

2. Ушбу касалликни патогенетик механизмини курсатинг;

3. Тиффно индексининг нормал коеффициенти;

4. Даволаш. УАШ тактикаси;

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9. Бемор,50 ёш, УАШ куригида. Курикда кичик жисмоний зурикишларда хансираш, оёкларда шишга шикоят килади. 10 йилдан буён сурункали бронхит билан касалланган. Охирги 5 йил давомида хансираш кучайган, бош огриги, тез чарчаш безовта килади. Объектив: юз цианози, буйин веналари буртган, нафас чикарганда буйин веналари буртиши ортади, куз склерасида кон куйилиш учоклари, оёкларда шиш. НОС 26та/мин. Упкада 2 томонлада курук ва нам хириллашлар эшитилади. Юрак тонлари бугиклашган ,ритмик, упка артерияси устида 2 тон акцценти. ЮКС 110/мин. Жигар +4см, огрикли. Конда: эрит-6млн., гемотокрит-65/35.

Кандай асорат ривожланган? Сизнинг ташхисингиз?

Юкорида курсатилган симптомлар кузатиладиган 4 та касалликни сананг;

Ушбу беморда мавжуд булган касаллик асорати учун хос булган 8та белгини сананг;

Текширув усуллари;

УАШ тактикаси ва даволаш.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10. Касалхонага 60 ёшли бемор ушбу шикоят билан мурожаат килди: Бронхиал астма, упка эмфиземаси. ЮИК: Стабил зурикиш стенокардияси. ФС III. ИККС. Асорати: НЕ III. КАЕ IIБ. Сунги кунларда бемор ахволи огирлашган. Кукс ортида огрик, кон тупириш,цианоз, оёкларда шиш, хансираш кучайиши кузатилган. Нитроглицерин таъсирида огрик босилмаган. НОС 28/мин. Упкада диффуз курук хириллашлар ва кичик пуфакчали жарангсиз нам хириллашлар эшитилади. Юрак тонлари бугиклашган, ритмик, упка артерияси устида 2 тон акценти ва таркалган. ЮКС 96/мин. АКБ 100/60мм.сим.уст. Жигар+3см. ЭКГ: унг коринча ва унг булмача гипертрофияси. Упка рентгенографиясида: упка илдизларида тулаконлик, «ампутация симптоми», упка артерияси ёйи буртган.

Бемор ахволини огирлашиши сабаби нима хисобланади.

2. Юкорида курсатилган асоратлар кузатиладиган 4та касалликни сананг;

Ушбу беморнинг касаллигида кузатиладиган асоратлар учун хос булган 7 та белгини сананг;

Текширув усуллари;

Даволаш .

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

11. Бемор 48 ёш, уйда УАШ куриги. Кичик жисмоний зурикишларда хам хансирашни кучайиши, бош огриги, уйкучанликка шикоят килади. Анамнезидан кам микдорда балгам ажралиши билан йутал кузатилади. 1 йил олдин конда эритроцит ва гемоглобин микдорининг ошиши кузатилган ва шу сабабли кон олдириш утказган. Бемор бироз тормозланган ва у билан сухбатлашиш кийинрок. Объектив: стулга утирган холатда мудрамокда, тинч холатда кучайган хансираш, лаблар цианози, семизлик (буйи 170 см, огирлиги 110 кг). Упкада диффуз курук ва нам хириллашлар эшитилади. Юрак тонлари бугиклашган, упка артерияси устида 2 тон акценти ва таркалиши. АКБ 160/90 мм.сим.уст.

ЭКГ: II-III ва AVF да юкори ва уткир «P» аникланади. Юрак электр уки унга силжиган, унг кукрак уланишларида R баланд (R/SV1 катта 1,0), чап кукрак уланишларида S усиб боради (R/ SV6 кичик 1,0). Конда эритроцит 5,5 млн. Рентгенограммада упка артерияси ёйи буртган.

Юкорида курсатилган симптомлар кузатиладиган 3 та касалликни сананг;

Сизнинг ташхисингиз;

Ушбу бемордаги касаллик учун хос булган 10 та характерли белгиларни сананг;

Ушбу ЭКГ нимани билдиради?

УАШ тактикаси ва даволаш.

Амалий кисм

Мазкур мавзу бўйича УАШ машғулот тугагандан кейин бажара олиши керак бўлган кўникмалар рўйхати

1. Хансираш ва бугилиш билан кечадиган касалликларга чалинган беморларни кўрикдан ўтказиш.

2. Хансираш ва бугилиш билан кечадиган беморларни лаборатория-инструментал ва бошқа текшириш (клиник ва биокимёвий таҳлиллар, нажас, сийдик, қусуқ массаси, ҳазм аъзоларининг рентгенолок текшируви, ЭФГДС таҳлиллари) маълумотларини тўғри таҳлил қила олиш

3. Хансираш ва бугилиш билан кечадиган касалликларнинг этиологиясига қараб дори препаратларини ёзиб бериш.

**Назорат саволлари**.

УСОК этиологияси.клиникаси, ташхиси.

Бронхиал астма ва УСОК қиёсий ташхиси.

Бронхиал астмани огирлик даражасига кура даволаш .

Хансираш ва бугилиш хуружли беморларнинг диспансер кузатуви.

Юрак етишмовчилини медикаментоз ва номедикаментоз даволаш.

**Амалий Машғулот №10**

**Аритмиялар. Синусли тахикардия, брадикардия, синусли аритмиялар, ритм бошқарувчиси миграцияси, синус тугуни сустлиги синдроми, экстрасистолиялар ҳамда бўлмачалар ва қоринчалар титраши, ҳилпираши (доимий ва пароксизмал), пароксизмал тахикардия, қоринчаларнинг вақтдан олдин қўзғалиши синдроми қиёсий ташхисоти Аритмиялар турига кўра УАШ тактикаси. Юқори хавф гурухларини аниқлаш.**

**Ўқитиш технологияси.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ўқув вакти: 6 соат Талабалар сони 8-10** | |
| **ЎқувМашғулотининг тузилиши.** | 1. Мавзувий Ўқув хонаси. 2. ЭКГхонаси. 3. Ўқув кулланма, фантом, муляж, таркатма материаллар, сборник ситуацион вазифалар тўплами,ва тестлар. 4. Телевизор, видео аппаратура, мультимедиа |
| **ЎқувМашғулотининг мақсади:** Талабаларни алгоритм асосида ўз вақтида ташҳис қўйиш масалаларига, дифференциал диагностикага, оптимал (энг мақбул) даволаш тактикасини танлашга ва Синусли аритмиялар, пароксизмал тахикардия, қоринчаларнинг вақтидан аввал қўзгалиш синдроми**-** Вольф-Паркинсон-Уайт(WPW), бўлмачаларнинг ҳилпираши ва трепетание ҳолатларини олиб бориш тактикаларига ўргатиш. | |
| **Педагогик вазифалар:**  1.Аритмияларни ташхислаш ва таққосий ташхислашдаги саволларни кўриб чикиш: **:** юрак маромини бошқарувини миграцияси, синус тугуни сустлиги синдроми, экстросистолия ва унинг турлари.  2. Аритмияли беморларни кўрсатиш:юрак маромини бошқарувини миграцияси, синус тугуни сустлиги синдроми, экстросистолия  3. Ритм бузилишли беморлар клиник-лаборатор ва инструментал текширувлар натижаларини тахлил қилиш (юрак маромини бошқарувини миграцияси, синус тугуни сустлиги синдроми, экстросистолия ва унинг турлари).  4.Синусли тахикардия, нафас аритмияси, экстрасистолия касалликларини таққосий ташхислаш.  5. юрак маромини бошқарувини миграцияси, синус тугуни сустлиги синдроми, экстрасистолия касалликларини таққосий даволашгаўргатиш.  6. УАШ квалификацион характеристикаси доирасида беморни олиб бориш тактикасидаги саволларни таҳлил қилиш.  7.Даволаш тамойиллари. (номедикаментоз ва медикаментоз).  8. Олиб бориш, диспансер кузатиш ва мониторинг. | **Ўқув фаолияти натижалари:**  **Талаба билиши лозим**   1. юрак маромини бошқарувини миграцияси, синус тугуни сустлиги синдроми, экстросистолия ва унинг турларини хосил бўлиш сабаблари ва механизми 2. юрак маромини бошқарувини миграцияси, синус тугуни сустлиги синдроми, экстросистолия ва унинг турлариниклиник кечиши 3. юрак маромини бошқарувини миграцияси, синус тугуни сустлиги синдроми, экстрасистолияларда ЭКГ узгаришлари. 4. бўлмачаларнинг ҳилпираши ва титраши (пароксизмал тахикардия, қоринчаларнинг вақтидан аввал қўзгалиши ва унинг турларини хосил бўлиш сабаблари ва механизми 5. бўлмачаларнинг ҳилпираши ва титраши (пароксизмал тахикардия, қоринчаларнинг вақтидан аввал қўзгалиши ва унинг турлариниклиник кечиши 6. бўлмачаларнинг ҳилпираши ва титраши (пароксизмал тахикардия, қоринчаларнинг вақтидан аввал қўзгалиши ЭКГ узгаришлари. 7. Ритм бузилишларида таққосий ташхислаш. 8. Антиаритмик препаратлар уларнинг фармакодинамикаси. 9. КВП ёки ОП шароитида диспансер кузатиш и мониторинг қилиш. 10. Бирламчи, иккиламчи, учламчи профилактика тамоиллари. 11. Ритм бузилишларида таққосий ташхислаш. 12. Антиаритмик препаратлар уларнинг фармакодинамикаси. 13. КВП ёки ОП шароитида диспансер кузатиш и мониторинг қилиш. 14. Бирламчи, иккиламчи, учламчи профилактика тамойиллари.   **Талаба бажара олиши лозим.**   1. юрак маромини бошқарувини миграцияси, синус тугуни сустлиги синдроми, экстросистолия ва унинг турларида клиника ва ЭКГ натижаларига кура ташхислаш ва таққосий ташхислаш. 2. Ритм бузилишларида дори препаратларини тўғри танлаш. 3. Номедикаментоз маслаҳат шунингдек соглом турмуш тарзини таргиб қилиш. 4. ЭКГ олиш техникаси ва интерпретацияси. |
| **Ўқитиш усуллари** | Лекция, ситуацион масалалар, тестлар, демонстрация, видеокургазма, дискуссия, сухбат, мия хужуми ўйинини ўргатиш, Венн график органайзер-диаграммаси |
| **Ўқув фаолиятнинг ташкил қилишнинг шакли.** | Индивидуал иш, гурухда ишлаш, коллектив ишлаш . аудиторияда ва аудиториядан ташкари. |
| **Ўқитиш манбалари** | Ўқув кулланма, таркатма материал,графический органайзер- диаграмма Венна, ситуацион масалалар ва тестлар тўплами, ЭКГтўплами.  Телевизор, видео аппаратура, мультимедиа. |
| **Қайтаралоқа манба ва усуллари.** | Блиц-суров, тест, Ўқув топширикларини бажарганлиги презентацияси амбулатор карталарни тулдириш, амалий куникмаларни бажариш. ЭКГ олиш, ЭКГ интерпретацияси |

**Машғулот мазмуни**:

**Назарий қисм**.

Юрак аритмияси бу - меъёрий тебранишдаги (частотадаги) доимий (мунтазам) синус ритми бўлмаган, ҳ ар қандай юрак кисқариши бўлиб, шунинингдек юрак ўтказувчанлик тизимининг хар хил тармоқларига электр импульс ўтказувчанлигини бузилишидир.

Пароксизмал тахикардия - юрак ритми бузилишининг, юрак қисқариш частотаси минутига (дакикасига) 140-220 ча бўлган, юракнинг тез-тез уриш хуружлари сифатида намоён бўлади. Ҳилпировчи аритмия – юрак ритмининг бузилиши бўлиб, унда тўлиқ юрак цикли давомида, бўлмачалар алоҳида мушак толаларининг бетартиб қўзғалиши ва қисқариши (минутига 350 дан 600 гача) кузатилади ва уларнинг мувофиқлашган қисқариши бўлмайди.

Қоринчаларнинг вақтидан олдин қўзғалиш синдроми: WPW синдроми- бўлмачалар ва қоринчалар орасида ўтказувчанлик йўли борлиги билан белгиланган. CLC синдроми- қисқарган PQ интервали (оралиғи) - бўлмачалар ва Гис тутами оралиғида қўшимча йўл борлиги билан белгиланган.

Аритмияларнинг дифференциал диагностикаси – ҳилпировчи аритмиялар, пароксизмал тахикардиялар, WPW синдроми қуйидаги мезонлар бўйича ўтказилади: этиопатогенези, клиник кўриниши, ЭКГ-натижалари, даволаш принциплари асосида.

Масалан, бўлмачалардаги ҳилпираш ва титрашининг пайдо бўлиши асосида re-entry механизми ётади, МА ни келтириб чиқарувчи асосий омиллар эса - митрал тешиги стенози, тиреотоксикоз, тож (шоҳ) томирлар атеросклерози, ЮИК ҳисобланади.

WPW синдромининг пайдо бўлиш асосида эса юрак ривожланишининг аномалияси, яъни туғма қўшимча алоқа борлиги, яъни Кент тутами ётади.

Асабий ёки жисмоний зўриқиш, ҳаддан зиёд апкоголь истеъмол қилиш,чекиш пароксизмал тахикардиянинг қўзғатувчи омили бўлиши мумкин. Ушбу хуружлар миокарди оғир жароҳатланган беморларда (миокард инфаркти, гипертония касаллиги, миокардитлар, тиреотоксикоз ва бошқ.) ҳам, ВСД беморларда ҳам - қоринча усти пароксизми, тахикардияси сифатида пайдо бўлиши мумкин.

Куйидаги жадвалда СТСС, юрак мароми бошқаруви миграцияси ва экстрасистолия ларда киёсий ташхис утказиш мезонлари келтирилган.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Мезонлари** | **Синус тугуни сустлиги синдроми** | **Юрак маромини бошқарувини миграцияси** | **Экстрасистолиялар** |
|  | Синус тугуни автоматизмини тухташи ёки сустлашиши | Бўлмачалар утказувчи тизимида ёки синус тугунидан AV тугун сохасигача аста секин маром бошқарувчисини силжиши. | Юракни вактидан илгари кискариши Билан кечувчи юрак маромини бузилиши. |
| ЭКГ белгилари | Тургун синусли брадикарждия. Вакти вакти Билан эктопик учоклар пайдо бўлиши , СА Қамал. Брадикардия тахикардия синдроми. | Мааром бошқарувчисини жойлашишига кура Р тишча кутбини ва формасини узгариши. PQ (R) интервал давомийлигини узгариши .Купинча R\_R (Р-Р) интервал давомийлигини яккол узгариши. | ЭКГ да узгарган коринча комплексини навбатдан ташкари пайдо бўлиши. QRS экстрасистолик комп-лексини кенгайииш ва деформацияси. Коринча экстрасис-толияси олдида Р тишча йуклиги. ЭКС сунг тулик компен-сатор пауза бўлиши. |
| Сабаблари | Тож томирлар касалликлари, инфаркт миокарди, ревматизм, идиопатик кардиомиопатия, юрак тугма иллатлари. | Соглом ваготоник инсонлар, наперстняк препаратлари Билан захарланганда, инфекцион касалликлар, ревмокардит, юрак клапанлари иллатлари, юрак операцияси ва коронар касалликлар. | 1.Функционал: нев-роген, экстракар-диал.  2. Органик: ЮИК, ИМ, клапан иллат-лари, юрак етишмов-чилиги, митокардит, миокардиодистрофия.  3. Токсик – наперст-няк препаратлари биланг захарланган-да, адреналин , кофеен.  4. Механик: юрак операцияларида, катетеризацияда, ва юрак травмаларида. |
| Клиника | Тахи – брадиаритмия синдроми, юрак асистолияси, синус тугуни аолиятини тухташи, тусатдан пайдо буладиган синкопал холатлар | Йук, баъзида енгил аритмия | Юрак сохасида бе-зовталик , баъзида киска муддатга юрак тухтаб колишини сезиш. Кунгил айниши, бош айла-ниши, афазия, хуш-дан кетиш. Вегетатив ва невротик симптом-лар: куркув, терлаш, хаво етишмаслиги, окариб кетиш |
| Даво | Суний ритм бошқарувини урнатиш | Мухим эмас. Яккол ифодаланган  Ваготонияда атропин. | Психотерпия. В блокаторлар, асосий касалликни даволаш, НЯКП , аллопенин. |

**СВПТ ва ҚПТларининг дифференциал диагностикаси**

|  |  |
| --- | --- |
| **Пароксизмал суправентрикуляр тахикардия** | **Қоринча пароксизмал тахикардияси** |
| Соғлом одамларда ҳам учраши мумкин – функционал (70%), органик келиб чиқиши – 30% | Соғлом одамларда кузатилмайди, 90% органик келиб чиқишга эга |
| Юрак иллатлари, миокардитлар, КМП каби омиллар келтириб чиқаради | Омиллари: юрак иллатлари, миокардитлар, КМП, ЮИК, юрак инфаркти, дигиталис интоксикацияси |
| Кўпинча вегетатив бузилишлар (қалтираш (титраш), терлаш, кўнгил айнаши, сийиб қўйишлик) | Гемодинамик бузилишнинг янада яққолроқ кўринишида (АБ пасайиши,ўткир чап қоринча етишмовчилиги, коронар қон таъминланишини бузилиши) |
| Рефлектор синамалар самарали | Вагус синамаси – самарасиз, рефлектор синамаларни бажариш ман этилган |
| ЮҚС 1 дақиқада 140-250, тўғри ритм, QRSдан олдинги Р тишчасидеформацияланган, икки фазали, манфий, QRS ўзгармаган | ЮҚС 1 дақиқада 140 -220, тўғри ритм,  кенгайиши 0,12 сек кўпроқ кенгайган, Т тишча дискрдант, А-В диссоциация (Р меъёрда синус тугунидан (СТ), QRS эса эктопик ўчоқдан) |
| Даволаш вагус синамаларидан бошланади, кейин аритмияга қарши дорилардан; гуруҳ- кальций антагонистлари, бу ҳам самарасиз бўлса- лидокаин, кордарон, пропанорм | ЎЮИ да – вена ичига лидокаин юборилади, кордарон, пропанорм |

***Қоринчалар экстрасистолияси***–қоринчаларнинг вақтидан олдин қўзғалиши ва қисқариши бўлиб, миокардни гетеротроф ўчоғидаги автоматизмга асосланади. Қоринчалар экстрасистолияси механизми асосида Пуркинье толалари ва Гисс тутами шохлари постдеполяризация в эктопик ўчоқлариre-entri механизми ётади.

Қоринчалар экстрасистолиясининг ЭКГ белгилари: Р тишчасиз вақтидан олдин QRS комплексини пайдо бўлиши; QRS комплексининг кенгайиши ва деформацияси; RS-Т ва Т тишча QRS комплексга нисбатан дискордантлиги; чап қоринча экстрасистолиясида QRS комплексининг асосий тиши I ва V5-V6 тармоқларда пастга қараган, III ва V1-V2 тармоқларда юқорига қараган бўлади.

Экстрасистолиялар якка ёки жуфт-жуфт бўлиши мумкин, иккита экстрасистолия баравар келиши, ёки гурухли ва тўда-тўда келиши мумкин. Ёнма-ён 5та ва ундан кўп келган экстрасистолия экстрасистолик тахикардия хуружи хисобланади. Аллоритмик экстрасистолия хам мавжуд бўлиб, тўғри кетма-кетликда экстрасистолия галланади. Битта нормал, битта экстрасистолия галланса, бигемения типда, иккита нормал, битта экстрасистола келса - тригемения; тўртта комплексли экстрасистола - квадригимения и т.д.

Экстрасистолиялар монотоп – битта эктопик ўчоқдан чиқувчи ёки политоп – бир нечта эктопик ўчоқдан чиқувчи бўлиши мумкин. Тез-тез учрайдиган политоп ва гурухли бўлмача экстрасистолалари хилпилловчи аритмияга ёки бўлмачалар тахикардиясига сабаб бўлиши мумкин. Лаун бўйича қоринчалар экстрасистолияси таснифи:

I. Монотоп экстрасистолия 1 соатда 30тадан кам.

II. Монотоп экстрасистолия 1 соатда 30тадан кўп.

III. Политоп экстрасистолия.

IV. А-жуфт-жуфт экстрасистолия.

IV. Б- гурухли экстрасистолия.

V. эрта R-устига Тли экстрасистолия.

Эрта Қоринчалар экстрасистоласида навбатдан ташкари R тишча навбатдаги Қоринчалар комплексидагт Т тишча устига тушади. (“R устига Т” куринишидаги экстрасистолалар) ёки 0,04 сек дан камрок туради. Политоп, гурухли ва эрта Қоринчаларэкстрасистоласи беморларда миокарда яккол органик узгаришлар билан кечиб аник холатларда Қоринчалар тахикардияси хамда Қоринчалар фибрилляциясини кучайтириши ва шунинг учун тусатдан улим сабаби бўлиши мумкин. Бу УАШ дан беморни зудлик билан албатта шифохонага жунатишни талаб килади. Чап қоринча экстрасистолияси ўнг қоринчаларга қараганда огиррок кечади.

**Лаборатор-инструментал текширувлар**

- ЭКГ-**текширувлар**

**Экстрасистолияларни даволаш**

Антиаритмик препаратлар: хинидин (200 мг дан кунига 3-4м), лидокаин (100мг дан в/и.), новокаинамид (250-500мг ичишга кунига 4-марта), этмодин(100 мг дан кунига 4-6 марта) – Қоринчалар экстрасистоласида. Шунингдек пропраналол (10-40мг дан кунига 3-4 марта), верапамил (40-80 мг.дан кунига 3-4 марта)- Қоринчалар экстрасистолиясида.

**Синусли тахикардия, брадикардия, экстрасистолияларда таққосий ташхислаш.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Аритмия турлари** | **механизм** | **Этиология** | **Клиник симптомлар** | **ЭКГ куриниши** |
| **Синусли аритмия** | Юрак ўтказувчанлиги тизими турли участкаларида электрик импульс ўтказувчанлиги бузилиши | Юрак касалликлари, под вегетатив, эндокрин, электролит, метаболик ва бошка бузилишлар. Интоксикация ва баъзи дорилар таъсирида. | Юрак уриб кетиши, юрак сохасида нохушлик, пульсига ёки секин ва чукур нафасда ёшрок кишиларда ЭКГ да ёркинрок намоён булади. | R-R ораликлар давомийлигининг узгариши, ЭКГ да синусли ритм асосида 0.15 с ошишининг сакланиши. |
| **Синусли тахикардия** | Синоатриал тугун асосий бошқаруви автоматизмининг ошиши. | Жисмоний ёки рухий зурикишда. СА тугунда ишемия ёки дистрофик узгаришлар, инфекцияларда , тана харорати кутарилганда, юрак етишмовчилиги бор беморларда | Юрак уриб кетиши, юрак сохасида огирлик хисси ва огрик. | Ритм тўғри, ЧСС 100 – 160 мин, интервал P-Q нормал ёки озрок кискарган, комплекс QRS комплекси узгармаган. |
| **Синусли брадикардия** | СА- тугун автоматизми камайиши. | инфекцияларда, инфаркт миокардида, мия ичи босими ошишида | ЧСС 59дан кам 1 мин да  Юрак сохасида ёкимсиз хислар. | ЧСС 59дан кам 1 мин даРитм тўғри, P-Q интервал узайган.0.71с ваготония белгилари: сглаженный P тишча текисланган ST озрок кутарилган . T тишча кутарилиши. |
| **Экстрасистолиялар** | Эктопик учок фаоллиги оши-ши хисобига юрак-нинг бутунлай ёки алохида булимла-рининг вактидан олдин кискариши | Уткир миокард инфарк--тида, юрак сурункали ишемик касаллиги, АГ, ревматик порок, миокардит, тургун кон айланиш етишмовчилиги. | Юрак сохасида туртки кучининг ошиши. пульс тулкини ёки навбатдаги пульс тулкинининг тушиб колиши. | Вактидан олдинги Р ёки QRS хамда тулик ёки нотулик компенсатор пауза билан бирга. |

**7. Билимини, кўникмаларни бажара олиш махоратини текшириш формаси:**

**Интерфаол уйин «Ари уяси»**

Иш учун керакли анжомлар:

1. Вазифа ёзилган карточкалар
2. тоза ок когоз
3. Хаар хил рангдаги ручкалар Ручкалар (кизил, яшил, кўк)

**Ўйин ўтказиш тартиби**

1. Гурух 2 -3 талабалардан иборат кичик гурухчаларга булинади,
2. Хаар бир гурух ручка танлайди .
3. когозга уйин утказилган кун, гурух раками, уйин номи ва талабалар исми, фамилияси ёзилади.
4. Хар бир гурухчага уз вазифаси берилади.
5. Гурухчалар 10 дакика ичида вазифани мухокама киладилар ва жавобни ок когозга ёзадилар.
6. Ёзилган жавоблар бир бирларига узатилади ва вазифа тўғри бажарилганлиг бахоланади.
7. Педагог холатни назорат килиб туради.
8. Уйин тугагандан сунг жавоблар педагога берилади.
9. Педагог Билан биргаликда жавоблар тахлил этилади.

10. Ушбу ўйинда олиб борилган ишлар ўкитувчида колади.

**Ўйин ўтказиш учун саволлар:**

1. СТСС ва ритм бошқарувини миграциясин киёсий ташхислаш.

2. Бўлмача усти ва Қоринчалар экстрасистолияларини киёсий ташхиси

3.Экстрасистолияларда ва СТСС да медикаментоз даво ( сунъий ритм бошқарувига курсатмалар.

**Амалий қисм.** Талаба соглом хаёт тазини тарғиботқилиш билимларига эга бўлиши, мижозлар билан муомала қилиш, сураб суриштириш ва курик, колаверса олинган маълумотларни бахолаш, ЭКГ интерпретацияси, клиник диагнозни асослаш, текшириш, даволаш, тиббиёт хужжатларини тулдириш, маслахатлашиш, бажарилган ишларни тахлиллаш ва тиббиёт адабиётлари билан амалий ишларни олиб боришни билиши керак. Машғулот вактида аритмиянинг турли куринишларида беморларнинг клиник мухокамаси билан биргаликда дифферрециал диагностикаси ва УАШ тактикасини аниклаш утказилади.

**Вазиятга доир масалалар.**

1. Шифокор каротид синусини уқалаш ёрдамида, беморда тўсатдан бошланган юрак уриш хуружини (160 зарба/мин.) тўхтатди. Юрак уриш хуружи боғланган бўлса керак:

а) синусли тахикардия.

б) пароксизмал ҳилпировчи аритмия.

в) бўлмачаларнинг пароксизмал трепетаниеси.

**г) қоринча усти пароксизмал тахикардияси**.

д) қоринча пароксизмал тахикардияси.

1. Меъёрий ритмдаги минутига 184 тахикардияда каротид синусини уқалаш , ритмнинг минутига 80 гача камайишига олиб келди. Қайси ташҳис эҳтимолга яқин?

а) синусли тахикардия.

б) бўлмачаларнинг трепетаниеси 2:1 блок билан.

в) пароксизмал тахикардия..

**г) бўлмача пароксизмал тахикардияси**.

д) бўлмачалар ҳилпираши.

**3.** Беморда 45 зарба/мин. синусли брадикардия кузатилади, вақти-вақти билан ушбу ҳолатда пайтида ҳилпировчи аритмия хуружлари ҳам пайдо бўлади. Бемор кардиостимулятор ўрнатилишини қатъий рад этди. Қуйида санаб ўтилган қайси восита (лар)дан консерватив даволашда фойдаланиш мумкин?

а) анаприлин.

б) кордарон.

**в) беллоид**..

г) дигоксин.

д) верапамил..

**4.** Бемор 62 ёшда. 10 соат олдин ўткир инфаркт билан оғриган. Ҳозиргина бўлмачалар ҳилпираши, минутига 130 частотадаги қоринчалар ритми билан пайдо бўлди. АБ – 105/70 мм. сим. уст. Тинч ҳолатида озгина ҳарсиллаш бор. Оғриқлар йўқ. Интенсив терапия бўлимида шошилинч ёрдамни нимадан бошлаш керак?

а) электрик дефибрилляция.

б) вена ичига лидокаин.

**в) вена ичига строфантин**..

г) электрокардиостимуляция.

д) вена ичига нитроглицерин.

**Амалиёт қисми**.

Талаба соғлом турмуш тарзини тарғиб қилиш, беморлар билан суҳбат, сўроқ ва кўрик, ҳамда олинган маълумотларни баҳолаш, ЭКГ ни шарҳлаш, клиник ташҳисни асослаш,текшириш, даволаш, тиббий ҳужжатларни тўлдириш, маслаҳатлашиш, олиб борилган ишларни текшириш ва тиббий адабиётлар билан ишлаш каби амалий кўникмаларга эга бўлиши керак. Машғулотлар вақтида дифференциал диагностика асосида беморларни клиник муҳокама қилиш ва бўлмачаларнинг ҳилпираши ва трепетаниеси, пароксизмал тахикардия, қоринчаларнинг вақтидан аввал қўзғалиши **-** Вольф-Паркинсон-Уайт(WPW) кабиларда УАШ тактикасини белгилаш билан олиб борилади.

|  |
| --- |
| Бемор курацияси |
| ЭКГ |
| Холтер мониторинги |
| ЭхоКС |
| Дифференциал диагностика |
| Ташҳисни асослаб бериш |
| Даволаш |
| Маслаҳатлар |

**Билимини, куникмаларни бажара олиш махоратини текшириш формаси:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Курсаткичлар | Бажармади | Тулик бажарди | |
| Бемор курацияси | 0 | 50 % | 50 |
| ЭКГ | 0 | 20% |
| Холтер монитори | 0 | 20% |
| ЭхоКС | 0 | 10% |
| Киёсий ташхис | 0 |  | 20 |
| Ташхисни асослаш | 0 |  | 10 |
| Даволаш | 0 |  | 10 |
| Тавсиялар | 0 |  | 10 |
| Жами : | 0 |  |  |

**Назорат саволлари**:

1. «Юрак аритмияси» синдроми Билан кечадиган асосий касалликлар
2. СТСС, юрак бошқаруви миграцияси ва экстрасистолиялар - ухшаши ва фарки
3. СТСС, Юрак ритмини бошқарувини миграцияси, ва экстрасистолиялар ташхислаш мезонлари ва уларни эрта ташхислаш.
4. СТСС, Юрак ритмини бошқарувини миграцияси, ва экстрасистолиялар клиник куриниши.
5. Бўлмача усти ва коринча экстрасистолиялари киёсий ташхиси.
6. Юкорида санаб утилган аритмиялар ЭКГ картинаси.
7. СТСС, Юрак ритмини бошқарувини миграцияси, ва экстрасистолияларни даволаш.

8. УАШ тактикаси.политоп ва «эрта» экстрасистолияларда тез тиббий ёрдам курсатиш.

9.Юкорида қайд этиб утилган аритмияларнинг хавф омилларини ўхшаш ва фарқларини айтинг.

10.Юкорида санаб утилган аритмияларнинг эртароқ диагностикаси ва ташҳис қўйишнинг мезонлари.

11.Қоринча усти ва қоринчапар пароксизмал тахикардияларининг дифференциал диагностикаси.

12.Бўлмачалар ҳилпиллпши ва трепетаниесининг дифференциал диагностикаси. Айтиб ўтилган аритмияларнинг ЭКГ кўринишлари.

13.Юкорида кўрсатилган ҳолларда текширишга, маслаҳатлашишга, касалхонага ётқизишга юбориш.

14.Пароксизмал тахикардияларда шошилинч ёрдам кўрсатиш.

15.Бўлмачалар ҳилпиллаши ва трепетаниесида шошилинч ёрдам кўрсатиш.

16.WPW- синдромини хирургик йўл билан даволашга доир кўрсатмалар

**Амалий Машғулот №11**

**Аритмиялар. Синоатриал бўлмача ичи, атриовентрикуляр ва қоринча ичи блокадаларида қиёсий ташхисот. Ўтказувчанлик бузилиши билан кечадиган аритмияларда УАШ тактикаси. ЭКСга кўрсатма.**

**Ўқитиш технологияси.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ўқув вакти: 6 соат Талабалар сони 8-10** | |
| **ЎқувМашғулотининг тузилиши.** | 1. Мавзувий Ўқув хонаси. 2. ЭКГхонаси. 3. Ўқув кулланма, фантом, муляж, таркатма материаллар, сборник ситуацион вазифалар тўплами,ва тестлар. 4. Телевизор, видео аппаратура, мультимедиа |
| **ЎқувМашғулотининг мақсади:** Талабаларни алгоритм асосида ўз вактида ташхис кўйиш масалаларига, дифференциал диагностикага, оптимал (энг макбул) даволаш тактикасини танлашга юрак маромини бузилиши , Қамалларда олиб бориш тактикаларига ўргатиш. | |
| **Педагогик вазифасалар:**  1.Аритмияларни ташхислаш ва таққосий ташхислашдаги саволларни куриб чикиш:  2. Аритмияли беморларни курсатиш:юрак маромини бошқарувини миграцияси, синус тугуни сустлиги синдроми, экстросистолия  3. Ритм бузилишли беморлар клиник-лаборатор ва инструментал текши-рувлар натижаларини тахлил қилиш  4.бўлмачалараро, атриовентрикуляр, ҚоринчаларароҚамаллар касалликла-рини таққосий ташхислаш.  5. бўлмачалараро, атриовентрику-ляр, ҚоринчаларароҚамаллар касал-ликларини таққосий даволашга ўргатиш.  6. УАШ квалификацион характерис-тикаси доирасида беморни олиб бориш тактикасидаги саволларни тахлил қилиш.  7.Даволаш тамойиллари. (номедика-ментоз ва медикаментоз).  8. Олиб бориш, диспансер кузатиш ва мониторинг. | **Ўқув фаолияти натижалари:**  **Талаба билиши лозим**  ***Талаба билиши шарт:***  - бўлмачалараро, атриовентрикуляр, ҚоринчаларароҚамаллар ва унинг турлари этиопатогенезни  - Аритмияларнинг клиникаси ва таснифини  - Ташхис куйиш мезонлари  - Даволаш стандартларини  - Маслахатга йўллаш учун кўрсатмаларни  - Шифохонага ёткизиш учун кўрсатмаларни  - Реабилитация (кайта тиклаш) чора-тадбирларини  ***Талаба бажара олиши шарт:***  - бемор билан сухбат олиб бориш ва кўришни  - дастлабки ташхис кўйишни  - текширув режасини тайинлашни  - клиник, лаборатор- текширув воситалари услубларидан олинган маълумотларни шархлашни (ЭКГ, ЭхоКГ)  - киёсий ташхис ўтказишни  - клиник ташхис кўйиш ва асослашни  - кечиктириб бўлмайдиган холатларда бирламчи шифокор ёрдами кўрсатишни  - Тўғридаво тайинлашни  - беморга тавсиялар беришни |
| **Ўқитиш усуллари** | Лекция, ситуацион масалалар, тестлар, демонстрация, видеокургазма, дискуссия, сухбат, мия хужуми уйинини ўргатишиш, Венн график органайзер-диаграммаси |
| **Ўқув фаолиятнинг ташкил қилишнинг шакли.** | Индивидуал иш, гурухда ишлаш, коллектив ишлаш . аудиторияда ва аудиториядан ташкари. |
| **Ўқитиш манбалари** | Ўқув кулланма, таркатма материал,графический орга-найзер- диаграмма Венна, ситуацион масалалар ва тест-лар тўплами, ЭКГтўплами.Телевизор, видео аппаратура, мультимедиа. |
| **Қайтаралоқа манба ва усуллари.** | Блиц-суров, тест, Ўқув топширикларини бажарганлиги презентацияси амбулатор карталарни тулдириш, амалий куникмаларни бажариш. ЭКГ олиш, ЭКГ интерпретацияси |

**Назарий қисм**.

Ўтказувчанликни бузилишига юрак ўтказувчанлик тизимида толаларнинг кузгалувчанлигини пасайиши ёки шикастланиши, унинг хар хил тармокларида импульсни утишини секинлашиши ёки умуман утмаслиги (Қамал) киради. Бу утиб кетувчи ёки узок вакт сакланган синоатриал, қисман ёки тулик атриовентрикуляр , шунингдек бўлмача ва коринча, Гисс тутами оёкчалари ва Пуркинье толаларидаги Қамалларга олиб келади.Бўлмачалар ичи, атриовентрикуляр ва Қоринчалар ичи Қамалларни ташхислашда куйидаги мезонларга асосланиш зарур: электрофизиологик мех анизмлар, этиологик омиллар, клиник симптомлар ва ЭКГ куринишга

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Қамаллар тури | Электрофизиологик механизм | этиоомиллар | Клиник симптомлар | ЭКГ куриниши |
| Бўлмачалар ичи | Бўлмачалар ичида импульсни утишини бузилиши | Митрал нуксонлар, кардиомиопатии, юрак гликозидларидан интоксикацияда | Яккол намоён булмайди | Р тишча икки фазали, баъзида кенгайган, булинган. |
| Атриовентрикулр | Бўлмача ва коринча уртасидаги ўтказувчанликни бузилиши | ЮИК, миокардит,  атеросклероз, юрак гликозидларид , бета блокаторларда, хини дин интоксикацияда | Клиник куриниши Қамалга олиб келувчи асосий касалликга ва кон айланиш холати Билан аникланади. II-III боскичдаги тулик Қамалда бош мия кон айланишини бузилиши | I - боскичда – РQ интервални 0,2 сек ошиши. II – боскичда:  I тип (Мобитца) РQ интервални аста секин ошиб бориши ва баъзида QRS комплексни тушиб колиши. IIтип(Мобитца) РQ интервал доим узайганда QRS комплексни тушиб колиши. III тип - регуляр хар иккинчи QRS комплексни тушиб колиши . |
| Қоринчалар ичи | Гисс тутамининг бир шохчасининг Қамалида кузгалиш шикастлан-маган толагача тар-калади, дастлаб бир корин-чани, сунг ик-кинчини камраб ола-ди. Шикастланган шохча томонида ко-ринчаларда кузгалиши ва кискариши секинлашади | ЮИК, миокардит,атеросклероз, юрак гликозидларидан , бета блокатор-лардан, хини дин интоксикацияда. Миокарда метаболик узгаришларда | Клиникаси асосий каслликга боглик. Аускультатив: I тон булиниши  ( от дупури мароми) | Гисс тутами-нинг чап оёк-часи олдинги шохчасиГисс тутамининг чап оёкчаси орка шохчаси  Гисс тутами-нинг. Унг оёкчаси ноту-лик Қамали .Гисс тута-мининг унг оёкчаси тулик Қамали Гисс тутамининг чап оёкчаси ноту-лик Қамали. Гисс тутами-нинг чап оёк-часи тулик Қамали |

Машғулотларда фойдаланиладиган янги педагогик технологиялар:

**Интерфаол уйин «Ручка стол уртасида»**

Иш учун керакли анжомлар:

1.Алохида когозларга ёзилган саволлар

2.Тоза ок когоз, ручка

**Ўйин ўтказиш тартиби**

1.Когозга уйин утказилган кун, гурух раками, уйин номи ва талабалар исми, фамилияси ёзилади.

2. Бир иштирокчи савол танлайди

1. Хаар бир иштирокчи навбати Билан биттадан жавоб ёзиб, ручкани стол уртасида колдиради ва когозни кейингги иштирокчига узатади.
2. Педагог холатни назорат килиб туради.
3. Уйин тугагандан сунг жавоблар педагога берилади.
4. Педагог Билан биргаликда жавоблар тахлил этилади.
5. Ушбу ўйинда олиб борилган ишлар ўкитувчида колади.

**Ўйин ўтказиш учун саволлар**:

1. Атриовентрикуляр ўтказувчанликга таъсир этувчи дори воситалари.

2. Атриовентрикуляр Қамал II боскичини даволаш

3.Сунъий ритм бошқарувчиси урнатилишига курсатма

4.Моргань- Адамса-Стокса синдромида тез тиббий ёрдам

5. Гисс тутами унг оёкчаси Қамали ЭКГ белгилари

6.Гисс тутами чап оёкчаси Қамали ЭКГ белгилари

7.Фредерик синдроми нима?

8.ҚоринчаларҚамалларга олиб келадиган энг куп учрайдиган сабаблар

**Тахлил қисми.**

**Вазиятли масалалар:**

**1**. Бемор 55 ёш,интенсив терапия блокига чап коринча олдинги трансмурал уткир миокардини инфаркти типик клиник ва ЭКГ куринишлари билан тушган. Қоринчалар кискариш сони минутига 40 та ва тулик АV Қамал билан асоратланган.Бундай холатларда энг самарали даво:

А) адреномиметиклар

Б) атропин

В) лазикс

Г)эуфиллин

**Д) эндокардиал электродни урнатиш ва вактинчалик кардиостимуляция утказиш**

2.50 ёшли бемор утказилган трансмурал инфарктдан сунг ЭКГ да Гисс тутами чап оёкчасининг Қамали ва I даражали атриовентрикуляр Қамал, бир нечта циклларда вакти вакти Билан II даражали Қамал( Мобитц I типдаги бузилиши) кузатилган. Куйидаги клиник симптом сунъий ритм бошқарувчисини урнатиш зарурлигини маъкуллайди.

1. физик юкламада сезиларли хансираш

**2.Киска вакт ичида хушни йукотиш**

3.хар 50 м утгандан сунг стенокардия хуружлар

4.хамма санаб утилган симптомлар

5.санаб утилганларнинг хеч бири

3. Iдаражали AVҚамалда ЭКГ картинани аникланг:

1. Бўлмачалар ва Қоринчалар мароми тўғри, ЮКС минутига 25=40 та.

**2.PQ интервалини аста секин узайиб бориши, сунг Р тишча бор, QRS комплекс тушиб колади**.

3.- PQ 0,20 с ортик, PQ= PQ, QRS тушиб колмайди.

4. PQ интервал бир хил, Р тишча даврлийлиги бор, ,QRS тушиб колади

5.Хар 2 ва 3 QRS комплексни тушиб колиши.

**Амалий қисм.** Талаба соглом хаёт тазини тарғиботқилиш билимларига эга бўлиши, мижозлар билан муомала қилиш, сураб суриштириш ва курик, колаверса олинган маълумотларни бахолаш, ЭКГ интерпретацияси, клиник диагнозни асослаш, текшириш, даволаш, тиббиёт хужжатларини тулдириш, маслахатлашиш, бажарилган ишларни тахлиллаш ва тиббиёт адабиётлари билан амалий ишларни олиб боришни билиши керак. Машғулот вактида аритмиянинг турли куринишларида беморларнинг клиник мухокамаси билан биргаликда дифферрециал диагностикаси ва УАШ тактикасини аниклаш утказилади.

|  |
| --- |
| Бемор курацияси |
| ЭКГ |
| Холтеров мониторинги |
| ЭхоКС |
| Дифференциал диагностика |
| Ташхисни асослаш |
| Даволаш |
| Тавсиялар |

**7. Билимини, куникмаларни бажара олиш махоратини текшириш формаси:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Курсаткичлар | Бажармади | Тулик бажарди | |
| Бемор курацияси | 0 | 50 % | 50 |
| ЭКГ | 0 | 20% |
| Холтер монитори | 0 | 20% |
| ЭхоКС | 0 | 10% |
| Киёсий ташхис | 0 |  | 20 |
| Ташхисни асослаш | 0 |  | 10 |
| Даволаш | 0 |  | 10 |
| Тавсиялар | 0 |  | 10 |
| Жами : | 0 |  |  |

**Назорат саволлари**:

1. Юрак ўтказувчанликни бузилиши синдроми Билан кечадиган асосий касалликлар.

2.бўлмачалараро, Қоринчалараро ва атриовентрикуляр ўтказувчанликга таъсир этувчи препаратлар.

3., юкорида санаб утилганлар ритм бузилишларни ташхислаш мезонлари ва уларни эрта ташхислаш.

4. бўлмачалараро, Қоринчалараро ва атриовентрикуляр ўтказувчанлик бузилиши Қамалларни клиник кўриниши.

5.киёсий ташхиси.

6.Юкорида санаб утилган аритмиялар ЭКГ картинаси:бўлмачалараро, қоринчалараро ва атриовентрикуляр ўтказувчанлик бузилиши. УАШ тактикаси.

9. Морганьи – Адамса-Стокса синдромида тез тиббий ёрдам курсатиш.

10. Юқори даражадаги Қамалларда сунъий ритм бошқаруви имплантациясига кўрсатмалар.

**Амалий машгулот № 12**

**Артериал гипертензия синдроми. Гипертония касаллиги ва буйрак билан боғлиқ артериал гипертензияларнинг қиёсий ташхисоти. Буйрак касалликлари билан боғлиқ артериал гипертензияларнинг шакллари (паренхиматоз, реноваскуляр). Гипертония касаллигида гипотензив терапияни танлаш. Симптоматик АГда асосий касалликни хисобга олган холда гипотензив терапияни танлаш.**

**Ўқитиш технологияси**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ўқув вақти: 4соат** | |
| **Ўқув машғулотининг тузилиши** | 1. Стационар, кардиология, терапия бўлимлари. 2. Ўқув хонаси. 3. ЭКГ хонаси 4. Ўқув қўлланмалар, тарқатма материаллар, вазиятли масалалар ва тестлар тўплами 5. Компьютер, мультимедиа |
| **Ўқув машғулот мақсади:**  Талабаларга гипертония касаллиги ва нефроген артериал гипертензияларнинг қиёсий ташхисини ўтказиш асосларини, замонавий ташхислаш ва даволаш алгоритмини ургатиш, ГК билан буйрак АГ киёсий ташхиси, беморга ёндашиш ва оптимал даво тактикасини танлаш. | |
| **Педагогик вазифалар:**   1. Артериал гипертензиянинг таснифи, САГ ҳар хил турларини кўриб чиқиш 2. Гипертоник касалликгини ташхислаш саволларини кўриб чиқишни 3. Нефроген АГ ташхислаш саволларини кўриб чиқишни 4. АГ да индивидуал давони ва умумий амалиёт врачи тактикасини тахлил қилиш 5. Артериал гипертензияли беморларни кўрсатиш | **Ўқув фаолияти натижаси:**  **Талаба билиши керак:**  1.Артериал гипертония пайдо бўлиш механизми.  2.Гипертензион синдром клиник белгилари.  3. 3. Гипертония касаллиги ва нефроген АГ таққосий ташхислаш.  4.Гипертония касаллигива нефроген АГ си бор беморларни шифохонага кўрсатма.  5.Гипертония касаллигива нефроген АГ даволашда дори воситалари.  6.Нефроген АГбор беморларга хирургик давога кўрсатмалар.  7.Гипертония касаллигива нефроген АГ си бор беморларни диспансеризацияси.  8. Гипертония касаллигива нефроген АГ профилактикаси.  **Талаба бажара олиши керак:**   1. Гипертония касаллигива нефроген АГ си бор беморлар шикояти ва анамнезини тахлил қила олиши. 2. Хар хил вариантли артериал гипертензия шунингдек Гипертония касаллигива нефроген АГ нибемор шикоятлари, анамнези ва клиник белгиларига кўра қиёсий ташхислаш ва ташхис қўйиш. 3. Артериал гипертензия билан кечувчи, шунингдек гипертония касаллиги ва нефроген АГ касаллигида медикаментоз давони тўғри танлаш. 4. Гипертония касаллигива нефроген АГ да тўғри тактикани танлаш. |
| **Ўқитиш усуллари** | Кичик гурухлар билан клиник вазиятларни хал қилиш, презентация, суҳбат, вазиятли масалалар ва тестларни ечиш. |
| **Ўқув фаолиятини ташкиллаштириш шакллари** | Индивидуал ишлаш, кичик гуруҳларда, коллективлиишлаш. |
| **Ўқитиш манбалари** | Тарқатма ўқув материаллари, визуал материаллар, жадваллар, ўқув қўлланмалар, ўқув материаллар, презентация. Беморлар ЭКГ си. |
| **Қайта алоқа усуллари ва манбалари** | Блиц-сўровлар, тест ўтказиш, вазиятли масалаларни ечиш. |

1. Назарий кисм.

АГ турли касалликлар хавфини оширади ва нишон органларни зарарлайди : юрак, буйрак, куз, томирлар ва бош мия.

AГ да улим сабаби: инсульт- 45%, юрак етишмовчилиги- 35%, СБЕ -35%, бошка сабаблар-17%.АГ кузатиладиган буйракнинг куп учрайдиган паренхиматоз касалликлари: cурункали гломерулонефрит, пиелонефрит, шунингдек: буйрак ўсмалари, буйрак амилоидози, поликистозида САГ кузатилади. Вазоренал гипертензия купинча ёмон сифатли кечади. Куйида буйракка боглик САГ ва гипертония касалликларини киёслаш ташхиси келтирилган.

**Киёсий ташхислаш жадвали**.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Мезонлар.** | **Ренопаренхиматоз АГ** | **Вазоренал гипертезия.** | **Гипертония касаллиги.** |
| Ёши | Купинча ёшларда | Купинча 20-30 ёшда. | 40-юкори эркакларда  50-юкори аёлларда. |
| Жинси. | Куп. аёлларда | Куп. Эркакларда |
| Этиологияси. | Гломерулонефрит,  Диабетик нефропатия,  Пиелонефрит. | Носпецифик аорто-артериит, мушакнинг-фиброз дисплазияси тромбоз ва эмболияси. Буйрак томирлар стенози: туғма, склеротик. | Идиопатик |
| АГ патогенези ва хусусиятлари. | Гиперренинемия,  Калликреин-кинин системаси активли-гининг сусайиши. АГ касаллик окибатида келиб чикади ва ремиссия даврида АКБ нормаллашади. | Буйрак ишемияси, ЮГА гиперплазияси, Ренин гиперпродукцияси, Хавфли АГ, турғун. | Наслий омил, марказий ва вегетатив нерв регуляциясининг бузилиши |
| Шиоятлари: | Шиш, сийдик ажра-лишининг бузилиши, белдаги огрик, пешоб ранги ва тиниклигининг узгариши, суткалик диурез узгариши, тана харорати кутарилиши мумкин. | Доимий бош оғриғи, бош айланиши, кўриш ўткирлигининг пасайиши, юрак сохасида огрик, юрак уриб кетиши. | Бош айланиши, огриги. Юрак уриб кетиши. Баъзан клиник симптомларсиз АҚБ ошиши кузатилади. |
| Объектив | “Нефритик” юз, анасарка, нам тери, брадикардия. | Пульсация ва буйрак усти артериясида яккол систолик шовқин. | Юз гиперемияси, тана вазнининг ошиши, ЧҚГ |
| Лаборатор-инструментал ўзгаришлар | Кўрув нерви диски-нинг димланиши, протеинурия, лейко-цитурия ва/ёки эрит-роцитурия, УТТда буйрак паренхемаси зарарланиш белгилари. | Ренин-альдостерон микдорининг ошиши.  Артериографияда art. Renalis кириш кисми ривожланиш анома-лиялари ва/ёки торайи-ши. Урографияда- буй-ракда контраст харакатининг тутилиши. | Куз туби гипертоник ангиопатияси. Махсус лаборатор узгаришлар йук (нишон аъзоларнинг зарарланишига қараб ўзгаришлар ривожланади) |

**6.2. Аналитик кисм.**

Вазиятли масала №1.

Бемор М, 28 ёш, шикоятлари бош оғриғи, белдаги огриққа.Ўнгда купрок, сийдиги хиралашган, эрталаб юз шишишига; Тахминий ташхиз? Текширув ва даволаш режаси?

А) сур.гломерулонфрит гипертоник формаси.

В) вазоренал АГ

С) ГК

Д) буйрак туберкулёзи

**Е) сур. Пиелонефрит, унг томонлама актив яллигланиш боскичи.**

Текширувлар

**А) сийдик анализи- умумий ва Нечипоренко.**

В) буйрак УТТ

С) сийдик бак. текшируви.

Д) экскретор урография.

Даволаш:

А) ГКС+ НЯКВ

В) Са антагонистлари, хирургик даво

С) β- блакаторлар, сийдик хайдовчилар

Д) рифампицин, ПАСК

**Е) Ципрофлоксацин, 5-НОК**

Вазиятли масала №2

Бемор К, 16 ёш, тана хароратининг кутарилиши( субфебрил), юздаги шиш, белдаги утиб кетмайдигак огрик, пешоб рангининг “ гушт ювиндиси”, бош оғриғи безовта килади. Тахминий ташхис? Керакли текширувлар? Даволаш режаси, УАШ тактикаси.

Жавоб:**Сур. Гломерулонефрит**

УҚА, УСА, Нечипоренко бўйича сийдик анализи, креатинин, мочевина, оқсил, буйрак УТТ, Реберг синамаси

Пархез, антибиотиклар, ГКС, НЯКВ, антиагрегантлар, антикоагулянтлар

Вазиятли масала №3

Бемор Р, 30 ёш, шикоятлари бош оғриғи, кулокда шовкин, бош айланишига. 18 ёшида тиббий курикда АҚБ 180/120 мм.сим.уст булганлигини айтган.

Кўрикда корин ўнг эпигастрал сохасида пульсация, шу ерда систолик шовкин аникланади. Тахминий ташхис? ? Керакли текширувлар? Даволаш режаси, УАШ тактикаси.

Жавоб: **Вазоренал АГ**

Артериография, конда ренин микдорини аниклаш

Ангиохирург маслахати, жаррохлик даво.

Вазиятли масала №4

Бемор Н, 40 ёш, шикоятлари бош оғриғи, танасида шишга, АКБ ни 200-220 мм.сим.уст ошишига, юрак уриб кетишига. Болалигида бронхоэктаз билан касалланган. Юрак уриши, АКБ ошиши, тана шиши 6 йилдан бери безовта килади.

Объектив: бемор териси окиш, юмшок шишлар, анасарка.Юрак тонлари бўғик, аортада 2- тон акценти Сийдик анализи\_хира ,оксил 3.5% лейкоцитлар 7-8\1 , эритроцитлар 4-5\1

Тахминий ташхис? Керакли текширувлар? Даволаш режаси, УАШ тактикаси.

Жавоб: **Иккиламчи буйрак амилоидози, нефротик боскич**

Милкдан ва тугри ичак шиллик каватидан биопсия

Симптоматик терапия, бронхоэктаз касаллиги кузишидан огохлантириш.

**6.3.Амалий кисм .**

Талаба куйидаги кўникмаларни билиши керак:

1. Соғлом хаёт тарзига йўналтириш.
2. Беморлар билан сухбат.
3. Сухбат, курик ва маълумотларни бахолаш.
4. Клиник ташхисни асослаш, текширув ва даволаш.
5. Тиббий хужжатни тулдириш.
6. Маслахат бериш.
7. Адабиётлар билан ишлаш.

Машғулот вактида артериал гипертензия синдромида киёсий ташхис утказиш, УАШ тактикасини танлаш керак.

|  |
| --- |
| Бемор курацияси |
| Кон ум.анализи |
| Сийдик ум.анализи |
| Кондаги Холестерин |
| Кон ва сийдикда канд микдори |
| ЭКГ |
| ЭхоКС |
| Окулист маслахати |
| Киёсий ташхис |
| Ташхисни асослаш |
| Даво режасини танлаш |
| Маслахат |

**Билимни, куникмаларни, назорат этиш формаси**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Курсаткичлар | Бажармади | Тулик бажарди |
| Бемор курацияси | 0 | 30 % |
| ЭКГ | 0 | 10% |
| Офтальмоскопия | 0 | 10% |
| Киёсий ташхис | 0 | 20 |
| Ташхисни асослаш | 0 | 10 |
| Даволаш | 0 | 10 |
| Тавсиялар | 0 | 10 |
| Жами : | 0 |  |

**Назорат саволлари:**

1.Буйрак кандай энг куп учрайдиган касалликлари АГ Билан кечади?

2.Буйрак паренхиматоз касалликларида АГ патогенези?

3.Буйрак реноваскуляр касалликларида АГ патогенези?

4.Буйрак касалликлари хавф омилларини сананг

5.Сурункали гломерулонефрит ташхиси мезонлари?

6. АГ Билан кечадиган буйрак касалликларида пешоб даги узгаришлар

7.Буйрак АГ даво алгоритми

8.Буйрак АГ госпитализацияга, консультацияга ва жаррохлик давога курсатма.

**Амалий машгулот № 13**

**Артериал гипертензия синдроми. Гипертония касаллиги ва эндокрин АГ ни дифференциал диагностикаси. Эндокрин АГ турлари (феохромоцитома, Конн синдроми, Иценго Кушинг синдроми, тиреотоксикоз). Гипертония касаллигида гипотензив терапияни танлаш. Симптоматик АГда асосий касалликни хисобга олган холда гипотензив терапияни танлаш. Гипертоник кризларда УАШ тактикаси. Хирургик давога кўрсатма.**

**Ўқитиш технологияси**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ўқув вақти: 6 соат** | |
| **Ўқув машғулотининг тузилиши** | 1. Стационар. 2. Ўқув хонаси. 3. ЭКГ хонаси 4. Ўқув қўлланмалар, тарқатма материаллар, вазиятли масалалр ва тестлар тўплами 5. Компьютер, мультимедиа |
| **Ўқув машғулот мақсади:**  Талабаларга эрта ташхислаш алгаритмини ургатиш, ГК билан эндокрин АГ киёсий ташхиси, беморга ёндашиш ва оптимал даво тактикасини танлаш. | |
| **Педагогик вазифалар:**  Талабаларга алгоритмга асосланган холда эрта ташхислаш ургатиш, ГК билан эндокрин АГ киёсий ташхиси, эрта ташхислаш , беморларни олиб бориш ва даво тактикасини танлаш. | ***Талаба билиши керак:***  **- А**ртериал гипертензия билан кечувчи эндокрин тизимидаги касалликлар этиопатогенезини.  - эндокрин касалликлар хавф омилларини.  -АГ билан кечувчи эндокрин касалликлари ташхис мезонларини.  - АГ билан кечувчи эндокрин касалликларини стандарт давосини.  - Стационарга ва мутахасис маслахатига йулланма учун курсатмаларни.  -АГ Билан кечувчи эндокрин касалликларини реабилитация тадбирларини.  ***Талаба бажара олиши керак:***  **-**Орган ва системалар буйича малакавий суров ва курикни.  - Тахминий ташхис куйишни.  - Текширув режасини буюриш.  - Лаборатор ва инструментал текширувларни тахлил этиш (буйрак усти бези, калконсимон без, ошкозон ости бези ультратовуш текширувлар, калла суягини рентгенографияси, эндокрин безларни сканирлаш, КТ)  -Эндокрин касалликлари Билан кечувчи АГ ва ГК –ни киёсий ташхислаш.  -Клиник ташхисни куйиш ва асослаш.  -Шошилинч холатда биринчи тиббий ёрдам курсатиш.  -Мос келувчи терапия буюриш.  -Беморга тавсия бериш (пархез ва кувватловчи даво хакида) |
| **Ўқитиш усуллари** | Презентация, демонстрация, дискуссия, суҳбат, вазиятли масалалар ва тестларни ечиш усуллари. |
| **Ўқув фаолиятини ташкиллаштириш шакллари** | Индивидуал ишлаш, кичик гуруҳларда, коллективли ишлаш. |
| **Ўқитиш манбалари** | Тарқатма ўқув материаллари, визуал материаллар, ўқув қўлланмалар, ўқув материаллар, Беморлар ЭКГ си. |
| **Қайта алоқа усуллари ва манбалари** | Блиц-сўровлар, тестдан ўтказиш, ўқув топшириқларни бажарилган натижаларини презентацияси, амалаий кўникмаларни «профессионал даражада» бажарилиши. |

**1.Утказиш жойи, жихозланиши.**

1-сон Ички касалликлар кафедраси.

- укув хона, умумий терапия, кардиология ва эндокринология булимларида.

-Курсатма куроллари: касаллик тарихи, слайд, таркатма куроллари: ЭКГ, текширув тахлиллари, вазиятли масалалар, тестлар.

-янги информацион технологиялар- электрон презентация ва баннерлар.

1. Назарий кисм.

Качонки артериал гипертензияни келтирибчиқарувчи сабаби булса симптоматик АГ, этиологияси номаълум сурункали касаллик бўлса гипертония касаллиги деб аталади.

Эндокрин касалликларида симптоматик АГ ривожланишини патогенезида айрим гормонларни куп микдорда ажралиб чикиши , альдестрон, минералокортикоидлар, катехоламинлар, СТГ, АКТГ ва глюкокортикоидларни куп микдорда ажралиб чикиши ётади..

**Киёсий ташхислаш жадвали**.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Мезонлари** | **Феохромацитома** | **Конн синдроми** | **Тиреотоксикоз** | **Иценко- Кушинг синдромива касаллиги** |
| Этиология | Буйрак усти бези мия кисмининг ёки буйракдан ташкари хромафин тукималари гиперплазияси | Буйрак усти бези пустлок кисмининг усмаси | Диффуз токсик бук**о**к | Гипофиз ва буйрак усти бези усмалари |
| АГ ни патогенезини узига хослиги | Катехоламинлар гиперпродукцияси, юрак чикариш фракциясини ва периферик томирлар каршилигини ошиши. Асосан пароксизмлар билан кечиши, систолик ва диастолик АКБ ошиши | Альдестрон ор-тикча ишлаб чика-рилиши, натриц ва сувни реабсорб-циясини ортиши, калий экстракистолияси, гипокалие-мия, ОЦК ва АКБ ошиши 220-260\120-140 мм.смб.уст. АКБ доимий, криз-ларсиз кечади. | Тиреод гор-монлар ги-перпродук-цияси, ирсий мойиллик, Т –лимфоцитлар тизимида дисбаланс. Кон айлани-шини гипер-динамик типии, систолик ва диастолик АКБ ошиши. | АКТГ ошиб кетиши, глюкокортикостероидлар , гиперпродукцияси, гипернатриемия, АКБ 150-240\110-160 мм.смб.уст. АГ доимий. |
| Паспорт кисми | 20-40 ёш | Купинча аёллар 20-50 ёшда | Купинча аёллар 20-50 ёшда | Купинча аёллар 20-50 ёшда |
| Шикоятлари | Бош огриги, терлаш, хансираш, юрак уриб кетиши, коринда огрик, кунгил айниши, кайт килиш, холсизлик, тез чарчаш | Бош огриги, кескин чарчоклик, мускулларда огрик, мускуллар тортишиши, куп чанкаш, полиурия, полидипсия, парестезия, хансираш, юрак уриб кетиши. | Юрак уриб ке-тиши, аритмия, жиззакилик, куп терлаш, тремор, озиб кетиш, хан-сираш, диарея, импотенция, дисменорея, фо-тофобия, куздан ёш окиши. | Семизлик, мускуллар бушашиши, соч тукилиши, дисменорея, уйкусизлик. |
| Объектив | Тери копламлари нам, тахикардия, аритмия. Юрак чукки туркиси кучли, куз корачиклари кенгайган, тери копламлари мармар рангда, ТВИ пасайган | Юрак чегаралари кенгайган, тонлари бугик, систолик шовкин, тахикардия,параличлар , парезлар | Эмоционал лабиль, калконсимон без катталашгани, териси иссик, кизарган, нам. ТВИ пасайган, экзофтальм, тахикардия, тахипное, юрак чегаралари кенгайган, остеопороз. | «Климактрик букурлик» ойсимон юз, териси мармар тусда, юзи тук кизил рангда, корнида, сонида кенг стриялар, остеопороз, Сийдик тош касалликлари. |
| Лаборатор инструментал курсаткичлар | УКА – лейкоцитоз, эозинофилия, эритроцитоз, эритроцитлар чукиш тезлиги тезлашган, Умумий пешоб анализида, протеинурия, баъзида глюкозурия, Биохимия—конда ва пешобда катехоламинлар микдори ошган. ЭКГ – РQ интервал кискарган, ГЛЖ, экстрасистолия, хилпилловчи аритмия | Умумий пешоб анализида – гиперизостенурия, протеинурия, Биохимия- гипернатриемия, гипокалиемия, ЭКГ QT узайган, Т тишча манфий, S-T изолиниядан пастда,альдестрон микдори ошган ва ренин микдори камайган.  Ультратовуш ва КТ – буйрак усти бези аденомаси. | УКА – лимфоцитоз, нормохромная анемия,  Биохимия-снижение холестрина, альбумина, билурибин, АЛТ глюкоза ошган,  ИИ- иммуноглобулинлар пасайган.  Ультратовуш –  Калконсимон без катталашиши ва эхогенлиги нотекис.  ЭКГ – Р ва Т вольтажлари баланд, тиреод гормонлар микдори ошган. | УКА –Нь , эритроцитлар, лейкоцитлар ошган.  Лимфрпения. ЭЧТ тезлашган Умумий пешоб анализида, ишкорий мухит, глюкозурия, про-теинурия, лейкоци-турия. Биохимия – К микдори пасайган, натрий ва кальций ошган, ишкорий фосфатаза, АЛТ, триглициридлар, ПТИ, оксиллар, фаоллиги ошган, ЭКГ – чап коринча гипертро-фияси. Ультратовуш –  буйрак усти бези катталашган, сурун-кали пиелонефрит, рентген – турк эгари остеопорози. |

**Машгулотда кулланиладиган янги педагогик технологиялар**:

«Галерея бўйича тур» конкурси. Ишга зарур предметлар : -талабалар учун вазифа, - оқ когоз, ручкалар, Кичик гурухларга хаммасига битта муаммо тавсия этилади. Хар гурух 10 минут ичида уз мухокамаларини ёзадилар ва бошка гурух мухокамалари ёзилган коғозлари Билан алмашадилар. Гурухлар бир бирларининг жавобларини бахолайдилар , агар жавоблар нотулик булса, уз вариантларини тавсия этадилар.

Уйин охирида хамма катнашчилар вазифани мухокама киладилар ва энг юкори балл олган ва тугри жавоблар танлаб олинади.

**Вазифалар:**

1.Конн синдромини ташхислаш

2.Феохромацитомада АГ кечишини узига хослиги.

3.Иценго – Кушинг синдроми ташхислаш мезонлари.

**6.2. Аналитик кисм**.

**Вазиятли масала**,

Бемор М. 48 ёшда, шикоятлари интенсив бош оғриши, чарчоклик, вакти вакти Билан эрталаблари юзларида шишлар, АКБ ошиши. Охирги 6 йил ичида АКБ тургун ошади 180-170\130-120 мм.смб.уст.гача, юкори кон босими фонида икки маротаба гипертоник кризлар булиб утган. Бемор хушини йукотган, вакти вакти Билан оёкларида увишиш кузатилади. Турли гипотензив дори воситалари Билан даволаш яхши самара бермаган. Биохимик текширувларда – яққол гипокалиемия (2,3-2,5 ммль\л). ЭКГ да чап коринча гипертрофияси ва Умумий пешоб тахлилида – гипоизостенурия. Тахминий ташхис? Тавсия этилган текширувлар?

Даволаш режаси, УАШ тактикаси.

Жавоб: Бирламчи альдестронизм (Конн синдроми)

Буйрак усти бези ультратовуш, сканерлаш, КТ текширувлар, қон зардобида альдостерон.

Верошпирон, хирургик даво

**Вазиятли масала.2.**

Бемор 35 ёшда. Хавфли кечадиган АГ сабабли стационарга ёткизилган. Бош оғриши, бош айланиши, кўнгил айниши, қусиш, кўришни кескин пасайиши, куп терлаш, чанкаш озиб кетиш,юрак уриб кетиши, юрак сохасида санчувчи огриклар безовта килган. Анамнезида охирги 10 йил ичида турғун АГ. Энг паст АҚБ 170\120 мм.смб.уст. Охирги 3 йил ичида тез-тез гипертоник кризлар кузатилади. АКБ 220\120- мм.смб .уст.гача ошади. Кучли бош огриши, юрак уриб кетиши билан кечади. Бемор охирги йиллари 10 кг га озган, куриши кескин пасайган. Умумий ахволи урта огирликда, бушашган, гиподинамия, иштахаси пасайган, турғун тахикардия. Окулист консультацияси – оғир ангиоретинопатия. ЭКГ да чап коринча гипертрофияси, синусли тахикардия. Юрак чегаралари чапга силжиган.

Тахминий ташхис? Тавсия этилган текширувлар? Даво режаси,УАШ тактикаси.

Жавоб: Феохромацитома.

Буйрак усти бези ультратовуш, сканерлаш, КТ текширувлар, қон ва сийдикда катехоламинлар, уларнинг метаболитини аниқлаш.

Альфа адреноблокаторлар, жаррохлик даво, химиотерапия.

**Вазиятли масала.3.**

Бемор 28 ёшда, шикоятлари куп чанкаш, тана вазнини ортиши, куп терлаш,хайз циклини бузилиши.

Объектив: Беморда юкори тана вазни юзи ойсимон, АКБ 190\110 мм.смб.уст. корнида стриялар. Юрак чегаралари чапга силжиган, тонлари аник, чўккида систолик шовкин.

Тахминий ташхис? Тавсия этилган текширувлар? Даво режаси,УАШ тактикаси.

Жавоб: Иценко-Кушинго касаллиги.

«Турк эгари» рентгенографияси, МРТ. Пешобни 17 –КС ва 17 –ОКС текшириш.

Жавоб: Жаррохлик даво, нур терапияси.

**6.3. Амалий кисм.**

Талаба куйидаги куникмаларни билиши зарур: Соглом турмуш тарзини олиб таргибот килиш.

Беморлар билан мулоқот қилишни. Суров, курик, олинган натижаларни тахлил килиш. Клиник ташхисни асослаш, текширувлар ва даволаш. Тиббий хужжатларни тулдириш. Консультация, бажарилган ишлар буйича аудит.

Адабиётлар Билан ишлаш.

|  |  |
| --- | --- |
| Бемор курацияси |  |
| Умумий кон анализи |  |
| Умумий сийдик анализи |  |
| Конда холестрин микдори |  |
| Конда ва сийдикда канд |  |
| ЭКГ |  |
| ЭхоКС |  |
| Ангиография |  |
| Окулист консультацияси |  |
| Киёсий ташхис |  |
| Ташхисни асослаш |  |
| Даволаш режасини буюриш |  |
| Тавсиялар |  |

**Билимни, куникма ва бажара олишни назорат этиш формаси**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Бажармади | Тулик бажарди |
| Бемор курацияси | 0  0 | 50%  6%  6%  7:%  7%  7% 50  6%  6%  5%  6%  6% 20 |
| Умумий кон анализи |
| Умумий сийдик анализи |
| Конда холестрин микдори |
| Конда ва сийдикда канд |
| ЭКГ |
| ЭхоКС |
| Ангиография |
| Окулист консультацияси |
| Ташхисни асослаш |
| киёсий ташхис | 0 | 10 |
| Даволаш режасини буюриш | 0 | 10 |
| Тавсиялар | 0 | 10 |
| Жами | 0 | 100 |

**10. Назорат этувчи саволлар:**

1. Конн синдромида АГ патогенези. Феохромацитомада АГ патогенези. Тиреотоксикозда АГ патогенези. Иценко-Кушинга синдром и ва касаллигида АГ патогенези
2. Конн синдромида гипокалиемияни клиник куриниши
3. ЭКГ да гипокалиемия белгилари
4. Бирламчи гиперальдестронизмни ташхислаш мезонлари.
5. Тиреотоксикоз ташхиси мезонлари
6. Феохромацитомада тавсия этилган текширувлар
7. Иценко-Кушинга синдром и ва касаллигини клиник куриниши Иценко-Кушинга синдром и ва касаллигига шубха килинганда тавсия этиладиган текширувлар

**Амалий машгулот № 14**

**Артериал гипертензия. Гипертония касаллиги, гемодинамик ва церебрал АГ (бош мия травмалари, вертебробазилляр синдром, энцефалит, мия ўсмаси), склеротик АГ ни дифференциал диагностикаси. Гипертония касаллигида гипотензив терапияни танлаш. Симптоматик АГда асосий касалликни хисобга олган холда гипотензив терапияни танлаш. Гипертоник кризларда УАШ тактикаси. Хирургик давога кўрсатма.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ўқув вақти: 6 соат** | |
| **Ўқув машғулотининг тузилиши** | 1. Стационар. 2. Ўқув хонаси. 3. ЭКГ хонаси 4. Ўқув қўлланмалар, тарқатма материаллар, вазиятли масалалр ва тестлар тўплами 5. Компьютер, мультимедиа |
| **Ўқув машғулот мақсади:**  Талабаларга эрта ташхислаш алгаритмини ургатиш, ГК билан гемодинамик ва церебрал АГ киёсий ташхиси, беморга ёндашиш ва оптимал даво тактикасини танлаш. | |
| **Педагогик вазифалар:**  Талабаларга алгоритмга асосланган холда эрта ташхислаш ургатиш, ГК билан эндокрин АГ киёсий ташхиси, эрта ташхислаш , беморларни олиб бориш ва даво тактикасини танлаш. | ***Талаба билиши керак:***  **- А**ртериал гипертензия билан кечувчи гемодинамик ва церебрал САГ этиопатогенезини.  - гемодинамик ва церебрал касалликлар хавф омилларини.  - гемодинамик ва церебрал САГ ташхис мезонларини.  - гемодинамик ва церебрал САГ стандарт давосини.  - Стационарга ва мутахасис маслахатига йулланма учун курсатмаларни.  - гемодинамик ва церебрал САГ реабилитация тадбирларини.  ***Талаба бажара олиши керак:***  **-**Орган ва системалар буйича малакавий суров ва курикни.  - Тахминий ташхис куйишни.  - Текширув режасини буюриш.  - Лаборатор ва инструментал текширувларни тахлил этиш ( калла суягини рентгенографияси, МРТ, КТ, ЭхоКС, МСКТ)  - гемодинамик ва церебрал АГ ва ГК –ни киёсий ташхислаш.  -Клиник ташхисни куйиш ва асослаш.  -Шошилинч холатда биринчи тиббий ёрдам курсатиш.  -Мос келувчи терапия буюриш.  -Беморга тавсия бериш (пархез ва кувватловчи даво хакида) |
| **Ўқитиш усуллари** | демонстрация, презентация, суҳбат, вазиятли масалалар ва тестларни ечиш усуллари. |
| **Ўқув фаолиятини ташкиллаштириш шакллари** | Индивидуал ишлаш, кичик гуруҳларда, коллективлиишлаш. |
| **Ўқитиш манбалари** | Тарқатма ўқув материаллари, визуал материаллар, видеофильмлар, ўқув қўлланмалар, ўқув материаллар, Беморлар ЭКГ си. |
| **Қайта алоқа усуллари ва манбалари** | Блиц-сўровлар, тестдан ўтказиш, ўқув топшириқларни бажарилган натижаларини презентацияси, амалаий кўникмаларни «профессионал даражада» бажарилиши. |

**Мавзуни асослаш**:

АГ-ни таркалганлиги, АГ ни турли хил касалликлар Билан кузатилиши ,ташхисни кеч куйилиши, унинг сезиларли асоратлари , хамда АГ ни этиопатогенизига боглик холда фарклаш ва даволаш, ушбу мавзуни чукур урганишга ундайди.

**1. Назарий кисм.**

**Киёсий ташхислаш жадвали**.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Мезонлар | Невроген САГ | Гипертония касаллиги | Гемодинамик САГ |
| Этиология | Травма, усма, бош мия яллигланиш касалликлари | Идиопатик, эссенциал, ирсий мойиллик, + хавф омиллари | Аортал қопқоқ етишмовчилиги, аорта коарктацияси |
| Ёши | Хар кандай | Урта ёш ва карияларда | Ёшларда |
| Патогензи ва АГ узига хослиги | Кон томир маркази бошкариш фаолиятини бузилиши, бош мия касалликлари ёки утказилган жарохатлардан сунг 12 ой ичида калла ичи босими ошиши. Тургун АГ. | САС, ренин – ангиотензин II, альдестрон активлигини ошиши.Прессор ва депрессор механизмни дисбаланси. | Гемодинамик ўзгаришлар хисобига |
| Шикоятлари | Ташки омилларга боглик булмаган доимий бош огриши, кулоклар шангиллаши, кур кобилятини пасайиши. Эплептиформа хуружлар, куркув хисси, безовталик, титраш, калтираш, куп терлаш | Вакти вакти Билан бош огириги, стресс ва об - хаво узгарганда бош айланиши, | Бош оғриши, бош айланиши, аортал қопқоқ етишмовчилигида пульсация билиниши |
| Объектив | Склера инъекцияси, юрак чегараларини чапга силжиши, юзнинг кизариши. Брадикардия булиши мумкин, куриш диски нервда шиш ва димланищ. Патологик рефлекслар, харакат ва сезишни бузилиши. | Тана вазнини ортиши, юз кизариши, АКБ кутарилганда тахикардия, чап корнича гипертрофияси. Куз тубида – гипертоник ангиопатия. | Аорта коарктациясида тананинг юқори қисми пастки қисмига нисбатан яхши ривожланиши, аортада шовқин. Аортал қопқоқ етишмовчилигида аортада диастолик шовқин, каротид пульсация, тилча пульсацияси, қорачиқ пульсацияси |
| Лаборатор ва инструментал курсаткичлар | Орка мия суюклигида цитоз. Рентгенда мия ичи ичи гипертензияси, турк эгари ва калла суяги деформацияси, КТ – мия тукимасини шикастланиши, усма. ЭЭГ – патологик биоритмлар аникланади. Допплерография – томирлар тонусини узгариши. | Хос булган лаборатор узгаришлар йук. Буйрак шикастланганда кузатиладиган – протеинурия, лейкоцитурия, цилиндрурия | ЭхоКС даги ўзгаришлар, аортаграфия, МРТ текширувлари |

**Машгулотда кулланиладиган Янги педагогик технологиялар**:

«Академическая полемика» конкурси

Ишга зарур предметлар

-талабалар учун вазифа

-ок когоз, ручкалар

Гурух 2 командага булинади. Хар бир командага вазиятли масала талиф этилади., масалан, «врач пациент консультацияси» 1-2 та талаба консультациянинг яхши тарафини мухокама килади - « прокурорлар». «Адвокат» ва « прокурорлар» натижалари эълон килинади ва гурух Билан биргаликда мухокама этилади.

.Масалан: Бемор 52 ёшда, шикоятлари бош огриши, вакти вакти Билан – хушдан кетиши, юрак тухтаб колган хисси, куришни пасайиши.

Пульси минутига 56 та, АКБ 190\100 мм.смб.уст.Ташхисни куйиш учун зарур булган текширувларни курсатинг.

УАШ тактикаси.

**6.2. Аналитик кисм.**

**Вазиятли масала1**

Бемор 52 ёшда, шикоятлари бош огриши, вакти вакти Билан – хушдан кетиши, юрак тухтаб колган хисси, куришни пасайиши.

Пульси минутига 56 та, АКБ 190\100 мм.смб.уст.Тахминий ташхис куйинг. Тавсия этиладиган текширувлар. Даво режаси. УАШ тактикаси.

**Жавоб:** Бош мия усмаси. МРТ, ЭЭГ. Рентген. Даво: Жаррохлик. Хизмат курсатиш категорияси 2

**Вазиятли масала.2.**

Бемор 42 ёшда, шикоятлари бош огриши, бош айланиши, кунгил айниши, уйку бузилиши. Анамнезида 26 ёшида огир бош мия жарохатини утказган. Объектив. Юзи кизарган, кайфияти узгарувчан. Пулси минутига 64 та, АКБ 180\110 мм.смб.уст. Нормал рефлекслар сакланган. Бош мия суяги рентгенида – мия ичи гипертензияси белгилари. Тахминий ташхис. Тавсия этилган текширувлар. Даво режаси. УАШ тактикаси.

Жавоб. Травмадан кейинги энцефалопатия. ЭЭГ, допплдерография. МРТ.

Даво. Ноотроплар, церебролизин, диакарб, бета блокаторлар. Хизмат курсатиш категорияси 2

**Вазиятли масала 3.**

Бемор 23 ёшда, шикоятлари бош огриши, кузгалувчанлик, юрак сохасида огрик, умумий холсизлик. Касаллик бошланишини оиладаги келишмовчиликлар Билан боглайди. АКБ 140\90 мм.смб.уст. Пулсь минутига 92та. Юрак чегаралари нормада тонлари аник , ритмик, упкада везикуляр нафас. ЭКГ – патологик узгаришлар. Куз туби узгаришсиз. Тахминий ташхис. Тавсия этилган текширувлар. Даво режаси. УАШ тактикаси.

Жавоб: НЦД.аралаш тури. Психоневролог консультацияси. Седатив дори воситалари. Иглорефлексотерапия, психотерапия. Хизмат курсатиш категорияси 1

**Вазиятли масала 4.**

Бемор 60 ёш. Шикоятлари бош огриши, бош айланиши, брак уриб кетиши, физик юкламада хансираш. 10 йил давомида АКБ 180\100 мм.сбм.уст гача кутарилган. Уйда норегуляр факат АКБ ошганда раунатин, адельфан кабул килган. Охирги ярим йил ичида ахволи ёмонлашиб борган.Тахминий ташхис.

Текширув ва даво режасини курсатинг. УАШ тактикаси.

Жавоб: Гипертония касаллиги 2 боскич.

ЭКГ, офтальмоскопия, УКА, кон Б\Х .

АПФ ингибиторлари, кальций антогонистлари, диуретиклар, антиагрегантлар.

**6.3. Амалий кисм.**

Талаба куйидаги куникмаларни билиши зарур:

Соглом турмуш тарзини олиб таргибот килиш.

Беморлар билан мулоқот қилишни.

Суров, курик, олинган натижаларни тахлил килиш. Клиник ташхисни асослаш, текширувлар ва даволаш. Тиббий хужжатларни тулдириш. Консультация, бажарилган ишлар буйича аудит.

Адабиётлар Билан ишлаш.

|  |  |
| --- | --- |
| Бемор курацияси |  |
| Умумий кон анализи |  |
| Умумий сийдик анализи |  |
| Конда холестрин микдори |  |
| Конда ва сийдикда канд |  |
| ЭКГ |  |
| ЭхоКС |  |
| Ангиография |  |
| Окулист консультацияси |  |
| Киёсий ташхис |  |
| Ташхисни асослаш |  |
| Даволаш режасини буюриш |  |
| Тавсиялар |  |

**Билимни, куникма ва бажара олишни назорат этиш формаси**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Бажармади | Тулик бажарди |
| Бемор курацияси | 0  0 | 50%    20% |
| Умумий кон анализи |
| Умумий сийдик анализи |
| Конда холестрин микдори |
| Конда ва сийдикда канд |
| ЭКГ |
| ЭхоКС |
| Ангиография |
| Окулист консультацияси |
| Ташхисни асослаш |
| киёсий ташхис | 0 | 10 |
| Даволаш режасини буюриш | 0 | 10 |
| Тавсиялар | 0 | 10 |
| Жами | 0 | 100 |

**10. Назорат учун саволлар:**

1.Марказий асаб тизимининг кандай касалликлари АГ Билан кечади.

2.Асаб тизими касалликлари АГ патогенизи

3. Невроген АГ ва ГК кандай симптомлар Билан ажратилади.

4.гипоталямик сохадаги усмалардаги АГ характери

5.Невроген АГ ташхислаш учун кандай текширувлар зарур

6.Невроген АГ ташхисини аниклаш учун офтальмоскопия курсаткичлари

7.Марказий асаб тизимининг усмаларида энг информатив текширув усуллари.

**Амалий машгулот №14**

**Бош оғриғи. Гипертония касаллигини хавф гурухлари стратификацияси. УАШ тактикаси. Бирламчи звено шароитида гипертония касаллиги ва САГ профилактикаси.**

**Ўқитиш технологияси**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ўқув вақти: 6 соат** | |
| **Ўқув машғулотининг тузилиши** | Оилавий поликлиника.  Ўқув хона.  ЭКГ хонаси  УАШ хонаси.  Ўқув қўлланмалар, тарқатма материаллар, вазиятли масалалр ва тестлар тўплами  Компьютер, мультимедиа |
| **Ўқув машғулот мақсади:**   1. УАШ ни гипертония касаллигихавф гурухлари стратификацияси, бирламчи звено шароитида гипертония касаллиги ва САГ профилактикаси, замонавий ташхислаш ва таққосий ташхислашга ўргатиш. | |
| **Педагогик вазифалар:**  Артериал гипертониянинг хар хил вариантлар саволларини кўриб чиқиш  Гипертоник касалликгини ташхислаш саволларини кўриб чиқишни  хавф гурухлари стратификациясини ўтказишни, гипертония касаллиги ва САГ профилактикасини кўриб чиқиш.  Турли хавф гурухларида УАШ тактикасини аниқлаш  Гипертоник касаллигибилан оғриган беморларни кўриш | **Ўқув фаолияти натижаси:**  **Талаба билиши керак:**  1.Артериал гипертония пайдо бўлиш механизми.  2.Гипертензион синдром клиник белгилари.  3.Гипертония касаллигида хавф гурухини стратификация қилиш  4.Гипертония касаллиги бор беморларни шифохонага кўрсатма.  5.Гипертония касаллигини хавф гурухига кўра даволаш.  6.Гипертониякасаллигида амбулатор даво.  7.Гипертония касаллиги бор беморларни диспансеризацияси.  8.Гипертония касаллиги ва САГ профилактикаси.  9.Гипертония касаллиги ва турли САГ ли беморларни ишга лаёқатлигини аниқлаш.  **Талаба бажара олиши керак:**   1. Гипертония касаллиги ва САГ бор беморлар шикояти ва анамнезини тахлил қила олиши. 2. Хар хил вариантли артериал гипертензия шунингдек гипертония касаллигини ЭКГ ва клиник белгилари билан ташхислаш ва таққосий ташхислаш. 3. Артериал гипертензия билан кечувчи, шунингдек гипертония касаллигида медикаментоз давони тўғри танлаш. 4. Гипертония касаллиги ва САГда тўғри тактикани танлаш. |
| **Ўқитиш усуллари** | Дискуссия, суҳбат, вазиятли масалалар ва тестларни ечиш усуллари. |
| **Ўқув фаолиятини ташкиллаштириш шакллари** | Индивидуал ишлаш, кичик гуруҳларда, коллективлиишлаш. |
| **Ўқитиш манбалари** | Тарқатма ўқув материаллари, визуал материаллар, жадваллар, стендлар, ўқув қўлланмалар, ўқув материаллар, Беморлар ЭКГ си. |
| **Қайта алоқа усуллари ва манбалари** | Блиц-сўровлар, тестдан ўтказиш, ўқув топшириқларни бажарилган натижаларини презентацияси, амалаий кўникмаларни «профессионал даражада» бажарилиши. |

**1. Ўқиш мазмуни**

**1.1. Назарий қисм**

Кўплаб артериал гипертензияси бор беморлар тиббий ёрдам учун УАШ га мурожаат қилишади. Гипертоник касаллиги юрак-қон томир касалликлари ичида энг кўп тарқалган касаллиги бўлиб, ўлим кузатилиши юқоридир. Аҳолининг 60 ёшдан катталари ичида симптоматик склеротик артериал гипертензия ривожланиши кузатилади. АГ си бор беморларни даволашнинг оптимал тартибини танлаш жуда мураккаб. УАШ нинг сай ҳаракатлари нафақат АГ ни олиб бориш, балки дориларни тўғри танлаб, тиббий ёрдам кўрсатишдан ва уларнинг яшаш жойи ва уларнинг қайси гуруҳга кириш дислокациясини аниқлаш, ҚВП, ҚОП, ОП шароитида даволаш, ўз вақтида шифохонага юборишдан иборатдир. Кенг тарқалган ҳар хил патологияларни бартараф қилишда УАШ дан чуқур ва замонавий билимга эга бўлишлик беморни даволаш самарадорлигини оширишга ва ҳаёт тарзи сифатини оширишга қаратилган. Бу мавзу актуал бўлганлиги учун УАШ тайёрлашда ўқув дастурга киритилган.

Назарий қисмида қуйидаги саволлар кўриб чиқилади:

АГ нинг артериал босим кўрсаткичига нисбатан (БЖССТ, 1992) ва нишон аъзоларининг шикастланиш даражасига нисбатан қуйидагича таснифланади (БЖССТ, 1993).

АГ нинг кечишиш оғирлигига, симптомлар ва асоратлар ривожланиш тезлигига, шунингдек БЖССТ таснифидан ташқари яна яхши сифатли ва ёмон сифатли АГ шакли мавжуд. Ундан ташқари “бошсизлантирилган” гипертензия бўлиб, бу холатда систолик АБ 140 - мм.см.усдан паст, диастолик – 100 мм.см. ус ва юқори бўлиши кузатилади.

**Артериал гипертензияда артериал босим даражасига нисбатан таснифи**

**(ESH/ESC 2007).**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Тоифаси** | **САБ, мм см. ус.** | |
| Оптимал | <120 | <80 |
| Меъёрий | <130 | <85 |
| Юқорий меъёри | 130-139 | 85-89 |
| АГ 1- даража | 140-159 | 90-99 |
| АГ 2- даража | 160-179 | 100-109 |
| АГ 3-даража | >180 | >110 |
| ИСАГ | ≥140 | <90 |

**Гипертония касаллигининг босқичлари бўйича таснифи (ЖССТ 1993, 1996 йиллар.)**

ГК Iбосқич :нишон аъзоларда ўзгаришлар йўқ

ГК IIбосқич – бир ёки бир неча нишон аъзоларининг зарарланиши, функционал ўзгаришларсиз

ГК IIIбосқич- нишон аъзоларнинг зарарланиши, функционал ўзгаришлар

билан

**Артериал гипертензиянинг этиологик белгиларига нисбатан таснифи**

|  |  |
| --- | --- |
| А. Эссенциал ёки бирламчи гипертония (90-95%)  Б. Нейроциркулятор дистония  В. Иккиламчи гипертония (5-10%)  Сабаблари:  1. Буйрак касалликлари  Буйракнинг паренхиматоз касалликлари  Ўткиргломерулонефритлар  Сурункали нефритлар  Сурункали пиелонефритлар  Обструктивли нефропатиялар  Буйрак поликистози  Буйракнинг бириктирувчи тўқима касалликлари  Диабетик нефропатия  **Гидронефроз**  Буйракнинг туғма гипоплазия  Буйрак жароҳатлари  Реноваскуляр гипертония  Ренинсекретли ўсмалар  Реноприв гипертония  Тузларни бирламчи тутилиши (Лиддл синдроми, Гордон синдроми)  Турлича келиб чиқадан сурункали буйрак етишмовчилиги.  2. Эндокрин касалликлари  Акромегалия  Гипотиреоз  Гиперкальциемия  Гипертиреоз  Буйрак усти касалликлари:  А. пўстлоқ қисми шикастланиши:  (I) Кушинг синдроми  (II) Бирламчи альдостеронизм | (III) туғма буйрак усти гиперплазияси  Б. Мия моддасининг шикастланиши:  Феохромоцитома  Буйрак усти ташқарисида жойлашган хромаффин хужайрали ўсмалар  Ёмон сифатли ўсмалар  3. Аорта коарктацияси ва аортитлар  4. Хомиладорлик асоратлари  5. Неврологик касалликлар  Мия ичи босимининг ошиши  Мия ўсмаси  Энцефалитлар  Респиратор ацидоз  Уйқудаги апноэ  Оёқ – қўлларнинг тотал фалажи  Ўткир порфирия  Рух билан заҳарлиниш  Гейен-Барре синдроми  6. Дорилар ва экзогенли моддадалар:  Хомиладорликдан сақланиш гормонлари  Кортикостероидлар  Симпатомиметиклар  Кокаин  Тиаминли ёки моноаминооксидаза ингибиторлари сақлайдиган озиқ-овқатлар  Ностероидли яллиғланишга қарши дорилар  Циклоспорин  Эритропоэтин  7. Жарроҳлик асоратлари  ***Операциядан кейинги гипертония*** |

**Гипертония касаллиги**

ГК аста-секин бошланиб, кўп холларда тўсатдан бирламчи АБ ўлчанганда ёки диагностик кўрикда аниқланади. Бундай АГ шакли асосида бирламчи томирларни регуляция қилувси марказ, кейинчалик бу нейрогумарал ва буйрак механизмининг деструктив (невроз) ўзгариши кузатилади. Касаллик бошларида бу механизм функционал характерга эга бўлиб, АГ нинг кучайиб бориши натижасида уларга буйрак, юрак, марказий асаб тизими ва боўқа аъзоларнинг органик шикастланиши қўшилади.

Симптомлар, нишон аъзоларини шикастланишидан далолат беради:

- мия ва кўз: бош оғриғи, бош айланиши, кўришнинг бузилиши, транзитор ишимик атака, харакат ва сезувчанликнинг бузилиши;

- юрак: юрак уриб кетиши, кўкрак соҳасида оғриқ бўлиши, ҳансираш;

- буйраклар: чанқаш, полиурия, никтурия, гематурия;

- периферике артериялар: оёқ-қўлнинг музлаши, ўтиб кетувчи маймоқлиқ.

ГБ нинг II ва III босқичларида электрокардиограмма текширувида (ЭКГ), чап қоринча гипертрофияси (ЧҚ) кузатилади, яъни гипертензиянинг кардиал асоратларига хос ўзгаришлар характерланади. Касалликнинг II босқичида эхокрдиографик (ЭхоКГ) текширувда миокарднинг ЧҚ девори гипертрофияси натижасида, миокарднинг оғирлиги ошади. Рентгенологик текширувда ЧҚ гипертрофияси ва аорта атеросклероз белгилари кузатилади.

Гипертоник ангиоретинопатянинг 4 та босқичи ажратилади.

-бирламчи – артерия ва артериолаларни минимал сегментли ёки диффузли торайиши;

-иккиламчи – артерия ва артериолаларни ўта аниқ торайиши ва улар деворининг қалинлаши, қалинлашган артериолалар билан веналар босилиши (Салюс - Гун кесишув феномени); веналар қийшиқлиги ва кенгайиши;

-учламчи – артериолаларни нотекис торайиши ва яққол склерози, қизил рангли қон қуйилиш ўчоқлари ва бўшлиқлари; экссудатли тури “кўпчитилган пахта кўриниши”.

-тўртламчи – учламчи босқич белгилари, шунингдек икки томонлама кўрув нерви сўрғичлари шишиши; тўр парда шишиши ва унинг кўчиши; аниқ ўчоқли, сўрғич ва сариқ тана атрофида (юлдузли фигура); бир томонлама ёки икки томонлама кучайиб борувчи кўришнинг пасайиши ёки тўсатдан кўришнинг бузилиши.

Амалиётда ГБ нинг учта клиник вариантга ажратилган: кардиал, буйрак ва церебрал.

Кардиалвариант ИБС шаклли кучайиб борувчи кардиосклероз, зўриқиб борувчи коронал патологияли холат.

Буйракли вариантда эрта гиперфильтрация, даврий протеинурия, гематурия ва кейинчалик буйрак етишмовчилиги кузатилади.

Церебрал вариант типик церебрал кризлар билан, баъзан ишимик ва геморрагик инсультлар билан кечади.

Кўп холатлар бир вақтнинг ўзида юқоридаги белгилар биргаликда учраши мумкин.

Кардиал асоратлардан ГК бор беморларнинг 50%, бош мия қон томирлар бузилиши билан 30%, буйрак етишмовчилиги билан 5% ўлим билан тугайди.

ГК клиник кечишидаўзига хослиги – гипертоник кризлар пайдо бўлиши. САГ бор беморларда кам холларда учраб, фақат АБ юқорига кўтарилган фонида ривожланиши мумкин. ГК ги бор қари ёшдаги беморларда, криз холати учраши, АБ нинг ошиши даврида касалликнинг биринчи белгиларидан бири бўлиб ҳисобланади.

Гипертония касаллигининг 4 хавф гурухи мавжуд бўлиб, гурухларни аниқлашда АҚБ даражаси, беморда мавжуд ГК нинг хавф омиллари, нишон аъзоларнинг зарарланиши, уюшган клиник холатлар хисобга олинади.

**Қариялардаги артериал гипертензия кечиш хусусияти (склеротик АГ).**

- ёши 60 ёшдан >;

- АГ аорта ва унинг асосий шохлари томир эластлигининг пасайишида атеросклероз ривожланиши;

- систолик босимнинг изоляцияланган ёки нопропорционал ошиши;

- касаллик нисбатан енгил кечади, яҳши сифатли кешишга эга;

- систоликАД >160 ммсм.ус., диастолик<90 ммсм.ус.;

* Аорта устида II тон акценти, қўполметаллик, систолик шовқин, кураклар оралиғида яхши эшитилади.

**ДАВОЛАШ**

АГ нинг рационал фармакотерапия муаммоси бўлиб, яъни антигипертензив дори воситаларининг кўплигига қарамай бу касаллик долзарблигича қолмоқда. Замонавий дори воситалари АГ си бор беморлар учун фақатгина самарали гипотензив таъсир кўрсатмасдан, асоратлар олдини олишда ва аъзолар шикастланишидан асрайди. АГ касаллигида АБ ни пасайтиришга қаратилган асосий мақсадлардан бири, касалликнинг асоратларини олдини олишдир. АБ бошланғич кўрсаткичга нисбатан 20-25% га пасайтириш мумкин. АБ оптимал холати кўрсаткичи деб систолик 140 мм см.ус, диастолик - 90 мм см.ус дан паст ҳисобланади. АБ пасайиш чегараси гипертоник, энцефалопатия, кўз туби, буйрак перфузияси ва бошқа ҳаёт учун муҳим аъзолардаги ўзгаришлар симптомларини кучсизлантиради ёки бутунлай йўқотади.

**Даволашнинг умумий тамойиллари**

1. Беморлар билан ишончли муносабат ўрнатиш.
2. Даводан мақсад – бемор умрини узайтириш ва ҳаёт тарзини ўзгартириш.
3. Давонинг вазифалари- АБ 140/90 мм см.ус. гача пасайтириш ёки ёшга нисбатан (120-130/80 мм см.ус.- ёшларда, <140/90 мм см.ус. –карияларда).
4. Юрак қон томир касалликларини келтириб чиқарадиган ҳавф омилларини инобатга олиш.
5. Беморга номедикаментоз даво усуллари ва авзалликлари тўғрисида тушунтириб бериш.
6. Артериал гипертониянинг енгил ва ўртача кечишида, ҳали нишон аъзоларини шикастлани кузатилмаганда, даволаш чора-тадбирлари амбулатор шароитда АБ ни мониторинг қилинади.

**Номедикаментоз даво.**

Агарда беморларда диастолик АБ 90-100 ммсм. ус. Бўлса ва нишон аъзолари шикастланиши кузатилмаса, номедикаментоз давони самарадорлиги 3 ойдан кам бўлган вақт ичида баҳолаш мумкин эмас. Давони АБ ни кўтарадиган айрим дори воситаларини тўҳтатишдан бошланади (ностероид яллиғланишга қарши воситалар, кортикостероидлар, комбинирланган орал контрацептивлар, эстрогенлар). Номедикаментоз даво тана вазнини меъёрлаштириш, жисмоний спорт билан шуғилланиш, чекишни ташлаш, аутотренинг, туз миқдорини ва алкоголни чегаралашни ўз ичига олади. Семизлик АБ ни ошишига олиб келиши аниқ. Инсон 1 кг озганда систолик АБ2,5 ммсм. ус. Ўртача пасаяди, диастолик- эса1,5 ммсм. ус камаяди. Тана вазни индекси қуйидагича ҳисобланади:

H/W2, H- тана вазни (кг), W- бўйи (м). Агарда бу кўрсаткич 20-25 кг/м2 дан юқори бўлса, беморга озиш тавсия этилади.

**Жисмоний активлик**

АБ пасайтириш учун регуляр жисмоний машқлар бажариш лозим. Машқларни зўрайтиришни аста-секин олиб бориш керак. Қисқа вақтли изотоник зўриқишларга кўрсатмалар бор, масалан пиёда юриш. Изометрик зўриқишлар қарши кўрсатма хисобланади, чунки уларни бажаришда АБ кўтарилиши кузатилади.

**Аутотренинг**

Бемор асабийлашишдан сақланиши керак. Агарда буни қила олмаса, аутотренинг тавсия этилади.

**Пархезли терапия**

Овқатланишнинг асосий даволаш тамойилларига қуйидагилар киради:

1. Организмни энергия сарфланишига нисбатан рациондаги энергетик қувватни жиддий эътиборга олиш керак, чунки семизлиги бор беморларда – суткалик калория камайтирилади; пархезни антиатеросклеротик йўналиши ва уни эйкозопентаенли кислотага тўйинганлиги, тромбоцитлар агрегациясини камайтиради;
2. Суткалик эркин суюқлик миқдорини 1-1,5 листеъмол қилиниш миқдорини камайтириш;
3. Марказий асаб тизими ва юрак қон томир тизимини қўзғатувчи озиқ-овқатлар (гўштли ва балиқли шўрвалар, аччиқ чой, кофе), қорин дам бўлишига ва ичак қулдирашига олиб келадиган озиқ-овқатлардан (дуккаклилар, нўҳат, газли ичимликлар ва б.) истеъмол қилмаслик керак;
4. Пархез таомлар липотроп моддага бой ва ҳужайрали қобиққа эга озиқ-овқатлар, шунингдек денгиз маҳсулотларидан истеъмол қилиш тавсия этилади (денгиз балиқлари, қисқичбақа, омарлар, креветкалар, денгиз карами);
5. Ош тузини истеъмол қилиш чегараланади. Нимтатир озиқ-овқатлар истеъмол қилиш тавсия этилади. Суткалик рационда ош тузи истеъмоли 6 гр дан ошмаслик керак. Натижасида гипохлоремия ҳолати юзага келмаслик учун суткалик ош тузига 2 гр дан кам бўлмаслиги керак. Ош тузи ўрнига овқатларни тузлаш учун санасол -1,5-3,0 гр/сут қўллаш мумкин, ўз тами билан ош тузига яқин, натрий хлор сақламайди.
6. Алколгол истеъмол қилишни чегаралаш. Алкогол вазопрессор таъсир кўрсатади. Кундалик тоза спиртга нисбатан 20 мл дан кўп истеъмол қилиниши АБ ошишига олиб келиб, АГ ни даволашга қийинчилик туғдиради. Шунинг учун алкоголни суткалик истеъмоли тоза спиртга нисбатан 10-20 мл/сут ошмаслиги керак. Бунда АБ ни 5-10 ммсм. ус. Пасайишига олиб келади.
7. Сут ва қатиқ маҳсулотлари ва ўсимлик пархезлари, магний тузларига бой бўлиб, АБ пасайишига олиб келади.
8. Озиқ-овқатларнинг кальцийга тўйинганлиги фойдали бўлиб, иложи борижа ёғ ва кофеинлардан сақланиш керак. Қизил мия илдизи сақлайдиган озиқ-овқатлар истеъмол қилиниш тақиқланади.

**Медикаментоз даво.**

Замонавий тиббиётда ҳар хил таъсир механизмга эга бўлган гипотензив дори воситалари кенг қўлланилади. (Жадв. 5-16).

*Медикаментоз давога кўрсатмалар:*

- бирламчи топилган турғун АГ да диаcтолик АД>95 ммсм.ус.;

- нишон аъзолари шикастланганда;

- номедикаментоз давонинг смарасизлигида.

Гипотензив дориларни танлашда, уларнинг ножўя эффектларини ривожланишига олиб келадиган ҳавфни ва ортостатик гипотонияга ва АБ жудаям пасайиб кетишига олиб келмасликни инобатга олиш керак.Даво самардорлгини пасайтирадиган ҳавфларни йўқотиш керак.

**Гипотензив дори воситаларни қўллашдаги замонавий тактика.**

* АГ ни даволашдан мақсадни қуйидагича изоҳлаш мумкин: АБ юқори кўтарилганда касалликни ва ўлимни олдини олиш (дорили профилактика)
* Касалликни зўрайиб кетишини олидни олиш, асосан юрак гипертоник касаллиги (миокардгипертрофиясининг регрессияси);
* АБ ни бемор учун оптимал бўлган ҳолатда ушлаб туриш;
* Бемор ҳаёт тарзи сифатини яхшилаш.

**Шифохонада даволанишга кўрсатмалар**

1. Гипертоник кризларнинг ўртача оғирлик ва оғир кечишида;
2. Актив даволаниш даврида гипертоник кризнининг енгил кечиши кўп учрайди, криз сабабини аниқланмаса ва медикаментоз давони тўғри танланмаса;
3. Амбулатор шароитда комплексли даволанишга қарамай АБ пасайиши кузатилмаса;
4. Беморнинг ишга лаёқатлигини баҳолаш ва симптоматик гипертензияни инкор қилишда.

**Умумий кўрсатмалар**

Давони минимал самарадор дозалардан бошлаш.

Гипотензив таъсирни кучайтириш учун дорилар комбинациясини қўллаш.

гипотензиввоситани бошқасига ўзгартириш самара паст бўлганида ва ножўя таъсирлар кузатилганда амалга оширилади.

Давомий таъсирли препаратларниқўллаш

индивидуал танланган препаратлар билан доимий даволаш.

**Давони бошлаш**

Босқичма-босқич тамойилларига асосланиб олиб бориш.

Биринчи босқич: тиазидли диуретиклар ёки кардиоселектив а- адреноблокатор.

Иккинчи босқич: диуретиклар+ -а адреноблокатор.

Учинчи босқич: диуретиклар+ а- адреноблакатор+ АПФ ингибиторлари.

Баъзан бошқа гурух дори воситаларидан бошланади.

**Давонинг самарасизлик сабаблари**

1. Кичик дозада гипотензив воситаларини қабул қилиш, АБ оширадиган дорилар (антидепрессантлар, кортикостероидлар, НЯҚВ, симпатомиметиклар, тумовга қарши воситалар, алкалоидли споринлари, комбинирли орал контрацептивлар, психотроп моддалар).

2. Шифокор тавсиясини бажармаслик.

3. Буйрак артерияси стенози

4. Чекиш, қизил мия илдизи, кофеин истеъмол қилиши.

5. Семизлик.

6. Алкогол истеъмол қилиш.

7. Ош тузини меъёрдан кўп истеъмол қилиш.

8. Симптоматик артериал гипертония (кўп ҳолларда – буйрак касалликлари).

9. Ҳажмий зўриқиш (масалан, диуретиклар дозасининг етишмовчилиги ).

10. Аамфетаминлар, кокаин ва бошқа наркотиклар, анаболик стероидлар қабул қилиш.

Агарда даво самарасизлиги аниқланмаса, беморни мутаҳассис маслаҳатига юборилади. Кўрик вақтидаги артериал гипертонияни инкор қилиш учун, АБ ни шифохонадан олдин, амбулатор мониторинг ўтказиш йўли билан аниқлаш керак.

**Карияларда артериал гипертензияни даволашнинг умумий тамойиллари**

Умумий кўрсатмалар

* Изоляцияланган систолик артериал гипертензияни ҳам даволаш керак.
* Кўп ҳолатларда номедикаментоз даво самаралидир.
* Қарияларда ош тузини истеъмол қилишни чегаралаш ёшларга нисбатан, қарияларда юқори самарага эга.
* Медикаментоз дорилар ярим дозадан бериш билан бошланади.
* 70 ёшдан катта қарияларда, агарда жиддий ёндош касалликлар кузатилмаса, худди ёшларни даволаш усули бўйича даволанади.
* 80 ёшдан катта қарияларда асоратсиз АГда гипотензив даво мақсадга мувофиқ эмас (ҳаётнинг давомийлигига таъсир этмайди).
* АБ аста-секин пасайтириш керак.
* Қарияларда гипотензив дорилар кўплаб ножўя таъсирлар кузатилади.
* Шуни унутмаслик керакки, қариялар АБ га таъсир кўрсатадиган дориларни кўп қўллашади: НЯҚВ, антипаркинсоник воситалар, фенотиазин ҳосилалари.

Қарияларда артериал гипертензияни даволаш тамойиллари

М.С. Кушаковский (1995) маълумотларига кўра, қариялардаги АГ ни даволашда биринчи ўринда дигидропиридинли синфдан кальций антагонистлари (нифедипин 40мг/сут ва унинг аналоглари) қўлланилади. Улар юмшоқ диуретик таъсирга эга бўлиб, АГ нинг пастренинли шаклида ҳам, буйрак ва мия қон айланишида, артериялар деворлари эластлигига фаол таъсир кўрсатади. Кальций антагонистлар II авлоди ўта самарали ва узоқ таъсир этувчи хусусиятга эга *исрадипин* - 2,5-10мг/сут.

Иложи борича тиазидли диуретиклардан кичик дозада буюриш, яъни *гидрохлортиазид* – 12,5-25мг/сут. Гипокалиемия ҳолатида калий препаратлари эмас, калий сақловчи диуретиклар ёки комбинирланган дорилар, тиазидли ва калий сақловчи диуретиклар буюрилади. Қарияларда диуретиклар сийдик қопини дисфункциясини оғирлаштиради (масалан, сийдик туту олмаслик). Стенокардия ҳолатида диуретикларга қарши кўрсатма бўлганда, а-адреноблокаторларни кичик дозада буюрилади. Изоляцияланган систолик артериал гипертензияда АПФ ингибиторлари ва кальций антогонистлари самаралидир (асосан юрак етишмовчилигида). α1-адреноблокаторларни ўта эҳтиёткорона қўллаш талаб қилинади, чунки бу дори воситалари ортостатик гипотензия бош мия ишимиясига олиб келади.

**Ишга лаёқатлилик экспертизаси**

ГК да вақтинчалик ишга лаёқатсизлик муддатини аниқлаш:

* Iбосқич, криз I типи – 3-5 сут.
* IIА босқич, криз I типи – 7-10 сут.
* IIА босқич, криз II типи – 18-24 сут.
* IIБ босқич, криз I типи – 10-20 сут.
* IIБ босқич, кризII типи – 20-30 сут.
* IIIбосқич, криз II типи – 25-30 сут.
* IIIбосқич, (қайталаниш) – тиббий-ижтимоий экспертизаси (ТИЭ).

ТИЭ АГ си бор беморларда тез-тез криз холатлари, нишон аъзолари шикастланганда ва уларнинг функционал етишмовчилигида юборилади.

**Диспансеризация**

Диспансер назорат гурухи – **“Д3”.** Терапевт назоратидан ўтиб туради: йилига 2-4 марта касаллик кечиши даражасига қараб ҳаёт давомида назорат қилинади.

Бошқа мутаҳассислар текшируви: кардиолог, офтальмолог, невропатолог – кузатув йилига 1 мартадан кам эмас, эндокринолог, уролог – кўрсатмага асосланиб.

Қуйидаги текширувлар ўтказилиши шарт:

1. йилига 2-4 марта: умумклиник пешоб ва қон тахлиллари, Зимницкий синамаси.

2. йилига 1 мартадан кам эмас: қоннинг биохимик тахлили (липидлар, электролитлар, креатинин, мочевина, глюкоза), ЭКГ, ЭхоКГ, невропатолог ва офтальмолог маслаҳати.

Асосий чора тадбирлар:

* Соғлом турмуш тарзи кўникмаларига ўргатиш.
* Ҳавф омилларини коррекциялаш.
* Пархез.
* Психотерапия.
* Физиотерапия ва ЛФК.
* Меҳнат қилиш тавсиялари.
* АГ си бор беморларни медикаментозли профилактика ва алгоритмга хос даволаш. Касалликни турғун даволаниш даврида санатор-курорт давони кардиологик санаторияларда ўтказиш (ҳуружсиз даврда).

**Гипертония касаллигининг профилактикаси**

**Бирламчи профилактика.**

Бирламчи профилактика ўз ичига, ҳавф омилларини бартараф қилиш, АБ ошишига йўл қўймаслик, касалликни камайишига ва ГК тарқалишига қаратилган чора тадбирлар.

-**Ортиқча тана вазнли бемор (ТВИ> 25,0 кг/м) тана вазнни камайтириш шарт. ТВИ қуйидаги формула билан аниқланади: тана вазни** (кг)/бўйи (м). Тана вазнини қуйидаги ТВИ етгунгача камайтириш керак. ТВИ = 20-25кг/м.

-**Ош тузини кунига 5-6 граммгачакамайтириш лозим**. Ош тузининг 5-6 грамми, тахминан чой қошик ҳажмида бўлади. Шунинг учун овқат тайёрлаётганда ва тайёр бўлганда ош тузидан фойдаланмаслик тавсия этилади.

**-Регуляр жисмоний машқлар билан жисмоний фаолликни ошириш шарт.** Масалан: тоза ҳавода 30-45 дақиқа ҳафтасига 3-4 марта пиёда юриш.

Машқларни бажарганда зўриқишлар меъёр даражасида бўлиши керак ва бемордан унчалик катта зўриқиш талаб қилмаслиги керак. Юқорига кўтарилиб чиқувчи машқлар бажаришдан сақланиш керак.

**-Алкогол истеъмол қилувчи беморларга,** кунлик алкогол миқдорини этанол спиртига нисбатан 20-30 граммгача эркакларга, аёлларга эса 10-20 граммгача чегаралаш лозим. Бу суткалик 60-90 мл ароқ ёки эркаклар учун 240-360 мл вино ва аёллар учун 360 мл ароқ ёки 120-240 мл вино. Агарда бутунлай алкоголдан воз кечилса энг самарали ҳолат юзага келади**.**

**- Мева ва сабзавотларни истеъмол қилишни кўпайтириш лозим,** тўйинган ёғ кислотали озиқ-овқатларни иложи борича камайтириш лозим.

Кўпроқ жисмоний маданиятга асосий эътибор беришни талаб қилади. Бу ҳолат ўз навбатида бемордаги гипертоник касаллидаги асаб-қон томир аппаратини ҳимоялайди, яъни асаб тизимига боғлиқ бўлган ҳолатларни – бош оғриғи, бош айланиши, бошдаги шовқин ва оғирлик, уқусизлик, умумий ҳолсизлик кузатилади.

Машқлар оддий, ритмик ва шошмасдан бажарилиши керак. Шунинг учун эрталабки гигеник машқларларни регуляр бажарилиши ва доимий пиёда сайир қилиши талаб қилинади, асосан 1 соатдан кўпроқ кечки уйқудан олдин.

**“Соғлом юрак” нинг замонавий европа кўрсаткичлари**

**0 3 5 140 5 3 0**

0 - чекмайди

3 – 3 дақиқа пиёда юриш., ёки 3 км/кунига, ёки 30 дақиқа енгил жисмоний машқлар

5 – кунига 5 порция мева ва сабзавотистеъмол қилиш (камида 400 гр/кунига)

140 – САБ 140мм.см.ус. паст кўрсаткич

5 – қондаги УХ 5 ммоль/лдан паст бўлиши

3 – ХСЛППЗ 3 ммоль/лдан паст бўлиши

0 – ортиқча вазнни бўлмаслиги.

**Иккиламчи профилактика.**

Профилактиканинг бу тури, касалликни эрта даврида яъни, касалликни даволаш ва асосий симптомлари кузатилмасдан, касаллик асоратлари юзага келмасдан олдини олишга қаратилган чора тадбирлар. Бундай чора тадбирларни амалга ошириш учун АБ кўтарилиб турадиган беморларни аҳоли ичида СКРИНИНГ ўтказиш йўли орқали аниқланади.

XXI асрда АГ касаллигини пайдо бўлмаслиги учун, муаммоларни олдини олишга кенг эътибор берилди., яъни юрак қон-томир касалликлар асоратларини олидини олишда **бирламчи профилактика** чора тадбирлари ўтказиш – ҳавф омилларини йўқотиш ва камайтириш ( гиподинамияни йўқотиш, соғлом турмуш тарзи, салбий одатларларни йўқотиш, АГ касаллиги наслида бор беморларни динамик кузатиш). Аниқланишича, бирламчи профилактика бемор умрини10-20 йилга узайтириб, инсульт ва миокард инфаркти учрашини 8 мартагача камайтиради. Профилактика замоннинг бошқа касалликларини пайдо бўлишини олдини олиб ва умрни узайишини таъминлайди.

АГ касаллиги профилактикасини олиб боришда **иккиламчи профилактика** ҳам асосий рол ўйнайди – АГ нинг ҳуружларини, фатал ва нофатал асоратларини олдини олишга қаратилган бўлиб, поликлиника шароитида АГ касаллигини даволаш асосий мақсади бўлиб ҳисобланади.

Профилактик чора тадбирларни санитар –оқартув ишлар дориасида олиб борилганда, ўқув дастурлардан фойдаланилади ( артериал гипертензия мактаби). Бу эса АГ бор аҳолини ўз соғлиғига, соғлом турмуш тарзи маслаҳатларига, профилактика ва даволаш чора тадбирларига риоя қилишни талаб қилади.

**1.2. Тахлилий қисм**

**1.2.1. Вазиятли масалалар:**

1. Бемиор Н., 50 ёш, шикояти бошнинг тепа-энса соҳасидаги оғриққа, юрганда ҳансирашга, тинч ҳолатда нафас сиқилишига, юрак уриб кетишига, 10 йилдан бери АБ нинг ошиб туришига. Текширув вақтида нафас сиқилиши, кўпиксимон балғамли йўтал, кўкрак қисмининг сиқилиши ва АБ 245/135 мм см.ус кўтарилгани кузатилди. Умумий аҳволи ўғир, тери ранги рангпар ва нам. Ўпкада нафас кучсиз ва икки томонлама кўп нам ҳириллашлар бор. Юрак чегаралари 2 см чапга силжиган, аорта устида II тон акценти, юрак чўққисида систолик шовқин эшитилади. Юрак тонлари ритмик, бўғиқлашган, тахикардия 140 марта дақиқасига. Жигар қовурға ёйидан 1-2 см чиқиб турибди. Шишлар йўқ. ЭКГ ритм синусли, чап қоринча гипертрофияси белгилари кузатилади.

Клиник ташхис қўйинг. Текширув режаси ва даволашни белгиланг.

|  |  |
| --- | --- |
| Саволлар | **Жавоблар** |
| Қандай касалликлар тўғрисида ўйлаш мумкин? | ГБ IIдр. бош мия ва юрак шикастланиши билан. Асораити: Гипертоник криз. Ўпка шиши. |
| Қўшимча текширув усуллари. | УҚТ, УСТ, холестерин, липидлар, мочевина, криатинин, қондаги қанд миқдори, коагулограмма, ЭхоКГ, кўкрак қафаси рентгеноскопияси. |
| УАШ тактикаси ва даволаш. | АПФ ингибитори, В адреноблокаторлар, аспирин, нитратлар в/и, диуретиклар, ганглиоблокаторлар, наркотик анальгетиклар. |

2. Бемор Б. 40 ёш, қорин соҳасида кучли оғриққа шикоят қилади. Оғриқ қорин остида, сиқувчан характерга эга, ҳансираш, умумий холсизлик кузатилади. Но-шпа билан оҳриқ қолмади.

Анамнезидан: 4 йилдан бери ЮИК билан касалланган. Ўтказган касалликлари –ОЯК, сурункали холицестит.

Объектив текширилганда: Умумий аҳволи ўртача оғирликда, тери ранги рангпар, муздек, ёпишқоқ намли. Ўпкада везикуляр нафас, юрак тонлари бўғиқлашган, ритмик. Пульс 56 зарба дақиқасига, кичик тўлишида. АБ 90\60 мм.см.ус. Қорин юмшоқ, эпмгастрия соҳасида оғриқ кузатилади.

ЭКГ: ритм синусли, ЧСС -56. Тўлиқ АВ блокада. Rтишчасининг йўқлиги ваQSтишчалар III,IIваaVFтармоқларда аниқланади.

1. Таҳминий ташҳис қўйинг

2. УАШ тактикаси

ЖАВОБ: Чап қоринча орқа деворининг ЎМИ, Q тишчаси билан, шошилинч ёрдам кўрсатиш ва шифоҳонага юбориш.

3. Бемор 27 ёш, юрак соҳасидаги санчувчан оғриққа, юрак соҳасидаги ноҳушлик, юрак уриб кетиши, иш қобилиятининг пасайиши, кайфиятнинг ўзгаришига шикоят қилади. Юрак ҳажми ўзгаришсиз. Аускультатив:юрак чўққисида майин систолик шовқин эшитилади. Рs 100 зарба дақиқасига, аритмик. ЭКГ да: кам ҳолларда қоринча усти экстрасистоласи кузатилади..

**1.**Янаям яқинроқ ташҳислар:

А. НЦД

Б. Ностабил стенокардия

В. Миокардит

Г. ЎМИ

ЖАВОБ: А.

**2.**Ушбу ҳолатда қандай дори воситалари маъқул

А. Хинидин 250-750 мг 2 маҳал кунига

Б. Пропранолол 40 мг кунига

В. Дипирамид 100 мг кунига

Г. Умумий амалиётда кузатув

ЖАВОБ: Б

4. Бемор 62 ёш, нафақада, стенокардия ва гипертоник касаллик билан касалланиб келади. Шикояти: бош оғриғи, ҳансираш, юрак уриб кетиши, кичик жисмоний зўриқишдан кейин кўкрак соҳасида сиқувчи оғриқ кузатилиши. Анамнезидан: аҳволининг ёмонлашишини стресс билан боғлайди.Объектив текширилганда: териси нам. Ўпканинг пастки чегараларида кучсиз нам ҳириллашлар эшитилади. Юрак тонлари бўғиқ, юрак чўққисида систолик шовқин эшитилади. ЧСС ва пульс -100 зарба дақиқасига. АБ-160/90 мм.см.ус. ЭКГ: ритм синусли ЧСС-100 зарба дақиқасига. PQ - 0,20 сония. I, aVL, V5-6 QRS тармоқларда R тишчаси ҳисобига, S тишча ҳисобига III aVF V1-3 кенгайган ва деформацияланган. QRS комплексининг давомийлиги0,16 сония. ST сгменти асосий тишчага нисбатан дискордант жойлашган.

1. Юқорида келтирилган белгилар учрайдиган 5 та касалликни айтинг;

2. Сизнинг тахминий ташхисингиз;

3. Ташхисни тасдиқлаш учун қўшимча текширув режаси;

4. УАШ тактикаси ва даволаш.

5. 70 ёшли аёл оҳирги 2 ой ичида ҳушидан кетиш ҳуружига шикоят қилади. Қизининг гапига қараганда, ҳуруж 3-4 дақиқа давом этиб, беихтиёрий сийдик ажралиши кузатилади. Анамнездан- оҳирги 2 йилдан бери АБ 180/90 мм.см.ус. ошиб туриши кузатилди. Объектив текширилганда: бемор тўлачадан келган, қовоқ терисида ксантелазмалар, яноқ томирларининг эгрилиги кўринган. Юрак тонлари бўғиқлашган, ритмик, юрак чўққисида систолик шовқин эшитилади. ЧСС ва пульс 42 зарба дақиқасига. АБ 170/80 мм.см.ус..ЭКГ: Тўлиқ АВ диссоциацияси. Р-Р оралиқ -5 ва R-R оралиқ-15 катта катак. Р тишча ва QRSкомплекс орасидаги боғлиқлик сақланмаган. I, aVL, V5-6 QRS тармоқларда S тишчаси ҳисобига, R тишча ҳисобига III aVF V1-3 кенгайган ва деформацияланган. QRS комплексининг давомийлиги0,12 сония. ST сгменти асосий тишчага нисбатан дискордант жойлашган.

1. Юқорида келтирилган ЭКГ даги ўзгаришлар, қандай касалликларда кузатилади;

2. Сизнинг тўлиқ тахминий ташхисингиз;

3. Ушбу беморда артериал гипертензиянинг қайси тури ва самарали гипотензив дори воситаларини буюринг;

4. УАШ тактикаси ва даволаш;

6. Бемор Т. 68 ёшда, кўп йиллардан бери ЮИК ва ГК билан касалланган. 5 йил олдин МИ ўтказган. Оҳирги 2 йил ичида шифокор маслаҳатига асосланиб, аспирин, дигоксин ва диуретиклар ичиб юради, чунки беморда ҳансираш ва оёқларда шишлар кузатилган. АБ нинг ошганда адельфан ичиб юрган. Оҳирги 3 ҳафта ичида эрининг тавсияси билан мустақил кунига 2 маҳал 1 таблеткадан атенолол 50 мг ичиб юрган.текшурув вақтида бош айланишига ва кунига 1-2 марта2-3 дақиқа ҳушидан кетишга, ҳолсизлик, ҳансирашнинг кучайишига шикоят қилади. Объектив текширилганда АБ 130/60 мм.см.ус. ЧСС ва пульс 40 зарба дақиқасига. Ҳамма тармоқларда PQ тишлари - 0,22 сония, регуляр QRS комплексининг 1:2 нисбатда тушиб қолиши кузатилади. I, aVL, V5-6 QRS тармоқларда S тишчаси ҳисобига, R тишча ҳисобига III aVF V1-3, QRS комплекси rSR кўринишида кенгайган. QRS комплексининг давомийлиги0,16 сония.

1. Юқорида келтирилган ЭКГ даги ўзгаришлар, қандай касалликларда кузатилади;

2. Пульснинг камайишига нима олиб келди.

3. Сизнинг тўлиқ тахминий ташхисингиз;

3. УАШ тактикаси ва режали даволаш;

7. Бемор Г., 55 ёш, поликлиникага санитар-курорт ҳаритани тўлдириш учун мурожаат этди. Анамнезидан: 4 йилдан бери АБ кўтарилиб турган. Отаси миокард инфарктидан вафот этган, акасида ҳам АБ ошиб туради. Амбулатор шароитида даволаниб юрган. АБ ошганда адельфан ичиб турган. Объектив текширилганда: бемор тулачадан келган.Ўпкада везикуляр нафас. Юрак чегаралари: ўнг чегара ўнг тўш олдида, юқори чегараси III қ/о, чап чегараси -3 см ўрта ўмров чизиғидан ташқарида. Аускультатив: юрак тонлари бўғиқлашган, ритмик, аорта устида I Iтон акценти эшитилади. Пульс 84 зарба/дақиқасига, ритмик. АБ 170/100 мм.см.ус. Жигар катталашмаган.

1. АБ ошиши билан кечадиган касалликлар гуруҳини санаб ўтинг;

2. Сизнинг тахминий ташхисингиз;

3. Текширув режаси;

4. Асосий гипотензив дорилар гуруҳини санаб ўтинг.

8. 58 ёшли бемор 4 йилдан бери АБ 160/90 мм см. ус.кўтарилиши кузатилган. Олдинлари бош оғриганда кузатилганда адельфан ичиб юрган. Йилига 1-2 марта шифохона давосини олган. 8 ойдан бери шифокор маслаҳатига кўра кунига 2 маҳал берлиприл 5 мг ва гипотиазид ҳафтасига 2 марта ичиб юрган. Даволаш фонида АБ 120- 130/80 мм.см.ус. турган. Сўнги 2 ой ичида қийноқли қуруқ йўтал безовта қилган, асосан ҳолати горизонтал ҳолатда бўлганда кузатилган. Таниш шифокорга мурожаат қилган. Сурункали бронхит қўзғалиш даври деб ташхиси қўйилган, бромгексин, ампициллин, кальций глюконат дарилари буюрилган. 10 кунлик даво самара бермаган. Объектив текширилганда: ички аъзоларда ўзгаришлар топилмаган. АБ 130/80 мм.см.ус.

1. Сизнинг тахминий ташхисингиз;

2. Қуруқ йўтал сабабини кўрсатинг;

3. УАШ тактикаси;

4. Текширув режаси;

5. АГ олиб келадиган асосий ҳавф омилларини санаб ўтинг.

9. Бемор Н., 50 ёш, шикояти бошнинг тепа ва энса соҳасидаги бош оғриғига, юрганда ҳансирашга, тунги нафас етишмовчилик ҳуружи, юракнинг ўта уриб кетишига шикоят қилади. Анамнездан: 8 йилдан бери АБ ошиши кузатилади. Сўнги йилларижисмоний зўриқишдан кейин тўш орқасида оғриқлар кузатилган, оғриқлар чап қўлга узатилган. Оғриқлар тинч ҳолатда 2-5 дақақиқа давом этади. Объектив текширилганда: ўпкада везикуляр нафас. Юрак тонлари бўғиқлашган, ритмик, аорта устида II тон акценти. АБ 180/100 мм.см.ус. Шишлар йўқт. ЭКГ: ритм синусли, ЧСС- 88 зарба дақиқасига. PQ - 0,18 сония. I, aVL, V5-6 тармоқларда R тишча баланд, III aVF V1-3 тармоқларда S тишча чуқур. QRS комплексининг давомийлиги 0,10 сония. STсегменти қийшиқ пасайган.

1. АБ ошиши билан кечадиган касалликлар гуруҳини санаб ўтинг;

2. Сизнинг тахминий ташхисингиз;

3. Текширув режаси;

4. Даволаш (номедикамнтоз ва медикаментоз).

10. Бемор А., 66 ёш, тўсатдан тунда нафас олишнинг етишмовчилик ҳуружи, бош оғриғи билан уйғонган. Анамнезидан: 15 йилдан бери гипертоник касаллиги билан касалланиб келган. 3 йил олдин миокард инфарктини ўтказган. Объектив текширилганда: умумий аҳволи оғир. ҳолати ортопноэ ҳолатда. Нафасда яққол ҳансираш кузатилади. Ўпкада ҳар-ҳил калибрли нам хириллашлар кузатилади. Юрак тонлари бўғиқ, аорта ва ўпка артерияси устида II тон акцент, юрак чўққисида от дупири эшитилади. ЧСС 100 зарба дақиқасига, ритмик. АБ 210/120 мм.см.ус. Қорин юмшоқ оғриқсиз. Периферик шишлар йўқ.

1. Бемор аҳволини ёмонлаштирадиган сабабни кўрсатинг;

2. Сизнинг тўлиқ тахминий ташхисингиз;

3. Дориларни дозасини кўрсатиб шошилинч ёрдам кўрсатиш.

**1.3. Амалий қисм**

**УАШ мавзуга мос келадиган амалий кўникмаларни машғулот сўнгида бажара олиши шарт**

УАШ хонасида УАШ талабалар билан бирга беморни кўрикдан ўтказиши керак. Қабулда вақтида паспорт қисмида беморнинг ёшига ва касбига эътибор берилади. Беморнинг шикоятлари катта аҳамиятга эга. Бемор ҳаёт тарихидан ҳавф омиллари, ўтказган касалликлари аниқланади. Беморнинг касаллик тарихидан, касалликнинг давомийлиги, амбулатор ва шифохона давоси, текширув натижалари, дорилар самарадорлиги ҳақида маълумот беради. Беморнинг шифокор маслаҳатларини қанчалик бажарганлиги катта аҳамиятга эга, беморнинг ҳозирги ёки қайта ташрифи, бемордаги АБ кўтарилганлиги ва умумий ахволини ёмонлашганлигини билан боғлиқлигини билдиради. Объектив кўрикда беморнинг ҳозирги холатига, ташқи кўринишига, яъни артериал гипертензия холати бўлиши мумкин, аъзоларда физикал текширувлар ўтказилади, чап қоринча гипертрофия борлиги, пульс характери ва АБ ошганлигига аниқланади ва эътибор берилади. Артериал гипертензияда нишон аъзолари бўлиб кўз холатлари текширилади. Беморни текшириш вақтида этика, диантологияларга ва босқичма-босқич амалий кўникмаларни бажарилишига эътибор берилади.

**2. Билим, кўникма ва унинг бажарилишини назорат қилиш шакли**

* Оғзаки
* Ёзма
* Вазиятли масалалрни ечиш
* Ўзлаштирилган амалий кўникмаларни демонстрация қилиш

**Изоҳ: Бошланғич билим ва кўникма даражаси- буталаба учун минимум билимбўлиб, талабанинг «ҳавфсизлик» тамойилларини таъминлайди.**

**3. Назорат саволлари.**

1. Артериал гипертониянинг таққосий ташхиси.
2. Гипертоник касаллик ва склеротик АГ ни ташхислаш.
3. ГК ва склеротик АГ нинг таққосий ташхиси
4. Артериал гипертонияда УАШ тактикаси.
5. ГК ва склеротик АГ си бор беморларни олиб бориш тактикасии ва диспансеризацияси.
6. ГК ва склеротик АГ си бор беморларни амбулатор даволаш.
7. ГК ва склеротик АГ си бор беморларни ишга лаёқатлигини аниқлаш.
8. Диуретикларнинг таъсир механизми.
9. В-блокаторларнинг таъсир механизми.
10. АПФ ингибиторининг таъсир механизми.
11. Кальций антагонистларининг таъсир механизми.
12. Артериал гипертонияси бор беморлар диспансеризацияси.
13. Артериал гипертониянинг бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактикаси.

**Амалий машгулот № 15**

**Юрак соҳасида оғриқ. УАШ амалиётида юрак сохасидаги коронароген оғриқлар қиёсий ташхиси ва олиб бориш тактикасини танлаш. ЮИК стабил стенокардия ва ностабил стенокардияларнинг клиник, лаборатор, ЭКГ диагностикаси. Липид алмашинувининг бузилиши. ЮИК диагностикасида жисмоний юкламали ЭКГ ахамияти. Юкламали ЭКГ натижаларининг тахлили.**

**Ўқитиш технологияси**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ўқиш вақти: 4 соат** | |
| **Дарснинг тузилиши** | 1. Ўқув тематик хона. 2. ЭКГ хонаси 3. УАШ хонаси. 4. Ўқув қўлланмалар, фантомлар, муляжлар, тарқатма материаллар, вазиятли масалалар тўплами ва тестлар. 5. Телевизор, видео аппаратура, мультимедиа |
| Ўқув дарсининг мақсади: УАШни “Умумий амалиёт шифокорининг квалификацион характеристикаси”да назарда тутилган талабларга мос равишда ЮИК зўриқиш стенокардиясининг турли кўринишлари билан касалланган беморлар, ЮИК стабил стенокардия ва ностабил стенокардияларнинг клиник, лаборатор, ЭКГ диагностикаси. Липид алмашинувининг бузилиши, ЮИК диагностикасида жисмоний юкламали ЭКГ ахамияти, унинг натижаларининг тахлилини тиббиётнинг бирламчи бўғинида ўз вақтида эрта ташҳислаш ва қиёсий ташҳислаш, даволаш, хамда олиб бориш тамойилларига ўргатиш. | |
| **Педагогик вазифалар:**   1. Стенокардияларнинг турли хил кечишидаги ташҳислаш масалаларини кўриб чиқиш(зўриқиш стенокардияси - 4 ФС ва ностабил стенокардиялар). 2. Стенокардиянинг турли хил кўринишларидаги лаборатор инструментал текширувлар натижаларини муҳокама қилиш 3. Сиабил ва ностабил стенокардияда қиёсий ташҳислаш ўтказиш 4. Стенокардияли беморларни намойиш қил иш. нотурғун стенокардиянинг(Илк пайдо булган, ривожланувчи, спонтан, эрта- инфарктдан кейин, эрта- операциядан кейин) турли хил клиник кўринишларини ташхислаш хусусиятлари 5. НСтенокардияларнинг турли хил кечишидаги ташҳислаш масалаларини кўриб чиқиш 6. турли хил кўринишларидаги лаборатор инструментал текширувлар натижаларини муҳокама қилиш 7. НС нинг диагностик критерийларини аниқлаш 8. Олиб бориш тамойилларини мухокама қилиш. 9. Даволаш тамойилларини мухокама қилиш (номедикаментозва медикаментоз). 10. Олиб бориш тамойилларини, кузатувни ва беморлар мониторинги ҚВП ва ОП шароитида мухокама қилиш. 11. Юқоридаги касалликларда бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактика чора тадбирларини мухокама қилиш. 12. Нотургун стенокардияли беморларни намойиш қилиш. | **Ўқитиш фаолиятининг натижалари:**  **Талаба билиши шарт:**   1. Кўкрак қафасидаги оғриқ билан кечувчи касалликлар 2. Кўкрак қафасидаги оғриқлар билан кечувчи энг хавфли касалликлар 3. ЮИК, ностабил ва стабил стенокардиянинг этиологияси, таснифи ва патогенези. 4. ЮИК, ностабил ва стабил стенокардиянингклиник белгилари 5. ЮИК, ностабил ва стабил стенокардиянингқиёсий ташҳисланиши 6. Липид спектри, юкламали ЭКГ синамаларни интерпретацияси. 7. ЮИК, ностабил ва стабил стенокардияни даволашда ишлатиладиган дори моддалар рўйхати 8. Стенокардияларда жарроҳлик амалиётига кўрсатмалар 9. ЮИК, ностабил ва стабил стенокардияли беморларни диспансер кузатуви ва мониторинги тамойиллари 10. Юқоридаги касалликларда бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактика тамойиллари.   **Талаба қила олиши керак:**   1. Шикоятлар ва анамнез ахборотларини НЦД ва стенокардиянинг турли хил шаклларига мос равишда тахлил қила олиши. 2. стенокардияни лаборатор-инструментал текширувлар натижаларига монанд ташҳислаш ва қиёсий ташхислаши лозим. 3. ЭКГ олиш техникасини намойиш қилиш ва уни тахлил қила олиш. 4. Исботланган таъсирга эга препаратларни танлай олиш. 5. Номедикаментоздаво усуллари бўйича маслахат бера олиш. Замонавий интервенцион усулларни билиш. 6. ҚВП ва ОП шароитида мониторинг ўтказа олиш. |
| **Ўқитиш услублари** | усул «ари ини», намойиш қилиш, графикли органайзер- каскад, видеотасвир томоша қилиш, бахс, сухбат, тестлар ва вазиятли масалалар ечиш. |
| **Ўқитиш фаолиятини ташкил қилиш шакллари** | Индивидуал тарзда иш юритиш,гурухларда ишлаш, аудитор, аудиториядан ташқари вазифалар бажариш. |
| **Ўқитиш ускуналари** | Тарқатма визуал ўқув материаллар, видеофильмлар, муляжлар, графикли органайзерлар, тиббий хариталар мажмуаси, жадваллар ва стендлар. |
| **Қайта алоқа услуб ва ускуналари** | Блиц-сўров, тест, ўқув вазифасини бажарилиш натижаларини намоён қилиш, тиббий хариталарни тўлдириш ва “мутахассис сўрови” амалий кўникмасини бажариш. |

**Назарий қисми.**

Юрак сохасидаги оғриқ синдроми кўпгина касалликлар симптоми эканлигини урганаётиб УАШ бир қанча мутахассислар билан- кардиолог, кардиохирург, аритмолог, ревматолог, эндокринолог билан ўртоқлашишга тўғри келади. Бу мавзуни тахлил кила туриб неврология, реаниматология ва шошилинч холат, функционал диагностика билан боғлиқлигига амин бўлади.

Кўкракдаги оғриқ беморни доимо қўрқитади ва шифокорни қўриқлайди, хар холда бу хавфли касаллик симптоми хисобланади.

Зўриқиш стенокардияси ЮИК формаларидан бири бўлиб хисобланади.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| I ФС | Бемор одатий жисмоний юкламаларни яхши ўтказади, хуружлар юоқори интенсивликдаги юкламаларда бошланади. | Нитроглицерин 0.5 тил остига ёки хуруж вақтида изокет спрей, юкламадан олдин қисқа таъсир қилувчи нитратлар профилактик ичиш мумкин. ЮИК хавф омилларини йўқотиш, чекиш(ман қилиш), гиперлипидопротеидемия(пархез), ҚД(пархез),ТС асорати бўлиши мумкин беморларга профилактик аспирин, В блокаторлар, статинлар бериш мумкин. |
| II ФС | Хуружлар 500 метрдан кўп юрганда, 1 қаватдан юқори кўтарилганда юзага келади. Совуқ хавода, шамолга қарши юрса, эмоционал қўзғалишда кучаяди. | Анлиангинал препаратлар билан монотерапия: В блокаторлар, нитратлар, Са антагонистлари гемодинамика ва бирга кечуви касалликларга боғлиқ холда. ЮИК хавф омилларини йўқотиш, чекиш (ман қилиш), гиперлипидопротеидемия(пархез), ҚД(пархез),ТС асорати бўлиши мумкин беморларга профилактик аспирин, В блокаторлар, статинлар бериш мумкин. |
| III ФС | Бемор одатий жисмоний юкламани мажбурий чегаралайди. Хуружлар 100 500 метрга юрганда, 1 қават кўтарилганда юзага келади. | Антиангинал препаратлар комбинацияси билан даволаш. В блокаторлар+нитратлар, в блокаторлар +Cа антагонистлари. Кўрсатма бўйича антиагрегантлар, статинлар. Оператив даво учун коронарография. |
| IV ФС | Кичик жисмоний юкламаларда стенокардия ривожланади, хуружнинг тинч холатда қайталаниши характерли. Миокардда метаболик эхтиёжнинг ортиши( АҚБ ошиши, тахикардия, горизонтал холатда юракка келувчи веноз оқимнинг ошиши). Тинч холатдаги кам хуружлар IV ФС учун доимий эмас. | Барча гурухдаги антиангинал препаратлар, антиагрегантлар, статинлар. Коронарография ва оператив даво. |

Нотурғун стенокардия- ЮИК шаклларидан бири бўлиб, коронар артерияларда атеросклеротик пилакчалар бутунлиги бузилиши механизмига эга бўлиб, бирламчи девор олди тромбнинг асосини тромбоцитар агрегантлар хосил қилади. Нотурғун стенокардия ЎМИ ривожланиш хавфида актуал муаммо бўлиб қолмоқда, хам госпитализация вақтида, хам кейинги кузатувларда. Нотурғун стенокардиянинг бир қанча вариантлари мавжуд: биринчи қайталанган, ривожланиб борувчи, спонтан, эрта- инфарктдан кейинги ва кечки операциядан кейинги.НС ва ўткир коронар синдромлар қиёсий ташхиси қуйидаги мезонларга асосланади: хуружнинг қайталаниш вақти, келиб чиқиш сабаби, хуруж қайталаниш тезлиги, нима билан кечиши.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Номуқум стенокардия ва ЎКС вариантлари | Клиника | Даволаш ва тактика |
| Биринчи қайталанган | Бу стенокардия 1 ойгача давом этади(Америка ассоциацияси бўйича 2 ойгача), бу даврда стенокардия даражаси 3-4 ФС гача етади. | Кардиология бўлимига госпитализация қилиш, нитратлар, бета-блокаторлар, бевосита антикоагулянтлар, антиагрегантлар |
| Прогрессирланувчи стенокардия | Бир ой ичида стенокардия хуружларининг ўзгариши  (АСС/АНА бўйича 2 ойгача): хуружлар давомийлиги ва частотасининг катталишиши, ёки жисмоний юкламага толерантликнинг пасайиши. | Кардиология бўлимига госпитализация қилиш, нитратлар, бета-блокаторлар, бевосита антикоагулянтлар, антиагрегантлар |
| Спонтан | Жисмоний зўриқишга боғлиқ бўлмаган холда тож артериялар спазмидан келиб чиқади, кўпроқ кечки ва эрталабки пайтда ва ST сегменти кўтарилиши билан кечади | Кардиология бўлимига госпитализация қилиш, нитратлар, бета-блокаторлар, бевосита антикоагулянтлар, антиагрегантлар |
| Эрта инфарктдан кейинги | Ангиноз хуружлар 1 ой ичида ЎМИ бошлангандан 24 соатдан кейин келиб чиқади. | Кардиология бўлимига госпитализация қилиш, нитратлар, бета-блокаторлар, бевосита антикоагулянтлар, антиагрегантлар |
| Эрта операциядан кейинги | Ангиноз хуружлар 1 ой ичда тож артерияларда ўтказилган операциядан кейин келиб чиқади. | Кардиология бўлимига госпитализация қилиш, нитратлар, бета-блокаторлар, бевосита антикоагулянтлар, антиагрегантлар |
| Ўткир коронар синдром | Ангиноз хуружлар зўриқишсиз келиб чиқиб, совуқ тер, вегетатив симптоматика билан кечади. Бу диагноз бир кун ичида қўйилиб, кейин НС ёки ЎМИ га ўтказилади. | Кардиология бўлимига госпитализация қилиш |

Машғулотларда янги технологияларни қўллаш

**Интерактив ўйинлар.**

**Ўйин «Академик полемика»**

Ишлаш учун керакли қуроллар:

1.Алохида қоғозларга ёзилган саволлар

2.Тоза оқ қоғоз

3. Ручкалар (кўк, қизил, қора)

Ўйин ўтказиш қоидалари

1. Қоғозга ўйин ўтказиш куни, гурух номери, ўйиннинг номи, қатнашчининг И.Ф.Ш. ёзилади.

2. Қатнашчилрдан бири савол олади.

3. Хар бир қатнашчи навбат билан биттадан жавоб ёзади, рукани стол ўртасида қолдириб, қоғозни кейинги қатнашчига узатади.

4. Педагог вазиятни назорат қилади.

5.Ўйин тугагач, қоғоз ўқитувчига берилади.

6. педагог билан жавоблар тахлил қилинади.

7.Ўйинда ўттказилган ишлар ўқитувчида қолади.

Ўйин ўтказиш учун саволлар:

1. Турғун стенокардия, II ва III ФС қиёсий ташхиси.

2.ЮИК, турғун стенокардияIV ФС да УАШ тактикаси.

3. ЮИК, ТС, I ва II ФС ни аниқлаш учун юкламали синамалар.

4. ЮИК, турғун стенокардия турли синфларида даволашда дифференциал ёндашиш.

**«Галерея бўйлаб саёҳат»**

Ишлаш учун керакли қуроллар:

1.Алохида .қоғозларга ёзилган саволлар

2.Тоза оқ қоғоз

3. Ручкалар (кўк, қизил, қора)

Ўйин ўтказиш қоидалари

1.Группа 2-3та талабадан иборат гурухчаларга бўлинади .

2.Хар бир гурухчалар ўзларига ручка танлаб,оқ қоғоз олишади.

3. Оқ қоғозга сана, гурх, ўйин номи, иштрокчиларнинг ФИШ ёзилади.

4. Гурухча учун битта иштрокчи савол танлайди.

5. Хар бир 10 дақиқада саволни мухокама қилиб, қоғозга ёзади ва кейинги гурухчага беради.

6.Хар бир гурухча бахолаб ва қўшимча қўшади. Агар жавоб нотўғри бўлса, ўзини вариантини ёзади. Бу босқичга 10 дақиқа берилади.

7. Ўйин охирида қоғозлар ўқитувчига берилади.

8. Ўқитувчи билан жавоблар тахлил қилинади.

9.Ўйин натижалари ўқитувчида қолади.

**Ўйин ўтказиш учун саволлар:**

1 ЮИК. Ностабил стенокардияни шаклларини дифференциал диагностика ўтказиш. Турғун ва нотурғун прогрессирланувчи стенокардия.

2. ЎКС ва турғун стенокардия қиёсий ташхисини ўтказиш.

3. ЮИК, турғун стенокардия ва нотурғун ангиоспастик стенокардия ўртасида қиёсий ташхис ўтказиш.

**Аналитик қисм**

Вазиятли масалалар.

1. Бемор 55 ёш, жисмоний юклама бмлан боғлиқ юрак сохасидаги қисқа оғриқларга шикоят билан келди. Кўрикда ЭКГ патологиясиз, ўзгаришсиз. Қайси текширув усули билан бошлаш керак:

А) Қонда қанд ва холестерин миқдорини текшириш

Б)Қонда липопротеидларни текшириш.

В)ЭхоКС

**Г)Велоэргометрия**

Д) Фонокардиография

2. Бемор 48 ёш, охирги 2 йил ичида жисмоний юкламада тўш ортида давомий босувчи оғриқ келиб чиққанлиги аниқланган. 25 йилдан бери кунига 40 та сигарет чекади. 1 ой олдин хиссий зўриқишдан кейин шу сохада яна оғриқ пайдо бўлган. Текшириш учун стационарга юборилди. Бўйи 172см, вазни 86кг. Ўпкада дағал нафас, хириллашлар йўқ.Юракнинг нисбий чап чегараси 0.5 см ўрта ўмров чизиғидан ташқарига силжиган. АҚБ 150/100 мм с.у. Пульс 78та, ритмик. Қон тахлилида: қанд 7.5 ммоль/л, холестерин 8.5 ммоль/л, триглицеридлар 3.2 ммоль/л. Тахминий ташхисингиз:

A) НЦД Б) Умуртқа поғонаси кўкрак қисми остеохрондози  **В) ЮИК , зўриқиш стенокардияси I ФС** Г) ГК Д)тўғри жавоблар йўқ

3. Бемор 48 ёш, охирги 2 йил ичида жисмоний юкламада тўш ортида давомий босувчи оғриқ келиб чиққанлиги аниқланган. 25 йилдан бери кунига 40 та сигарет чекади. 1 ой олдин хиссий зўриқишдан кейин шу сохада яна оғриқ пайдо бўлган. Текшириш учун стационарга юборилди. Бўйи 172см, вазни 86кг. Ўпкада дағал нафас, хириллашлар йўқ.Юракнинг нисбий чап чегараси 0.5 см ўрта ўмров чизиғидан ташқарига силжиган. АҚБ 150/100 мм с.у. Пульс 78та, ритмик. Қон тахлилида: қанд 7.5 ммоль/л, холестерин 8.5 ммоль/л, триглицеридлар 3.2 ммоль/л. Ташхис қўйиш учун қайси холат мухим:

А)Узоқ вақт чекиш

**Б) Жисмоний юклама билан боғлиқ оғриқ.**

В)Семириш

Г) Холестерин ва триглицеридлар миқдорининг ошиши.

Д)беморнинг ёши**.**

4. Бемор 48 ёш, охирги 2 йил ичида жисмоний юкламада тўш ортида давомий босувчи оғриқ келиб чиққанлиги аниқланган. 25 йилдан бери кунига 40 та сигарет чекади. 1 ой олдин хиссий зўриқишдан кейин шу сохада яна оғриқ пайдо бўлган. Текшириш учун стационарга юборилди. Бўйи 172см, вазни 86кг. Ўпкада дағал нафас, хириллашлар йўқ.Юракнинг нисбий чап чегараси 0.5 см ўрта ўмров чизиғидан ташқарига силжиган. АҚБ 150/100 мм с.у. Пульс 78та, ритмик. Қон тахлилида: қанд 7.5 ммоль/л, холестерин 8.5 ммоль/л, триглицеридлар 3.2 ммоль/л. Текшириш режасини аниқланг:

А) липидлар спектрини текшириш

Б)Кўкрак қафаси ретгенограммаси

В)коронарография

**Г)Жисмоний юкламада ЭКГ қилиш**

Д)миокард сцинтиграфияси

Вазиятли масалалар.

5. Бемор 35 ёш, ойда бир икки марта тўш ортида сиқувчи оғриқлар пайдо бўлади. Чап куракка тарқалади, нитроглицерин ичгандан ярим соатдан кейин қолади. Хуруж вақтида ST V2 V5 да кўтарилади, кейин изолинияда. Ташхис:

A) турғун стенокардия

Б) МИ

В) миокардиодистрофия

**Г) Принцметалл стенокардияси**

Д)Прогрессирланувчи стенокардия

6.Бемор ЮИК билан, тўш ортидаги тез тез оғриқлар шикояти билан келди, 25 минут ичида. Нитроглицерин кам самарали. 3 кун олдин оғриқлар давомий бўлиб, бир кунда 3 6 мартагача қайтарилган, Нитроглицерин таблеткасини бир нечта ичгач енгиллик бўлган. Ўрув вақтида тери қопламлари нам. Ўпкада везикуляр нафас, ножўя нафас шовқинлари йўқ. Юрак тонлари бўғиқ. Пульс 100та, АҚБ 150/90 мм.с.у. Қорин юмшоқ, оғриқсиз. Сизнинг тахминий ташхисингиз:

**А) ЎКС, ЮИК**

Б) Биринчи қайталанган стенокардия

В)ЮИК, зўриқиш стенокардияси 1ФС

Г)гипертония касаллиги

Д)Тўғри жавоб йўқ

7. Бемор ЮИК билан, тўш ортидаги тез тез оғриқлар шикояти билан келди, 25 минут ичида. Нитроглицерин кам самарали. 3 кун олдин оғриқлар давомий бўлиб, бир кунда 3 6 мартагача қайтарилган, Нитроглицерин таблеткасини бир нечта ичгач енгиллик бўлган. Ўрув вақтида тери қопламлари нам. Ўпкада везикуляр нафас, ножўя нафас шовқинлари йўқ. Юрак тонлари бўғиқ. Пульс 100та, АҚБ 150/90 мм.с.у. Қорин юмшоқ, оғриқсиз. Сизнинг тактикангиз:

**А) Бевосита юрак массажи, Сунъий Ўпка Вентиляцияси**

Б)қатъий ётоқ режими, кардиобригада чақириш

В)Стационарга йўналтириш

Г)нитроглицерин перорал қабул қилиш

Д)Амбулатор даволаш

8..Бемор 56 ёш, 2 ой ошқозонда операция ўтказган, 28 куни тўш орти сохасидаоғриқ пайдо бўлган. АҚБ 130/80 мм с.у. Пульс 80та мин. ЭКГ да чуқур ва кенгайган Q III aVFда, ST изолинияда,T манфий, Умумий холестерин 6.5 ммоль/л. Касаллик нима билан боғлиқ.

**А)Эрта инфарктдан кейинги стенокрадия билан**

Б) ноадекват даволаш билан

В) Ишемик инсульт ривожланиши билан

Г) Жисмоний юкламада ЭКГ ўтказиш билан

Д)Эртаоперациядан кейинги стенокардия билан.

**Амалий қисми.** Талаба соғлом ҳаёт тарзи, беморлар билан мулоқот, сўраб суриштириш ва курик, шунингдек, олинган маълумотларни бахолаш, ЭКГ тахлили, клиник ташхисни асослаш, текшириш, даволаш, тиббий хужжатларни тўлдириш, маслахат бериш, тиббий адабиётлар билан ишлашни ўзлаштириши лозим. Машғулот вақтида ЮИК. Тургун Стенокардия турли ФСларда УАШ тактикаси ва қиёсий ташхис қилинган бемор устида клиник мухокамалар ўтказилади. Беморлар билан мулоқот, сўраб суриштириш ва курик, шунингдек, олинган маълумотларни бахолаш, ЭКГ тахлили, клиник ташхисни асослаш, текшириш, даволаш, тиббий хужжатларни тўлдириш, маслахат бериш, тиббий адабиётлар билан ишлашни ўзлаштириши лозим. Машғулот вақтида ЮИК ва НС , ЎКСда УАШ тактикаси ва қиёсий ташхис қилинган бемор устида клиник мухокамалар ўтказилади.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | Бемор курацияси | | Умумий қон анализи | | Ферментлар (КФК,ЛДГ,АсТ,Тропонин, миоглобин) | | Ўткир фазали синамалар | | Қондаги холестерин | | Қон ва сийдикдаги қанд миқдори | | ЭКГ | | ЭКГ юкламали синамалар билан | | ЭхоКС доплерография билан | | Кўкрак қафаси рентгенограммаси | | Қиёсий ташхис Ташхисни асослаш Даволаш режасини белгилаш | |  | |

**Билимни, кўникмани, тушунчани назорат қилиш шакллари**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Кўрсаткич | Бажарилмади | Тўлиқ бажарилди | |
| Бемор курацияси | 0 | 50 % | 50 |
| Умумий қон анализи | 5 % |
| Ферментлар (КФК,ЛДГ,АсТ,Тропонин, миоглобин) | 6 % |
| Ўткир фазали синамалар | 5 % |
| Қондаги холестерин | 5 % |
| Қон ва сийдикдаги қанд миқдори | 5 % |
| ЭКГ | 7 % |
| ЭКГ юкламали синамалар билан | 5 % |
| ЭхоКС доплерография билан | 6 % |
| Кўкрак қафаси рентгенограммаси | 6 % |
| Қиёсий ташхис | 0 | 20 | |
| Ташхисни асослаш | 0 | 10 | |
| Даволаш режасини белгилаш | 0 | 10 | |
| Тавсиялар | 0 | 10 | |
| ЖАМИ | 0 | 100 | |

**Назорат саволлари:**

1. Турғун стенокардиянинг диагностик мезонлари
2. Турғун зўриқиш стенокардиясини турли ФСлар бўйича қиёсий ташхиси
3. Турғун зўриқиш стенокардияси турли ФСларида шошилинч госпитализация, амбулатор даволашни давом эттириш, реабилитация, профилактикада УАШ тактикаси.
4. ЮИК, ЎКС, ва НС нинг қиёсий ташхиси
5. ЎКС нинг диагностик мезонлари
6. НС да шошилинч госпитализация, амбулатор даволашни давом эттириш, реабилитация, профилактикада УАШ тактикаси.

**Амалий машгулот № 16**

**Юрак соҳасида оғриқ. Ўткир коронар синдром қиёсий ташхиси. Миокард инфарктининг турли клиник шакллари ва босқичларининг таққослама ташхисоти.**

**Ўқитиш технологияси**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ўқиш вақти: 6 соат** | | |
| **Дарснинг тузилиши** | Ўқув тематик хона.  ЭКГ хонаси  Ўқув қўлланмалар, фантомлар, муляжлар, тарқатма материаллар, вазиятли масалалар тўплами ва тестлар.  Телевизор, видео аппаратура, мультимедиа |
| Ўқув дарсининг мақсади: УАШни “Умумий амалиёт шифокорининг квалификацион характеристикаси”да назарда тутилган талабларга мос равишда ЮИК.Ўткир коронар синдром турли кўринишлари ва миокард инфаркти билан касалланган беморларни тиббиётнинг бирламчи бўғинида ўз вақтида эрта ташҳислаш ва қиёсий ташҳислаш, даволаш, хамда олиб бориш тамойилларига ўргатиш. | | |
| **Педагогик вазифалар:**   1. Ўткир коронар синлром шакллари 2. Миокард инфарктининг турли хил клиник кўринишларини ташхислаш хусусиятлари 3. Миокард инфарктининг турли хил кечишидаги ташҳислаш масалаларини кўриб чиқиш(атипик кечишлари). 4. Миокард инфарктининг ва стенокардиянинг турли хил кўринишларидаги лаборатор инструментал текширувлар натижаларини муҳокама қилиш 5. миокард инфарктида ва стенокардияда қиёсий ташҳислаш ўтказиш 6. миокард инфарктининг ва стенокардиянинг диагностик критерийларини аниқлаш 7. МИ жарроҳлик муолажаларига кўрсатмаларни аниқлаш.. 8. Олиб бориш тамойилларини мухокама қилиш. 9. Даволаш тамойилларини мухокама қилиш (номедикаментозва медикаментоз). 10. Олиб бориш тамойилларини, кузатувни ва беморлар мониторинги ҚВП ва ОП шароитида мухокама қилиш. 11. Юқоридаги касалликларда бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактика чора тадбирларини мухокама қилиш. 12. МИ ва стенокардияли беморларни намойиш қилиш. | **Ўқитиш фаолиятининг натижалари:**  **Талаба билиши шарт:**   1. Кўкрак қафасидаги оғриқ билан кечувчи касалликлар 2. Кўкрак қафасидаги оғриқлар билан кечувчи энг хавфли касалликлар 3. МИ, ЮИК ва стабил стенокардиянинг этиологияси, таснифи ва патогенези. 4. МИ, ЮИК, ностабил ва стабил стенокардиянингклиник белгилари 5. МИ ЮИК, стабил стенокардиянингқиёсий ташҳисланиши 6. МИ, ЮИК, ностабил ва стабил стенокардияни даволашда ишлатиладиган дори моддалар рўйхати 7. Стенокардияларда жарроҳлик амалиётига кўрсатмалар 8. МИ, ЮИК, стабил стенокардияли беморларни диспансер кузатуви ва мониторинги тамойиллари 9. Юқоридаги касалликларда бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактика тамойиллари.   **Талаба қила олиши керак:**  -.Шикоятлар ва анамнез ахборотларини МИ ва стенокардиянинг турли хил шаклларига мос равишда тахлил қила олиши.   1. МИ ва стенокардияни лаборатор-инструментал текширувлар натижаларига монанд ташҳислаш ва қиёсий ташхислаши лозим. 2. ЭКГ олиш техникасини намойиш қилиш ва уни тахлил қила олиш. 3. Исботланган таъсирга эга препаратларни танлай олиш. 4. Номедикаментоздаво усуллари бўйича маслахат бера олиш. 5. ҚВП ва ОП шароитида мониторинг ўтказа олиш. |
| **Ўқитиш услублари** | усул «ари ини», намойиш қилиш, графикли органайзер- каскад, видеотасвир томоша қилиш, бахс, сухбат, тестлар ва вазиятли масалалар ечиш. |
| **Ўқитиш фаолиятини ташкил қилиш шакллари** | Индивидуал тарзда иш юритиш,гурухларда ишлаш, аудитор, аудиториядан ташқари вазифалар бажариш. |
| **Ўқитиш ускуналари** | Тарқатма визуал ўқув материаллар, видеофильмлар, муляжлар, графикли органайзерлар, тиббий хариталар мажмуаси, жадваллар ва стендлар. |
| **Қайта алоқа услуб ва ускуналари** | Блиц-сўров, тест, ўқув вазифасини бажарилиш натижаларини намоён қилиш, тиббий хариталарни тўлдириш ва “мутахассис сўрови” амалий кўникмасини бажариш. |

**Машғулот қисмлари:**

**Назарий қисми**. Кўкракдаги оғриқ беморни доимо қўрқитади ва шифокорни қўриқлайди, хар холда бу хавфли касаллик симптомиЗўриқиш стенокардияси ЮИК формаларидан бири бўлиб хисобланади.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Критериялари | Стенокардия | Миокард инфаркти |
| Оғриқ  Давомийлиги  Интенсивлиги  Қолиши | 20 мингача  Ноинтенсив  Нитроглицерин билан қолади | 20 мин кўпроқ  Интенсив  Нитроглицерин билан қолмайди  Совуқ тер оқиши билан кечади |
| Лаборатор маълумотлар | Ўзгаришсиз | Резорбционно-некротик синдром:  КФК-МВ,ЛДГ, тропонин, миоглобин ошади, кучсиз лейкоцитоз, тана харорати ошади субфебрилгача |
| ЭКГ | Хуруж вақтида ST депрессияси, Т тишча манфий ёки ўткир ва баланд | трансмуралда: QS комплекси шаклланиши, Q тишча кенгайган(0.04с),амплитудаси кўтарилган, R тишча амплитудаси ўзгарган. ST сегменти ва Т тишча ўзгарган. |

**Интер актив ўйинлар.**

**«Ручка стол ўртасида»**

Ишлаш учун керакли қуроллар:

1.Алохида .қоғозларга ёзилган саволлар

2.Тоза оқ қоғоз

3. Ручкалар (кўк, қизил, қора)

Ўйин ўтказиш қоидалари

1. Қоғозга ўйин ўтказиш куни, гурух номери, ўйиннинг номи, қатнашчининг исми шарифи ёзилади.

2. Қатнашчилардан бири савол олади.

3. Хар бир қатнашчи навбат билан биттадан жавоб ёзади, рукани стол ўртасида қолдириб, қоғозни кейинги қатнашчига узатади.

4. Педагог вазиятни назорат қилади.

5.Ўйин тугагач, қоғоз ўқитувчига берилади.

6. педагог билан жавоблар тахлил қилинади.

7.Ўйинда ўттказилган ишлар ўқитувчида қолади.

Ўйин ўтказиш учун саволлар:

1. МИ ва зўриқиш стенокардиясининг клиник кўриниши бўйича қиёсий ташхиси.

2. МИ ва зўриқиш стенокардиясининг ЭКГ беелгилари бўйича қиёсий ташхиси.

3. МИ ва зўриқиш стенокардиясининг лаборатор белгилар бўйича қиёсий ташхиси.

**Аналитик қисм**

Вазиятли масалалар.

1. Бемор 62 ёш, стоматологик кабинетга пастки жағ сохасидаги кучли оғриқ билан шикоят қилди. 10 йил ГК билан оғриган. Охирги 2 кунда зинадан кўтарилганда пастки жағ сохасида кусли оғриқ юзага келган. Бир оз вақт дам олгач. Ўтиб кетган.Стоматолог беморни кўриб пульпитга шубха қилган ва тишини олиб ташлаган. Шундан кейин дархол пастки жағдаги оғриқ, бош айланиши, муздек тер оқиши билан кечувчи хуруж ривожланган. Кўрикда: ахволи оғир, тери қопламлари ққуруқ ва нам. Ўпкада перкутор ўпка товуши, аускультатив везикуляр нафас, пастроқда нам хириллашлар. Пульс 92та, кучсиз тўлади. АҚБ 80/50 мм.р.с. юрак тонлари бў0иқ. Нафас сони 26та мин.Тахминий ташхисингиз:

А) ЮИК Зўриқиш стенокардияси, ФС III.

Б) ЮИК, НС

**В) ЮИК, Ўткир МИ кардиоген шок, Ўпка шиши**.

Г) ЮИК , ЮЕ

2. Бемор 62 ёш, стоматологик кабинетга пастки жағ сохасидаги кучли оғриқ билан шикоят қилди. 10 йил ГК билан оғриган. Охирги 2 кунда зинадан кўтарилганда пастки жағ сохасида кусли оғриқ юзага келган. Бир оз вақт дам олгач. Ўтиб кетган.Стоматолог беморни кўриб пульпитга шубха қилган ва тишини олиб ташлаган. Шундан кейин дархол пастки жағдаги оғриқ, бош айланиши, муздек тер оқиши билан кечувчи хуруж ривожланган. Кўрикда: ахволи оғир, тери қопламлари ққуруқ ва нам. Ўпкада перкутор ўпка товуши, аускультатив везикуляр нафас, пастроқда нам хириллашлар. Пульс 92та, кучсиз тўлади. АҚБ 80/50 мм.р.с. юрак тонлари бўгиқ. Нафас сони 26та мин. Ўпкадаги нам хириллашлар нимадан гувохлик беради:

A) АҚБ пасайишидан келиб чиққан ўпкадаги димланишдан

Б) нафас етишмовчилигидан

В) пневмония ривожланганлигидан

**Г) Ўткир чап қоринча етишмовчилигидан келиб чиққан ўпка димланиши**

Д)тўғри жавоблар йўқ

3. Бемор 62 ёш, стоматологик кабинетга пастки жағ сохасидаги кучли оғриқ билан шикоят қилди. 10 йил ГК билан оғриган. Охирги 2 кунда зинадан кўтарилганда пастки жағ сохасида кусли оғриқ юзага келган. Бир оз вақт дам олгач. Ўтиб кетган.Стоматолог беморни кўриб пульпитга шубха қилган ва тишини олиб ташлаган. Шундан кейин дархол пастки жағдаги оғриқ, бош айланиши, муздек тер оқиши билан кечувчи хуруж ривожланган. Кўрикда: ахволи оғир, тери қопламлари ққуруқ ва нам. Ўпкада перкутор ўпка товуши, аускультатив везикуляр нафас, пастроқда нам хириллашлар. Пульс 92та, кучсиз тўлади. АҚБ 80/50 мм.р.с. юрак тонлари бў0иқ. Нафас сони 26та мин. Сизнинг тактикангиз қандай:

А)хавф омилларини йўқотиш

Б) ЭКГ олиб , уйга жўнатиш

В)спазмолитиклар билан оғриқни қолдириб кардиологга юбориш

Г) ЭхоКС га юбориш

**Д)Оғриқ хуружини йўқотиш, шокка қарши курашиш, дезагрегантлар буюриш, кардиобригадани чақириш.**

4.Агар беморда МИ нинг 4 хафтасида кучли сиқувчи оғриқлар, ЭКГ да манфий динамика юзага келса, АСТ, АЛТ, КФК МВ активлиги яна ошиб кетса нима деб ўйлаш мумкин :

**А)** ЎАТЭ

**Б)Рецидивланган МИ**

В)Такрорий МИ

Г)Дресслер синдроми ривожланса

Д)Принцметал стенокардияси

4..Бемор 56 ёш, 2 ой ошқозонда операция ўтказган, 28 куни тўш орти сохасидаоғриқ пайдо бўлган. АҚБ 130/80 мм с.у. Пульс 80та мин. ЭКГ да чуқур ва кенгайган Q III aVFда, ST изолинияда,T манфий, Умумий холестерин 6.5 ммоль/л. Касаллик нима билан боғлиқ.

**А)Эрта инфарктдан кейинги стенокрадия билан**

Б) ноадекват даволаш билан

В) Ишемик инсульт ривожланиши билан

Г) Жисмоний юкламада ЭКГ ўтказиш билан

Д)Эртаоперациядан кейинги стенокардия билан.

**Амалий қисми.** Талаба соғлом ҳаёт тарзи, беморлар билан мулоқот, сўраб суриштириш ва курик, шунингдек, олинган маълумотларни бахолаш, ЭКГ тахлили, клиник ташхисни асослаш, текшириш, даволаш, тиббий хужжатларни тўлдириш, маслахат бериш, тиббий адабиётлар билан ишлашни ўзлаштириши лозим. Машғулот вақтида ЮИК ва НС , ЎКСда УАШ тактикаси ва қиёсий ташхис қилинган бемор устида клиник мухокамалар ўтказилади.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | Бемор курацияси | | Умумий қон анализи | | Ферментлар (КФК,ЛДГ,АсТ,Тропонин, миоглобин) | | Ўткир фазали синамалар | | Қондаги холестерин | | Қон ва сийдикдаги қанд миқдори | | ЭКГ | | ЭКГ юкламали синамалар билан | | ЭхоКС доплерография билан | | Кўкрак қафаси рентгенограммаси | | Қиёсий ташхис  Ташхисни асослаш | | Даволаш режасини белгилаш | |

**Билимни, кўникмани, тушунчани назорат қилиш шакллари**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Кўрсаткич | Бажарилмади | Тўлиқ бажарилди | |
| Бемор курацияси | 0 | 50 % | 50 |
| Умумий қон анализи | 5 % |
| Ферментлар (КФК,ЛДГ,АсТ,Тропонин, миоглобин) | 6 % |
| Ўткир фазали синамалар | 5 % |
| Қондаги холестерин | 5 % |
| Қон ва сийдикдаги қанд миқдори | 5 % |
| ЭКГ | 7 % |
| ЭКГ юкламали синамалар билан | 5 % |
| ЭхоКС доплерография билан | 6 % |
| Кўкрак қафаси рентгенограммаси | 6 % |
| Қиёсий ташхис | 0 | 20 | |
| Ташхисни асослаш | 0 | 10 | |
| Даволаш режасини белгилаш | 0 | 10 | |
| Тавсиялар | 0 | 10 | |
| ЖАМИ | 0 | 100 | |

**Назорат саволлари:**

1. ЮИК, МИ нинг диагностик мезонлари
2. МИ ва турғун зўриқиш стенокардиясини ЭКГ белгилари, лаборатор маълумотлар, клиникаси бўйича қиёсий ташхиси
3. Кардиоспецифик ферментлар
4. МИ ва турғун зўриқиш стенокардияда шошилинч госпитализация, амбулатор даволашни давом эттириш, реабилитация, профилактикада УАШ тактикаси.
5. Кардиохирургга тавсия қайси холатларда бўлади

**Амалий машгулот №17**

**Юрак соҳасида оғриқ. МИ асоратлари (кардиоген шок, ўпка шиши, юрак аневризмаси, Дресслер синдроми). МИ госпиталгача, стационар ва**

**амбулатор олиб бориш.**

**Ўқитиш технологияси**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ўқиш вақти: 6 соат** | |
| **Дарснинг тузилиши** | 1. Ўқув тематик хона. 2. ЭКГ хонаси 3. УАШ хонаси. 4. Ўқув қўлланмалар, фантомлар, муляжлар, тарқатма материаллар, вазиятли масалалар тўплами ва тестлар. 5. Телевизор, видео аппаратура, мультимедиа |
| Ўқув дарсининг мақсади: УАШни “Умумий амалиёт шифокорининг квалификацион характеристикаси”да назарда тутилган талабларга мос равишда ЮИК зўриқиш стенокардиясининг турли кўринишлари ва миокард инфаркти билан касалланган беморларни тиббиётнинг бирламчи бўғинида ўз вақтида эрта ташҳислаш ва қиёсий ташҳислаш, даволаш, хамда олиб бориш тамойилларига ўргатиш. | |
| **Педагогик вазифалар:**   1. миокард инфарктининг турли хил клиник кўринишларини ташхислаш хусусиятлари 2. МИнинг турли хил кечишидаги ташҳислаш масалаларини кўриб чиқиш 3. миокард инфарктининглаборатор инструментал текширувлар натижаларини муҳокама қилиш 4. МИ қиёсий ташҳислаш ўтказиш 5. МИ диагностик критерийларини аниқлаш 6. МИ жарроҳлик муолажаларига кўрсатмаларни аниқлаш.. 7. Олиб бориш тамойилларини мухокама қилиш. 8. Даволаш тамойилларини мухокама қилиш (номедикаментозва медикаментоз). 9. Олиб бориш тамойилларини, кузатувни ва беморлар мониторинги ҚВП ва ОП шароитида мухокама қилиш. 10. Юқоридаги касалликларда бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактика чора тадбирларини мухокама қилиш. 11. МИ беморларни намойиш қилиш. | **Ўқитиш фаолиятининг натижалари:**  ***Талаба билиши зарур:***  - Миокард инфарктини этиопатогенези  - Хавф омиллари  - Миокард инфарктини клиникаси ва таснифи  - Диагноз критериялари  - Даволаш стандартлари  -Консультацияга йўналтириш учун кўрсатмалар  - Госпитализацияга кўрсатма  - Реабилитацион чора-тадбирлар.  ***Талаба англаши керак***  ***-*** профессионал сўраб суриштириш ва бемор кўриги  - Тахминий дигнозни қўйиш  - текшириш режасини белгилаш  - клиник, лаборатор-инструментал усулда олинган маълумотлар интерпретацияси (ЭКГ, ЭхоКС, миокард инфаркти маркерлари)  - дифференциал ташхис ўтказиш  - клиник ташхисни асослаш ва қўйиш  - шошилинч холатларда биринчи ёрдам кўрсатиш  - мос келувчи терапияни белгилаш  - беморга тавсиялар бериш |
| **Ўқитиш услублари** | усул «ари ини», намойиш қилиш, графикли органайзер- каскад, видеотасвир томоша қилиш, бахс, сухбат, тестлар ва вазиятли масалалар ечиш. |
| **Ўқитиш фаолиятини ташкил қилиш шакллари** | Индивидуал тарзда иш юритиш,гурухларда ишлаш, аудитор, аудиториядан ташқари вазифалар бажариш. |
| **Ўқитиш ускуналари** | Тарқатма визуал ўқув материаллар, видеофильмлар, муляжлар, графикли органайзерлар, тиббий хариталар мажмуаси, жадваллар ва стендлар. |
| **Қайта алоқа услуб ва ускуналари** | Блиц-сўров, тест, ўқув вазифасини бажарилиш натижаларини намоён қилиш, тиббий хариталарни тўлдириш ва “мутахассис сўрови” амалий кўникмасини бажариш. |

**Юрак сохасидаги оғриқ синдроми** кўпгина касалликлар симптоми эканлигини урганаётиб УАШ бир қанча мутахассислар билан- кардиолог, кардиохирург, аритмолог, ревматолог, эндокринолог билан ўртоқлашишга тўғри келади. Бу иавзуни тахлил кила туриб неврология, реаниматология ва шошилинч холат, функционал диагностика билан боғлиқлигига амин бўлади.

**Машғулот қисмлари:**

Назарий қисми. ЭКГ- маълумотларига асосланган МИ таснифи. Фарқланади: Q тишчали МИ. Бу гурух ичига киради, Трансмурал МИ( QS типдаги қоринчалар комплекси) ва патологик Q тишчасиз МИ. Клиник кечиши бўйича 5 даврга бўлинади: Инфаркт олди, ўта ўткир, ўткир, ўткир ости ва инфарктдан кейинги. Локализайияси бўйича: олд ва орқа девор МИ.

Миокард инфарктининг атипик формалари бор: абдоминал, периферик оғриқ билан кечувчи, аритмик, астматик, аритмик, церебрал, кам симптомли. Уларни босқичлари, ЭКГ белгилари , жойлашуви бўйича фарқлаш керак Q тишчасиз МИ: субэндокардиал ST изолиниядан пастда

Субэпикардиал ST изолиниядан юқорида.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Локализация | Уланиш | ЭКГ даги ўзгаришлар |
| Миокард инфаркти олдинги девор:  Олдинги ёнбош  Олдинги тўсиқ  Олдинги чўққи  Олдинги тарқалиши | I, aVL,V5,V6  V1-V3, I, aVL  V3-V4  V1-V6, I, aVL  I I I, aVF | Q ёки QЅ+ (RЅ-Т) –Т  Q ёки QЅ+ (RЅ-Т) –Т  Q ёки QЅ+ (RЅ-Т) –Т  Q ёки QЅ+ (RЅ-Т) –Т  Реципрокўзгаришлар бўлиши мумкин  -(RЅ-Т) +Т |
| Миокард инфарктини орқа девори.  Орқадиафрогмаль (патски)  Орқабазаль  Орқаёнбош  Орқа тарқалиши | I I I, aVF ,I I  V1-V4, I, aVL  V1-V2  V1-V4  I I I, aVF ,I I  V6 I, aVL  V1-V2  I I I, aVF ,I I  V5, V6, V7-V9  V1-V3 | Q ёки QЅ+ (RЅ-Т) –Т  Реципрокўзгаришлар бўлиши мумкин  -(RЅ-Т) +Т  Реципрокўзгаришларкатталашган R, -(RЅ-Т)+Т (баланд)  Q (редко)+ (RЅ-Т) –Т  -Т (доимий эмас)  Реципрокўзгаришларкатталашган R, -(RЅ-Т)+Т (баланд)  Q ёки QЅ+ (RЅ-Т) –Т  Реципрок ўзгаришлар  -(RЅ-Т) +Т (баланд) |
| Ён девори миокард инфаркти | V5-V6, I, aVL, I I  V1-V2 | Q ёки QЅ (доимий эмас)+ (RЅ-Т) –Т  Реципрокўзгаришларкатталашган R,  -(RЅ-Т) +Т |

Машғулотларда янги технологияларни қўллаш

**Интер актив ўйинлар.**

**«Галерея бўйлаб саёхат »**

Ишлаш учун керакли қуроллар:

1.Алохида когозларда ёзилган саволлар.

2.Тоза оқ қоғоз

3. Ручкалар (кўк, қизил, қора)

Ўйин ўтказиш қоидалари

1.Группа 2-3та талабадан иборат гурухчаларга бўлинади .

2.Хар бир гурухчалар ўзларига ручка танлаб,оқ қоғоз олишади.

3. Оқ қоғозга сана, гурх, ўйин номи, иштирокчиларнинг ФИШ ёзилади.

4. Гурухча учун битта иштрокчи савол танлайди.

5. Хар бир 10 дақиқада саволни мухокама қилиб, қоғозга ёзади ва кейинги гурухчага беради.

6.Хар бир гурухча бахолаб ва қўшимча қўшади. Агар жавоб нотўғри бўлса, ўзини вариантини ёзади. Бу босқичга 10 дақиқа берилади.

7. Ўйин охирида қоғозлар ўқитувчига берилади.

6. Ўқитувчи билан жавоблар тахлил қилинади.

7.Ўйин натижалари ўқитувчида қолади.

Ўйин ўтказиш учун саволлар:

1. ЮИК дифференциал диагностика ўтказиш.Ўткир миокард инфарктини атипик вариантлари ва классик ЎМИ.

2. Майда ўчоқли ва трансмурал ЎМИ ни дифференциал диагностика ўтказиш.

3. Клиник ва ЭКГ белгиларига қараб олдинги девор ЎМИ ва орқа девор ЎМИ қиёсий ташхисини ўтказинг.

**« Мияга хужум»**

Ишлаш учун керакли қуроллар:

1.Алохида .қоғозларга ёзилган саволлар

2. Ручкалар (кўк, қизил)

Ўйин ўтказиш қоидалари

1.Ўқитувчи доска ёнида туриб саволлар беради.

2.Талабалар жавобларни хисоблашни бошлайдилар..

3.Педагог жавобларни тахлил қилмасдан, шархламасдан қоғозга ёзиб қўяди.

4. Барча талабалар ўз фикрини билдириб бўлгач, олинган жавоблар биринчисидан бошлаб мухокама қилинади.

5. Мухокама тугагач, ўқитувчи тўғри жавобларни қоғозга белгилашни сўрайди.

6. Талабалар тўғри жавоблар сони бўйича бахолайди.

7.Ўйинга талуқли барча нарсалар ўқитувчида қолади.

Ўйин ўтказиш учун саволлар:

1.Ўткир миокард инфаркти босқичларини айтинг..

2. ЎМИ нинг ўта ўткир босқичидаги клиник, лаборатор, ЭКГ белгиларини айтинг.

3. ЎМИ нинг ўткир ости босқичидаги клиник, лаборатор, ЭКГ белгиларини айтинг

4. ЎМИ нинг инфарктдан кейинги босқичидаги клиник, лаборатор, ЭКГ белгиларини айтинг

5. ЎМИ нинг ўткир босқичидаги клиник, лаборатор, ЭКГ белгиларини айтинг

6. МИ ўта ўткир босқичида шошилинч ёрдам ва УАШ тактикаси.

7. МИ ўткир босқичида шошилинч ёрдам ва УАШ тактикаси.

8. МИ ўткир ости босқичида шошилинч ёрдам ва УАШ тактикаси.

9. МИ инфарктдан кейинги босқичида шошилинч ёрдам ва УАШ тактикаси.

**Аналитик қисм**

Вазиятли масалалар.

1. 55 ёшли эркак клиникага кўкрак қафасидаги сиқувчи оғриқлар ва кўнгил айниши шикоятлар билан келтирилди.

Оғриқ тахминан бир соатлар олдин пайдо бўлган, АҚБ 110/70мм.с.у. , пульс 72 та, аритмик, териси нам. Упкада икки томонлама нам жарангсиз майда пуфакчали хириллашлар. Юрак тонлари бўғиқлашган. ЭКГда : чуқур Q тишча, STнинг V1 V4 уланишларда кўтарилиши, III aVF да депрессияси, сизнинг ташхисингиз:

**а) олдинги миокард инфаркти**

б) ўткир коронар синдром

в) орқа миокард инфаркти

г) ностабил стенокардия

д)олдинги-ёнбош девори миокард инфаркти

2. 55 ёшли эркак клиникага кўкрак қафасидаги сиқувчи оғриқлар ва кўнгил айниши шикоятлар билан келтирилди.

Оғриқ тахминан бир соатлар олдин пайдо бўлган, АҚБ 110/70мм.с.у. , пульс 72 та, аритмик, териси нам. Упкада икки томонлама нам жарангсиз майда пуфакчали хириллашлар. Юрак тонлари бўғиқлашган. ЭКГда : чуқур Q тишча, STнинг V1 V4 уланишларда кўтарилиши, III aVF да депрессияси, биринчи босқичда қилиниши керак:

**А) стрептокиназа юбориш**

Б) нитроглицерин юбориш

В)лазикс в/и

Г) гепарин в/и

Д)метопролол в/и

3.Бемор 46 ёш, касалхонага юрак сохасидаги сиқувчи оғриқ, холсизлик, совуқ тер оқиши шикояти билан келди. Охирги беш йил ичида АГ билан оғрийди. Максимал АҚБ 180/100мм с.у. Олдинги оғриқ хуружлари безовта қилмаган. Кўрикда: юрак тонлари бўғиқ, ЮҚС 88та, АҚБ 110/70мм с.у., ЭКГда қоринчалар экстрасистолияси, I, II, V1 V4 да QS ва ST гумбазсимон кўтарилиши. Қонда: лейкоцитлар 14 минг. уровень МВ-КФК 161 МЕ Даволаш тактикангиз:

а) нитроглицерин+бета-блокаторы+ИАПФ+диуретики.

б)гепарин+ИАПФ+аспирин+верапамил

в)аспирин+альтеплаза+нитраты+гепарин

г) диуретики+ИАПФ+аспирин

4.Бемор 60 ёш, юрак сохасидаги тусатдан бошланган оғриқ, тез чарчаш, холсизлик, совуқ тер оқиши шикоятлари билан мурожаат қилди Белгилар 7 соатлар олдин пайдо бўлган. Беморда ЭКГ да қуйидаги ўзгаришлар аниқланди:

Патологик Q тишча, ST сегменти изолиниядан юқорида, манфий Т тишча., I, aVL, V5 V6 да ўзгаришлар, шунингдек гурухли экстрасистолиялар, қон анализи: КФК-МВ фракциясининг ошиши, ЛДГ. МИ клиник вариатини айтинг.

А)периферияда оғриқнинг атипик локализацияси

Б)абдоминал форма

В) церебралформа

Г)коллаптоид форма

Д)аритмик форма

5.Бемор 61 ёш бош оғриғи, бош айланиши, кўнгил айниши, тумов кўринишида хушнинг бузилиши. Бемор сўзига кўра 5 кундан бери касал.

Беморда ЭКГ да қуйидаги ўзгаришлар аниқланди: Патологик Q тишча, ST сегменти изолиниядан юқорида, манфий Т тишча, aVL, V3 V4 да ўзгаришлар, қон анализи: КФК-МВ фракциясининг ошиши, ЛДГ. МИ локализациясини айтинг.

А) олдинги тўсиқ

Б)олдинги ён

В)олдинги чўққи

Г)орқа ён

Д)орқа

6. 55 ёшли эркак клиникага кўкрак қафасидаги сиқувчи оғриқлар ва кўнгил айниши шикоятлар билан келтирилди.

Оғриқ тахминан бир соатлар олдин пайдо бўлган, АҚБ 110/70мм.с.у. , пульс 72 та, аритмик, териси нам. Упкада икки томонлама нам жарангсиз майда пуфакчали хириллашлар. Юрак тонлари бўғиқлашган. ЭКГда : чуқур Q тишча, STнинг V1 V4 уланишларда кўтарилиши, III aVF да депрессияси, биринчи босқичда қилиниши керак:

А)стрептокиназа юбориш

Б) нитроглицерин юбориш

В)лазикс в/и

Г) гепарин в/и

Д)метопролол в/и

7.Бемор 46 ёш, касалхонага юрак сохасидаги сиқувчи оғриқ, холсизлик, совуқ тер оқиши шикояти билан келди. Охирги беш йил ичида АГ билан оғрийди. Максимал АҚБ 180/100мм с.у. Олдинги оғриқ хуружлари безовта қилмаган. Кўрикда: юрак тонлари бўғиқ, ЮҚС 88та, АҚБ 110/70мм с.у., ЭКГда қоринчалар экстрасистолияси, I, II, V1 V4 да QS ва ST гумбазсимон кўтарилиши. Қонда: лейкоцитлар 14 минг. уровень МВ-КФК 161 МЕ Сизнинг ташхисингиз:

А) Гипертония касаллиги, ЮИК, Зўриқиш стенокардияси IV ФС

Б) Ўткир коронар синдром

В)ЮИК, нотурғун стенокардия ГК III

Г)ЮИК, ЎМИ ГК III

Д)ГК III, гипертоник криз

8.Бемор 60 ёш, юрак сохасидаги тусатдан бошланган оғриқ, тез чарчаш, холсизлик, совуқ тер оқиши шикоятлари билан мурожаат қилди Белгилар 7 соатлар олдин пайдо бўлган. Беморда ЭКГ да қуйидаги ўзгаришлар аниқланди:

Патологик Q тишча, ST сегменти изолиниядан юқорида, манфий Т тишча., I, aVL, V5 V6 да ўзгаришлар, шунингдек гурухли экстрасистолиялар, қон анализи: КФК-МВ фракциясининг ошиши, ЛДГ. МИ босқичини айтинг.

А)Ўта ўткир

Б)ўткир

В) ўткир ости

Г) чандиқли

9.Бемор 60 ёш, юрак сохасидаги тусатдан бошланган оғриқ, тез чарчаш, холсизлик, совуқ тер оқиши шикоятлари билан мурожаат қилди Белгилар 7 соатлар олдин пайдо бўлган. Беморда ЭКГ да қуйидаги ўзгаришлар аниқланди:

Патологик Q тишча, ST сегменти изолиниядан юқорида, манфий Т тишча., I, aVL, V5 V6 да ўзгаришлар, шунингдек гурухли экстрасистолиялар, қон анализи: КФК-МВ фракциясининг ошиши, ЛДГ. МИ локализацияни айтинг.

А) олдинги тўсиқ

Б)олдинги ён

В)олдинги чўққи

Г)орқа ён

Д)орқа

10.Бемор 61 ёш бош оғриғи, бош айланиши, кўнгил айниши, тумов кўринишида хушнинг бузилиши. Бемор сўзига кўра 5 кундан бери касал.

Беморда ЭКГ да қуйидаги ўзгаришлар аниқланди: Патологик Q тишча, ST сегменти изолиниядан юқорида, манфий Т тишча, aVL, V3 V4 да ўзгаришлар, қон анализи: КФК-МВ фракциясининг ошиши, ЛДГ. МИ клиник вариантини айтинг.

А) периферияда оғриқнинг атипик локализацияси

Б)абдоминал форма

В) церебралформа

Г)коллаптоид форма

Д)аритмик форма

11.Бемор 61 ёш бош оғриғи, бош айланиши, кўнгил айниши, тумов кўринишида хушнинг бузилиши. Бемор сўзига кўра 5 кундан бери касал.

Беморда ЭКГ да қуйидаги ўзгаришлар аниқланди: Патологик Q тишча, ST сегменти изолиниядан юқорида, манфий Т тишча, aVL, V3 V4 да ўзгаришлар, қон анализи: КФК-МВ фракциясининг ошиши, ЛДГ. МИ босқичини айтинг.

А)Ўта ўткир

Б)ўткир

В) ўткир ости

Г) чандиқли

**Амалий қисми.** Талаба соғлом ҳаёт тарзи, беморлар билан мулоқот, сўраб суриштириш ва курик, шунингдек, олинган маълумотларни бахолаш, ЭКГ тахлили, клиник ташхисни асослаш, текшириш, даволаш, тиббий хужжатларни тўлдириш, маслахат бериш, тиббий адабиётлар билан ишлашни ўзлаштириши лозим. Машғулот вақтида ЮИК ва ЎМИда УАШ тактикаси ва қиёсий ташхис қилинган бемор устида клиник мухокамалар ўтказилади.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | Бемор курацияси | | Умумий қон анализи | | Ферментлар (КФК,ЛДГ,АсТ,Тропонин, миоглобин) | | Ўткир фазали синамалар | | Қондаги холестерин | | Қон ва сийдикдаги қанд миқдори | | ЭКГ | | ЭКГ юкламали синамалар билан | | ЭхоКС доплерография билан | | Кўкрак қафаси рентгенограммаси | | Қиёсий ташхис  Ташхисни асослаш | | Даволаш режасини белгилаш | |

**Билимни, кўникмани, тушунчани назорат қилиш шакллари**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Кўрсаткич | Бажарилмади | Тўлиқ бажарилди | |
| Бемор курацияси | 0 | 50 % | 50 |
| Умумий қон анализи | 5 % |
| Ферментлар (КФК,ЛДГ,АсТ,Тропонин, миоглобин) | 6 % |
| Ўткир фазали синамалар | 5 % |
| Қондаги холестерин | 5 % |
| Қон ва сийдикдаги қанд миқдори | 5 % |
| ЭКГ | 7 % |
| ЭКГ юкламали синамалар билан | 5 % |
| ЭхоКС доплерография билан | 6 % |
| Кўкрак қафаси рентгенограммаси | 6 % |
| Қиёсий ташхис | 0 | 20 | |
| Ташхисни асослаш | 0 | 10 | |
| Даволаш режасини белгилаш | 0 | 10 | |
| Тавсиялар | 0 | 10 | |
| ЖАМИ | 0 | 100 | |

**Назорат саволлари:**

1. УМИ босқичлари
2. ЎМИ босқичлари бўйича қиёсий ташхиси
3. ЎМИ диагностика усуллари
4. ЎМИ турли кўринишларида ЭКГ тахлили
5. ЎМИ турли босқичларида ЭКГ тахлили
6. ЎМИ турли босқичларидадаволашга дифференциал ёндашиш. УАШ тактикаси(текширишга, консультацияга, госпитализацияга кўрсатма)
7. ЎМИ да тез ёрдам кўрсатиш
8. ЎМИ эрта ва кечки асоратлари
9. Асоратларда УАШ тактикаси
10. МИ беморлари реабилитацияси

**Амалий машгулот № 18**

**Юрак шовқинлари ва кардиомегалия. Юрак чўққисидаги шовқиннинг таққослама ташхисоти. Функционал (миокардиал, анемик, қон ўзгаришларида, иситмада) ва органик (митрал ва аортал нуқсонлар) шовқинлар қиёсий ташхиси. Асоратларни олдини олиш чора-тадбирлари. Хирургик давога кўрсатмалар. Туғмаюрак нуқсонларини қиёсий ташхислаш. Хавф омиллари. Фертил ёшидаги аёллар билан профилактик тадбирларни ўтказиш. Ўз вақтида клиник, лаборатор-инструментал диагностика, ривожланишнинг хавф омиллари. Бактериал эндокардитли беморларни олиб бориш тактикаси. УАШ тактикаси.**

**Ўқитиш технологияси**

|  |  |
| --- | --- |
| **Машғулот мақсади**: Алгоритмларга мос равишда талабаларга юрак чўққисида функционал ва органик шовқинлар эшитиладиган беморларни кузатишни, эрта муддатда ташхис қўйиш усулларини, қиёсий ташхис, оптимал даво тактикасини танлашга ўргатиш.  **Машғулотнинг жихозланиши ва ўтказиладиган жой.**   * 1-сон ички касалликлар кафедраси, тематик ўқув хонаси, кардиология, кардиореанимация, ревматология ва кардиоревматология бўлимидаги палата. ЭКГ ва функционал диагностика хоналари ва х.к. * Кўргазмали қуроллар, жадваллар, альбомлар, слайдлар; касаллик тарихи, тарқатма материаллар; ЭКГ, ЭХОКГ, вазиятли масалалар. * Янги информацион технологиялар предметлари – электрон презентациялар, баннерлар | ***Талаба билиши зарур:***   * Юрак чўққисидаги функционал ва органик шовқинлар этиопатогенези * Митрал нуқсон клиникаси ва классификацияси * Ташхис мезонлари * Шовқинларни эшитиш нуқталари * Туғма юрак нуқсонларини қиёсий ташхислаш. * Хавф омилларини аниқлаш. * Фертил ёшидаги аёллар билан профилактик тадбирларни ўтказиш. * Клиник, лаборатор-инструментал диагностикасини билиш. * Бактериал эндокардитли беморларни олиб бориш тактикасини билиш. * Даволаш стандартлари * Мутахассис маслаҳатига юборишга кўрсатмалар * Госпитализацияга кўрсатмалар * Реабилитация чора-тадбирлари   ***Талаба бажара олиши зарур:***   * беморни сўраб суриштириш ва кўздан кечириш * тахминий ташхис қўйиш * текширув режасини белгилаш * клиник, лаборатор-асбобий текширув усулларини (ЭКГ,ЭхоКГ) изоҳлаш * қиёсий ташхис ўтказиш * клиник ташхис ва уни асослаш * шошилинч ҳолатларда биринчи шифокор ёрдамини кўрсатиш * мос терапияни белгилаш   беморга тавсиялар бериш  кардиохирургга ўз вақтида юбориш |

Юрак шовқинлари туғма ёки орттирилган юрак нуқсонлари ва клапанлар функциясини органик ўзгаришларсиз бузилиши натижаси ҳисобланади. Юрак нуқсонлари орасида митрал нуқсонлар кўп учрайди ва шу сабабли уларнинг ўртасидаги фарқларни билиш зарурдир. Ҳозирги кунда юрак нуқсонлари ревматизм, атеросклерознинг асорати бўлиб кўпчилик иқтисодий ривожланган давлатларда аҳоли ўлимининг сабаби бўлиб ҳисобланади. Юрак нуқсонлари натижасида меҳнатга лаёқати чегараланиб қолган ва узоқ вақт ногирон бўлиб қолаётган беморлар сони ортиб бормоқда. Юрак чўққисида шовқинлари бор беморларни адекват даволаш усулларини танлаш ва уларни тўғри кузатиш учун УАШ функционал ва органик швқинлар ўртасидаги фарқни аниқ билиши зарур.

**Машғулот моҳияти**:

* 1. **Назарий қисм:** Юрак аускультацияси вақтида юрак тонларидан ташқари бошқа товушлар ҳам эшилиши мумкин бўлиб, улар юрак шовқинларидир. Агар шовқин юрак тўсиғининг ёки клапанининг нормал анатомик тузилишидаги бирор ўзгариш натижасида пайдо бўлса органик, агар юрак ва юрак томирлари нормал анатомик тузилишидаги морфологик бузилишларнинг объектив белгиларисиз эшитилса функционал шовқин деб аталади.Органик шовқинлар юрак чўққисида кўп ҳолларда митрал клапан етишмовчилиги, митрал тешик стенози ва митрал клапан пролапсида эшитилади.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Мезонлар** | **Функционал шовқинлар** | **Органик шовқинлар** |
| Сабаби | Ўзгаришга учрамаган клапанлар функцияси бузилиши. Қон оқиш тезлиги ошганда ёки қон суюқлашиши: анемия, иситмада қон таркиби ўзгариши, ҳомиладорлик. | Юрак клапанлари тузилишидаги анатомик ўзгаришлар:митрал клпан етишмовчилиги, митрал тешик стенози, митрал клапан пролапси. |
| Юрак иши фазаси билан боғлиқлиги | Кўпчилик ҳолларда систолик | Систолик шовқин Iтон билан бирга қисқа юрак паузасида пайди бўлади; у чўққи турткиси ва уйқк артериясидаги томир уриши билан мос келади.  Диастолик шовқин юрак узоқ паузаси вақтида IIтондан сўнг пайдо бўлади: протодиастолик   * Мездиастолик пресистолик |
| Характер | Доимий эмас, турли тана ҳолатида, жисмоний зўриқишдан сўнг, нафаснинг эрта фазаларида пайдо бўлиши ёки йўқолиши мумкин, майин, пуфловчи | Майин, пуфловчи, қўпол, ғичирловчи, арраловчи, баъзан мусиқий |
| Давомийлигига кўра | Давомий эмас | Қисқа, узун |
| Жаранглилигига кўра | Жарангли эмас | Секин, жарангли |
| Энг яхши эшитиладиган нуқта, иррадиацияси | Чегараланган ерда эшитилади ва пайдо бўлиш жойидан узоқга тарқалмайди | Митрал клапан етишмовчилигида ситолик шовқин юрак чўққисида эшитилади; чап қоринча зич мушаклари орқали аксилляр соҳога ёки тескари қон оқимига кўра чап қоринчадан чап бўлмачага тарқалиши мумкин.  Митрал тешик стенозида юрак чўққисининг чегараланган қичмида диастолик шовқин эшитилади.  Митрал клапан пролапсида қўшимча систолик тонлар алоҳида ёки ситоланинг ўртасида ёки ҳам ўртаси ва охирида ёки бутун систолани эгаллайдиган шовқинлар билан бирга эшитилиши мумкин. Юракнинг систолик от дупури ритми, “кучсиз юракнинг ёрдам қичқириғи” |
| Интенсивлигига кўра |  | Камайиб борувчи, кучаювчи |
| Даволаш | Талаб этмайди | Асосий касалликни даволаш |

Юрак ва йирик қон томирларнинг туғма нуқсонлари кўп ҳолларда ҳомиладорликнинг биринчи триместрида ҳомиладор аёлга зарарли таъсиротлар (қизилча, дори моддалари, алкоголь, нурланиш) нинг таъсири наътижасида ривожланади. Юрак пороклар кўп ҳолларда ўзаро ва бошқа туғма нуқсонлар билан бирга учрайди. 10% беморларда наслий мойиллик ва оилавий учраш ҳолатлари кузатилади. Нуқсон бола туғилиши билан ёки туғилгандан сўнг эрта муддатларда аниқланиши мумкин, лекин баъзида уни фақатгина бола ўсиш жараёнида қон айланиши ноадекват бўлгандан сўнг аниқлаш мумкин. Барча пороклар инфекцион эндокардит ва юрак етишмовчилиги билан асоратланиши мумкин. Қиёсий ташхислаш жараёнида порокларнинг қуйидаги мезонлари эътиборга олинади: клиник хусусиятлари, аускультатив симптомлар, рентгенологик ўзига хос хусусиятлари.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Нуксон тури** | **Етакчи клиник хусусиятлари** | **Аускультатив белгилар** | **Рентгенологик белгилар** |
| Бўлмачалараро тўсиқ нуқсони | Чапдан ўнгга шунт, сўнгги босқичларда ўнгдан чапга (цианоз). Кам ҳолларда юрак букриси. | Тўшдан чапда II-III қовурға оралиғида систолик шовқин, II тоннинг фиксацияланган иккиланиши, кам ҳолларда- протодиастолик шовқин. Ўпка артериясида II тон акценти. | Юрак ўнг қисмлари каттаашиши. Ўпка артериясида пульснинг кенгайиши ва кучайиши. |
| Қоринчалараро тўсиқ нуқсони (Толчинов- Роже синдроми) | Чапдан ўнгга шунт, сўнгги босқичларда ўнгдан чапга (цианоз). Кўп ҳолларда юрак букриси. | Тўшдан чапда III-IV қовурға оралиғида жарангдор систолик шовқин, титраш, II иккиланиши, ўпка артериясида II тон акценти. Баъзан протодиастолик шовқин. | Узоқ вақт норма сақланади. Чап қоринча катталашиши, ўпка артериясининг кенгайиши, ўпка илдизида пульсация кучайиши, ўпка суъратини кучайиши, кейинчалик қоринчалар ва бўлмача кенгайиши |
| Очиқ артериал йўл | Пульс бомининг ошиши | Тўшдан чапда II қовурға оралиғида “ситоло-диастолик машина” шовқини. Ўпка артериясида II тон кучайиши мумкин | Чап қоринча кенгайиши, ўака артерияси кенгайиши ва унда пульсациянинг кучайиши, аорта равоғида қульсация, ўпка суъратининг кучайиши |
| Фалло тетрадаси | Ўнгдан чапга шунт, цианоз, бармоқлар “дўм-бира таёқчалари” шак-лида, ҳансираш, кўп ҳол-ларда юрак букриси. Компонентлар:  1. Ўпка артерияси тешигининг торайиши  2.Қоринчалараро тўсиқ юқори дефекти  3. аорта тешигини ўнгга сурилиши  4. ўнг қоринча девори гипертрофияси |  |  |
| Аорта коарктацияси | Шнунтсиз; тана юқори ярмида гипертония, пастки ярмида гипертония | Тўшдан чапда II қовурға оралиғида ситолик шовқин. II тон акценти | Чап қоринча гипертрофияси, қовурғалар узурацияси, кўтарилувчи аорта кенгайиши |

Юрак аускультацияси вақтида юрак тонларидан ташқари бошқа товушлар ҳам эшилиши мумкин бўлиб, улар юрак шовқинларидир. Агар шовқин юрак тўсиғининг ёки клапанининг нормал анатомик тузилишидаги бирор ўзгариш натижасида пайдо бўлса органик, агар юрак ва юрак томирлари нормал анатомик тузилишидаги морфологик бузилишларнинг объектив белгиларисиз эшитилса функционал шовқин деб аталади.Органик шовқинлар аорта устида кўп ҳолларда аортал клапан етишмовчилиги, аортал тешик стенози, инфекцион эндокардит, атеросклероз ва аортитларда эшитилади.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Аорта тешиги стенози | Аортит |
| Жинси ,ёши | 40– 45дан ошганларда, баъзан ёшрокларда хам учрайди. Эркакларда аёлларга нисбатан 3-4 марта купрок учрайди | Урта ёшларда, купинча эркаклар касалланади |
| Сабаби | Ревматизм, атеросклероз, септик эндокардит, аортанинг фиброзлашган мушак тукимаси усиши натижасида тугма клапан ости ёки инфундибуляр торайиши. | Ревматик вальвулит, септик эндокардит, аорта атеросклерози, сифилитик аортит, каватланувчи аорта, кукрак кафаси жарохатлари. |
| Тонлари | Чуккида Iтон сусайган, систолик артериал кон босимини пасйиши ва аортал клапанларнинг узгариши натижасида аортада II тон сусаяди. | Чуккида Iтон сусаяди, аорта устида II тон сакланган ёки акцентланган булиши мумкин. |
| Шовкинлар | Буйин томирларигача таркалувчи дагал систолик шовкин эшитилади. | Аорта устида ва Боткин-Эрб нуктасида диастолик шовкин эшитилади, одатда у юмшок, пуфловчи, протодиастолик булиб диастоланинг охирида эшитилади. Йирик артерияларни эшитганда иккиланган Дюрозье-Виноградов шовкини ва иккиланган Траубе тонини эшитиш мумкин. Бу феноменлар айникса уйку ва сон артерияларида яхши эшитилади. |
| Энг яхши эшитилиш нукталари | Тушнинг унг томонидан иккинчи ковурга оралигида, юракнинг барча нукталарида. | Тушнинг унг томонидан иккинчи ковурга оралигида, Боткин-Эрб нуктасида. |
| Беморнинг ташки куриниши | Тери копламлари рангпар. Тушнинг унг томонидан иккинчи ковурга оралигини пайпаслаганда «мушук хириллаши» белгисини аниклаш мумкин. | Тери копламлари рангпар. Буйин йирик томирларининг яккол пульсацияси «каротид уйини», тирноклар артериялари, корачикларнинг пульсатор торайиб кенгайиши, кул тирноги учини бироз босганда «капилляр пульс»ни кузатса булади. Бошни ритмик кимирлатиш «симптом Мюссе» кузатилади. |

**Машғулотда қўлланиладиган янги педагогик технологиялар:**

**“Ручка столни ўртасида”**

Машулот жиҳозлари:

1. Алоҳида варақларга ёзилган саволлар.
2. Тоза варақлар, ручка.

Ўйин ўтказиш қоидалари:

1. Вараққа ўйин ўтказилаётган сана, гуруҳ рақами, ўйин номи, ўйин иштирокчисининг Ф.И.Ш.
2. Ўйин қатнашчиларидан бири савол танлайди.
3. Ўйиннинг ҳар бир иштирокчиси саволга биттадан жавоб ёзади ва ручкани стол ўртасида қолдириб, варақни бошқа иштирокчиларга узатади.
4. Педагог ҳолатни назорат қилади.
5. Ўйин тугагач варақ педагогга узатилади.
6. Педагог билан бирлагикда жавоблар муҳокама қилинади.
7. Ўйинда ўтказилган ишлар педагогда олиб қолинади.

Ўйин ўтказиш учун саволлар:

1. Юрак функционал ва органик шовқинларини уларнинг келиб чиқишига кўра қиёсий таққослаш.
2. Камқонлик ва митрал клапан етишмовчилигидаги шовқинларинг қиёсий ташхиси.
3. Иситма ва митрал тешик стенозида шовқинларни қиёсий ташхислаш.
4. Юрак функционал ва органик шовқинларини уларнинг хусусиятлари ва характерига кўра қиёсий ташхислаш.

Машғулотда қўлланиладиган янги педагогик технологиялар:

**“ Галерея бўйлаб саёҳат”**

Керакли жиҳозлар:

1. Алоҳида варақларга ёзилган саволлар тўплами ва вазиятли масалалар
2. Тоза варақлар
3. Ручка (қизил, кўк, қора)

Ўйин ўтказилиш қоидалари:

1. Гуруҳ 2-3 та талабалардан иборат гуруҳчаларга бўлинади.
2. Ҳар бир гуруҳча ўзига рангли ручка ва варақ танлайди.
3. Варақга ўйин ўтказилиш вақти, гуруҳ рақами, ўйин иштирокчилирининг Ф.И Ш. ёзилади.
4. Иштирокчилардан бири гуруҳга савол танлайди.
5. Гуруҳдагилар саволни муҳокама қилиб, 10 дақиқа ичида унга жавоб ёадилар ва кейинги гуруҳга варақни узатадилар.
6. Кейинги ҳар бир гуруҳ жавобни баҳолаб, уни тўлдирадилар. Агар жавоб нотўғри ёзилган бўлса ўзларининг жавобларини ёзадилар. Бу этап 10 дақиқа давом этади.
7. Ўйин тугагач, барча варақлар йиғилиб, ўқитувчига берилади.
8. Ўқитувчи билан жавоблар муҳокама муҳокама қилинади, ҳар бир тўғри жавоб 1 баллдан баҳоланади, ушбу этап 15 дақиқа давом этади.
9. Ушбу ўйиндаги ишлар ўқитувчида қолдирилади.

Ўйин ўтказиш учун саволлар:

* туғма пороклар турини айтиб беринг
* Фалло тетрадасида қандай гемолинамик ўзгаришлар кузатилади
* Қоринчалараро тўсиқ нуқсонида қандай клиник ўзгаришлар кузатилади
* Бўлмачалараро тўсиқ нуқсони қандай асоратларга олиб келади
* Бўлмачалараро тўсиқнинг бирламчи ва иккиламчи нуқсонлари ўртасидаги фарқлар
* Фалло тетрадасидаги аускультатив симптомлар
* Юрак туғма нуқсонларини қандай касалликлар билан қиёсий ташхислаш керак

**Машғулотда қўлланиладиган янги педагогик технологиялар:**

**Интерфаол уйин «Ари уяси»**

Иш учун керакли анжомлар:

Вазифа ёзилган карточкалар тоза ок когоз

Хаар хил рангдаги ручкалар Ручкалар (кизил,яшил, кўк)

**Ўйин ўтказиш тартиби**

1. Гурух 2 -3 талабалардан иборат кичик гурухчаларга булинади,
2. Хаар бир гурух ручка танлайди .
3. когозга уйин утказилган кун, гурух раками, уйин номи ва талабалар исми, фамилияси ёзилади.
4. Хар бир гурухчага уз вазифаси берилади.
5. Гурухчалар 10 дакика ичида вазифани мухокама киладилар ва жавобни ок когозга ёзадилар.
6. Ёзилган жавоблар бир бирларига узатилади ва вазифа тугри бажарилганлиг бахоланади.
7. Педагог холатни назорат килиб туради.
8. Уйин тугагандан сунг жавоблар педагога берилади.
9. Педагог Билан биргаликда жавоблар тахлил этилади.

10. Ушбу ўйинда олиб борилган ишлар ўкитувчида колади.

**Ўйин ўтказиш учун саволлар:**

1. Юрак нуксонлари ва аортитларда аорта устида эшитилувчи шовкинлар киёсий ташхиси.

2. Аортал стеноз ва аортит киёсий ташхиси.

3. Аорта атеросклерози ва аортит киёсий ташхиси.

* 1. **Аналитик қисм.**

Вазиятли масалалар:

1. 46 ёшли бемор, охирги 1.5 йил ичида вақти – вақти билан суткада 4-5 марта пайдо бўлувчи юрак уриб кетиш хуружларига шикоят билдирди. Оъектив кўрувда: бемор озғин, безовта, эмоционал лабил, териси нам, кўлари ялтираб уради, тез йиғлашга ва жаҳл чиқишига мойил. Юрак тонлари бўғиқлашган, аритмик, чўққида систолик шовқин. АҚБ 150/70 мм.сим. уст., ЮҚС 126 та/мин.Қорин юмшоқ, оғриқсиз. Жигар қовурға ёйи бўйлаб. Қалқонсимон без УТТ да безнинг диффуз катталашгани аниқланади. Хуруж вақтидаги ЭКГ-моноторинги: ЮҚС-140-200 та/мин, Р тишча аниқланмайди, R-R оралиқҳар хил. Вақти-вақти билан ЮҚС 120-130 та/мин, R-R бир хил, Р тишча ўрнига йирик тўлқинлар аниқланади.V1-V6 га қараб баланд Т тишча.

* Юқоридаги ЭКГ белгилар билан кузатиладиган 4 тадан кам бўлмаган касалликларни сананг.
* Сизнинг тахминий ташхисингиз.
* УАШ тактикаси.
* Текширув режаси.
* Даволаш.

1. 46 ёшли бемор 2004 йилдан бери ҳар йили инфекцион миокардит бўйича даволанади. Охирги икки ҳафта мобайнида ҳансираш, юрак тўхтаб қолиши ҳисси, бош айланиши, қисқа вақт ҳушни йўқотиш, оёқларда шиш ва ўнг қовурға сти соҳасида оғирлик ҳисси безовта қилади.

Объектив: умумий аҳволи ўрта оғир, лаблар цианози, акроцианоз. Пульс 56 та/мин, АҚБ 120 /70 мм. сим.уст. Юрак тонлари бўғиқлашган, аритмик, чўққида систолик шовқин.Жигар ўнг қовурға ёйидан 4 см пастда, оёқларда шиш. ЭКГ да: ритм синусли, ЮҚС 64 та/мин, РQ барча уланишларда 0.26с, QRS комплексининг регуляр тушиб қолиши 1:3 тарзда.

* + Юқоридаги ўзгаришлар билан кечувчи 5 тадан кам бўлмаган касалликни айтинг.
  + Сизнинг тахминий ташхисингиз.
  + Текшириш режаси.
  + УАШ тактикаси.
  + Даволаш.

1. 35 ёшли бемор. Ангинадан сўнг юрак соҳасида оғриқлар, ҳансираш ,юрак уриб кетиши ҳисси пайдо бўлган. Объектив: Пульс 102 та/мин, ягона экстрасистолиялар, чўққида систолик шовқин.
   * Юқоридаги шикотлардан қайси касалликларни тахмин қилиш мумкин.
   * Сизнинг тахминий ташхисингиз.
   * Тўғри ташхис қўйиш учун зарур бўлган ушбу касалликга хос 5 тадан кам бўлмаган лаборатор ўзгаришларни санаб беринг.
   * Тактикангиз
2. 23 ёшли беморЮ ҳомиладорликнинг 6 ойи, УАШ кўригида. Ҳансираш, юракнинг нотекис уришига шикоят билдиради. Ушбу шикоятлар ҳомиладорлик вақтида пайдо бўлган. Бемор сўзларига кўра ёшлигида вақти-вақти билан бўғимларда оҳриқ кузатилган. Объектив: лаблар цианози. Пульс 110 та/мин, НОС 24 та/мин. Чўққи турткиси ёйилган, диастолик титраш аниқланади ( “мушму хириллаши”). Аускультацияда: чўққида пресистолик шовқин, қарсилловчи I тон, митрал клапан очилиш щелчоки. Ўпкада пастки қисмларда майда пуфакчали хириллашлар эшитилади. Жигар +2 см, қирралари юмалоқлашган.
   * Чўққида диастолик шовқин эшитиладиган 3 тадан кам бўлмаган касалликларни санаб ўтинг.
   * тахминий ташхис.
   * Информатив екширув усуллари.
   * УАШ тактикаси.
3. 32 ёшли бемор ҳансираш, юрак уриб кетишига шикот билдирди. Анамнезидан ёшлигида тез-тез пневмония билан оғриган. Объектив: юрак аускультациясида тўшдан чапда II қовурға оралиғида “систоло-диастолик машина” шовқини. ЭКГ да чап қоринча гипертрофияси белгилари.
4. Сизнинг тахминий ташхисингиз.
5. УАШ тактикаси

Жавоб: Боталлов йўли ёпилмаганлиги.

1. 10 ёшли қизчани охирги икки ой ичида тез чарчаш, жисмоний зўриқиш вақтида ҳансираш, юрак уриб кетиши, баъзан қисқа вақтли бўғилиш ҳуружлари безота қилмоқда. Анамнездан: қизча тез-тез касалга чалини туради, ривожланишда синфдошларидан орқада қолмоқда. Объектив: 7-8 ёшга ўхшайди. Тери қопламлари оқиш, лаблар цианози, ёноқлар қизғиш, кўзи ости қорамтир. Катта бўлмаган “юрак букри”, юрак чегаралари юқорига ва ўнгга кенгайган. Аускультацияда: қўпол систолодиастолик шовқин, Тўшдан чапда II-III қовурға оралиғидаги эпицентр билан, қарсилловчи биринчи тон ва чўққида диастолик шовқин. Томир уриши 96 та\мин. Ритмик. АҚБ қўлда 100\60 мм.сим. уст. Жигар +2 см. Периферик шишлар йўқ. Рентгенологик текширув: ўпка суърати артериал томирлар ҳисобига кучайган, юрак ўнг қисмларининг ва чап бўлмачанинг нтсбатан кенгайиши, II контурнинг бўртиб чиқиши.
2. Сизнинг тахминий ташхисингиз.
3. Ташхисни тасдиқлаш учун зарур асбобий текширув усулларини кўрсатинг.
4. Ушбу патологиядаги асосий гемодинамик ўзгаришлар.
5. УАШ тактикаси.

Жавоб: Қоринчалараро тўсиқ нуқсони.

1. Бемор 21 ёш, 2 ҳафта аввал ангина билан оғриган. Шикояти йирик бў0имлардаги оғриққа, тана ғароратини кўтарилишига, кўкрак соҳасидаги оғриққа, жисмоний зўриқиш вақтидаги ҳансирашга, умумий ҳолсизликка. Объектив: аҳволи ўрта оғир, тери қопламлари рангпар. АҚБ 100/70 мм.сим.уст. Пульс 92 та/мин. Юрак чегараси ўнгга ва юқорига кенгайган. Аускультацияда чўққида қарсилловчи I тон, систолик ва пресистолик шовқинлар эшитилади. Юрак уриши ритмик. Оёқларда шишлар аниқланади.

УҚТ: Hb-100 г/л, лейкоцит - 9.5\*1012/л, ЭЧТ-19 мм/с, СРБ ++.

* 1. Тахминий ташхис.
  2. Зарур текширув усуллари.
  3. УАШ тактикаси ва даволаш принциплари.

**Амалий қисм.** Талаба соғлом турмуш тарзини тараққий этиш, беморлар билан суҳбат ўтказиш, кўрик ва сўраб суриштириш, олинган маълумотларни тўғри баҳолаш, ЭКГ интерпретацияси, клиник ташхисни асослаш, текшириш, даволаш, тиббий ҳужжатларни тўлдириш, маслаҳат бериш, амалга оширилган ишларни аудити ва тиббий адабиётлар билан ишлаш кўникмаларини билиши зарур. Машғулот вақтида юрак чўққисида шовқин эшитилганда қиёсий ташхис ўтказш ва УАШ тактикасини аниқлаш кабилар ҳал қилинади.

|  |
| --- |
| Бемор кўриги |
| Умумий қон таҳлили |
| Стерилликка ва RWга қон |
| Липид спектри |
| Ўткир фаза синамалари |
| Қондаги холестерин |
| Қондаги ва сийдикдаги қанд миқдори |
| ЭКГ |
| С реактив оқсил |
| ЭхоКС ва доплерография |
| Кўкрак қафаси R-маси |
| Қиёсий ташхис |
| Ташхисни асослаш |
| Даволаш режасини тузиш |
| Тавсиялар |

**Назорат саволлари:**

1. Юрак функционал ва органик шовқинларини келиб чиқиши.
2. Камқонлик ва митрал клапан етишмовчилигидаги шовқинларинг қиёсий ташхиси.
3. Иситма ва митрал тешик стенозида шовқинларни қиёсий ташхислаш.
4. Юрак функционал ва органик шовқинларини уларнинг хусусиятлари ва характерига кўра қиёсий ташхислаш.
5. Хомиладорларда шовкинларни келиб чикиш механизми.
6. туғма нуксонлар турини санаб беринг
7. Фалло тетрадасида қандай гемолинамик ўзгаришлар кузатилади
8. Қоринчалараро тўсиқ нуқсонида қандай клиник ўзгаришлар кузатилади
9. Бўлмачалараро тўсиқ нуқсони қандай асоратларга олиб келади
10. Бўлмачалараро тўсиқнинг бирламчи ва иккиламчи нуқсонлари ўртасидаги фарқлар
11. Фалло тетрадасидаги аускультатив симптомлар
12. Юрак туғма нуқсонларини қандай касалликлар билан қиёсий ташхислаш керак
13. Юрак функционал ва органик шовқинларини уларнинг хусусиятлари ва характерига кўра қиёсий ташхислаш
14. Аортитда аускультация белгилари

**Амалий машгулот №19**

**Юрак шовқинлари ва кардиомегалия.Миокардит ва кардиомиопатиянинг турли хил клиник формалари (дилятацион, рестриктив, гипертрофик, ўнг қоринчанинг аритмоген дисплазияси) да таққослама ташхисот. КМПларни эрта аниқлаш. Профилактика ва УАШ тактикаси.**

**Ўқитиш технологияси**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ўқиш вақти: 6 соат** | |
| **Дарснинг тузилиши** | 1. Ўқув тематик хона. 2. ЭКГ хонаси 3. УАШ хонаси. 4. Ўқув қўлланмалар, фантомлар, муляжлар, тарқатма материаллар, вазиятли масалалар тўплами ва тестлар. 5. Телевизор, видео аппаратура, мультимедиа |
| Ўқув дарсининг мақсади: УАШни “Умумий амалиёт шифокорининг квалификацион характеристикаси”да назарда тутилган талабларга мос равишда Миокардит ва кардиомиопатиянинг турли хил клиник формалари (дилятацион, рестриктив, гипертрофик, ўнг қоринчанинг аритмоген дисплазияси) да беморларни тиббиётнинг бирламчи бўғинида ўз вақтида эрта ташҳислаш ва қиёсий ташҳислаш, даволаш, хамда олиб бориш тамойилларига ўргатиш. | |
| **Педагогик вазифалар:**   1. Миокардиодистрофия, миокардит ва кардиомиопатияларнинг турли хил клиник кўринишларини ташхислаш хусусиятлари 2. Миокардиодистрофия, миокардит ва кардиомиопатияларнинг турли хил кечишидаги ташҳислаш масалаларини кўриб чиқиш. 3. Миокардиодистрофия, миокардит ва кардиомиопатияларнинг турли хил кўринишларидаги лаборатор инструментал текширувлар натижаларини муҳокама қилиш 4. Миокардиодистрофия, миокардит ва кардиомиопатияларда қиёсий ташҳислаш ўтказиш 5. Миокардиодистрофия, миокардит ва кардиомиопатияларнинг диагностик критерийларини аниқлаш 6. Миокардиодистрофия, миокардит ва кардиомиопатияларнинг олиб бориш тамойилларини мухокама қилиш. 7. Даволаш тамойилларини мухокама қилиш (номедикаментозва медикаментоз). 8. Олиб бориш тамойилларини, кузатувни ва беморлар мониторинги ҚВП ва ОП шароитида мухокама қилиш. 9. Юқоридаги касалликларда бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактика чора тадбирларини мухокама қилиш.   Ммиокардит ва кардиомиопатияларнинг турли шакллари билан оғриган беморларни намойиш қилиш. | **Ўқитиш фаолиятининг натижалари:**  **Талаба билиши шарт:**   1. Миокардит ва кардиомиопатияларнинг этиологияси, таснифи ва патогенези. 2. Миокардиодистрофия, миокардит ва кардиомиопатияларнинг клиник белгилари 3. Миокардиодистрофия, миокардит ва кардиомиопатияларнинг қиёсий ташҳисланиши 4. Миокардиодистрофия, миокардит ва кардиомиопатияларни даволашда ишлатиладиган дори моддалар рўйхати 5. Миокардиодистрофия, миокардит ва кардиомиопатиялар билан оғриган беморларни диспансер кузатуви ва мониторинги тамойиллари 6. Юқоридаги касалликларда бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактика тамойиллари.   **Талаба қила олиши керак:**   1. Шикоятлар ва анамнез ахборотларини миокардиодистрофия, миокардит ва кардиомиопатияларнинг турли хил шаклларига мос равишда тахлил қила олиши. 2. Миокардиодистрофия, миокардит ва кардиомиопатияларнинг лаборатор-инструментал текширувлар натижаларига монанд ташҳислаш ва қиёсий ташхислаши лозим. 3. ЭКГ олиш техникасини намойиш қилиш ва уни тахлил қила олиш. 4. Исботланган таъсирга эга препаратларни танлай олиш. 5. Номедикаментоз даво усуллари бўйича маслахат бера олиш. 6. ҚВП ва ОП шароитида мониторинг ўтказа олиш. |
| **Ўқитиш услублари** | усул «ари ини», намойиш қилиш, графикли органайзер- каскад, видеотасвир томоша қилиш, бахс, сухбат, тестлар ва вазиятли масалалар ечиш. |
| **Ўқитиш фаолиятини ташкил қилиш шакллари** | Индивидуал тарзда иш юритиш,гурухларда ишлаш, аудитор, аудиториядан ташқари вазифалар бажариш. |
| **Ўқитиш ускуналари** | Тарқатма визуал ўқув материаллар, видеофильмлар, муляжлар, графикли органайзерлар, тиббий хариталар мажмуаси, жадваллар ва стендлар. |
| **Қайта алоқа услуб ва ускуналари** | Блиц-сўров, тест, ўқув вазифасини бажарилиш натижаларини намоён қилиш, тиббий хариталарни тўлдириш ва “мутахассис сўрови” амалий кўникмасини бажариш. |

**Машғулотнинг технологик харитаси**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Амалий машғулотнинг босқичлари** | **Машғулот шакли**  ***Ўтказиш жойи*** | **Давомийлиги** |
| 1 | Эрталабки конференция | Мажлислар зали | 50 |
| 2 | Амалий машғулот мавзусини янги педагогик технологияларни (“ақлий хужум” методи) қўллаган ҳолда, шунингдек демонстрацион материаллардан (касаллик тарихи, жадваллар, плакатлар, рентгенограммалар) фойдаланиб мухокама қилиш, бошланғич даражасини аниқлаш. | Сўров, мухокама  *Ўқув хонаси, палата* | 60 |
| 3 | Ўқитувчи ёрдамида амалий кўникмаларни ўзлаштириш. | Бемор билан сухбат, касаллик тарихини юргизиш, вазиятли масалаларни хал этиш. | 30 |
| 4 | Беморлар курацияси- шикоят ва анамнезини йиғиш, умумий кўрик, палпация, перкуссия, аускультация, шунингдек лаборатор- инструментал текширувлар интерпретацияси, диагноз қўйиш. | Касаллик тарихи,  лаборатор маълумотлар | 50 |
| 5 | Тематик мавзу бўйича бемор курацияси | Тематика мавзусига мос бемор кўриги, курацияси | 60 |
| 6 | Клиник ситуация мухокамаси, муаммоли ўқитишга тайёрланиш, материалларни мустахкамлаш, билимини, ўзлиштириш даражасини аниқлаш | Оғзаки сўров, тест, мухокама.  *Ўқув хонаси* | 20 |

**Кардиомегалия ва юрак уриб кетиши синдроми**  кўпгина касалликлар симптоми эканлигини урганаётиб УАШ бир қанча мутахассислар билан- кардиолог, кардиохирург, аритмолог, ревматолог, эндокринолог билан ўртоқлашишга тўғри келади. Бу мавзуни тахлил кила туриб неврология, реаниматология ва шошилинч холат, функционал диагностика билан боғлиқлигига амин бўлади.

**Машғулот қисмлари:**

Назарий қисми. Миокардит миокарднинг ўчоқли ёки диффуз яллиғланиши бўлиб, 6-10% касалларда учрайди. Миокардиодистрофиялар миокарднинг яллиғланишсиз, нокоронар генезли, фақат унинг метаболизми бузилиши ва дистрофияси натижасида келиб чиқадиган касалликдир. Уларни босқичлари, жойлашиши, ЭКГ кўринишлари билан фарқлаш керак.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Критериялари | Миокардит | Миокардиодистрофия |
| Шикоятлари | Ўтмас, симилловчи оғриқлар прекардиал сохада, жисмоний юклама билан боғлиқ эмас, бир неча соат давом этади.Юрак уриб кетиши, терлаш, субфебрил тана харорати, чарчаш, толерантликнинг пасайиши, юкламада хансираш. | Симилловчи оғриқлар прекардиал соҳада жисмоний зўриқиш билан боғлиқ, жисмоний ёки психоэмоционал стрессдан кейин кам холларда кучаяди. Юрак уриб кетиши, тез чарчаш, кучсизлик. |
| Анамнез | Ўткир Респиратор Касаллик ўтказилган | Анемиялар, овқатланишнинг бузилиши, эндокрин бузилишлар, алмашинув бузилишлари, узоқ муддат дори моддалар қабул қилиш, хомиладорлик. |
| Объектив | Ўчоқли турида: кучсиз тахикардия ва чўққида қисқа систолик шовқин. Юрак чегаралари ва беморнинг ташқи кўриниши ўзгаришсиз.  Диффуз турида:акроцианоз, ортопноэ, ўпкада димланиш, бўйинтуруқ вена-лар бўкиши, аритмик пульс,чўққида систолик шовқин, гепатомегалия, периферик шишлар. | Чўққида 1 тон сақланган, кучсиз ўзгарган, қисқа систолик шовқин. Митрал клапан пролапси кузатилиши мумкин. |
| Лаборатор, инструментал текширувлар | Қонда: ЛДГ, КФК, АСТ ошган.  УҚА: лейкоцитоз, ЭЧТ ошган.  ЭКГ: ритм бузилиши, ўтказувчанликнинг бузилиши | Плазмада калий , кальций, натрий концентрациясини аниқлаш. ЭКГ: реполяризация бузилиши, Т тишча амплитудаси пасайиши, шаклининг ўзгариши. Фарқлаш учун фармакологик синамалар: калий ва обзидан билан. |
| УАШ тактикаси | Этиологик, патогенетик, симптоматик даво. Оғир ва ўрта оғир кечганда стационарга юбориш. | Асосий касалликни даволаш. Миокард метаболизмини яхшиловчи препаратлар (рибоесин, милдронат, предуктал). В-адренобло-каторлар ва симптоматик даво. |

Машғулотларда янги технологияларни қўллаш

**Интер актив ўйинлар.**

**«Галерея бўйлаб саёҳат»**

Ишлаш учун керакли қуроллар:

1.Алохида .қоғозларга ёзилган саволлар

2.Тоза оқ қоғоз

3. Ручкалар (кўк, қизил, қора)

Ўйин ўтказиш қоидалари

1.Группа 2-3та талабадан иборат гурухчаларга бўлинади .

2.Хар бир гурухчалар ўзларига ручка танлаб,оқ қоғоз олишади.

3. Оқ қоғозга сана, гурх, ўйин номи, иштрокчиларнинг ФИШ ёзилади.

4. Гурухча учун битта иштрокчи савол танлайди.

5. Хар бир 10 дақиқада саволни мухокама қилиб, қоғозга ёзади ва кейинги гурухчага беради.

6.Хар бир гурухча бахолаб ва қўшимча қўшади. Агар жавоб нотўғри бўлса, ўзини вариантини ёзади. Бу босқичга 10 дақиқа берилади.

7. Ўйин охирида қоғозлар ўқитувчига берилади.

6. Ўқитувчи билан жавоблар тахлил қилинади.

7.Ўйин натижалари ўқитувчида қолади.

Ўйин ўтказиш учун саволлар:

1 ЮИК дифференциал диагностика ўтказиш. Турғун ва нотурғун прогрессирланувчи стенокардия.

2. ЎКС ва турғун стенокардия қиёсий ташхисини ўтказиш.

3. ЮИК, турғун стенокардия ва нотурғун ангиоспастик стенокардия ўртасида қиёсий ташхис ўтказиш.

**График органайзер: «каскад»**

**Кукракдаги огрик. ЮИК, миокардит ва миокардиодистрофияларни таккосий ташхислаш.**

**Миокардиодистрофия**

**Кардиомиопатиялар**

**Миокардит**

Сабаби номаълум, кўпинча ирсий мойиллик мавжуд.Касаллик юрак етишмовчилиги белгилари билан намоён бўлади.

Беморлар хансираш, оёқларда шиш, бўйинтуруқ веналари бўртиши

Катта ва кичик қон айланиш доирасида димланиш белгилари балан номоён бўлади.

Юрак ўлчамлари хамма томонларга катталашган. Баъзида аритмиялар, тромбоэмболик асоратлар кузатилади.

ЭКГда специфик ўзгаришлар бўлмайди.

ЭХОКГда ва кўкрак қафаси рентгенда кардиомегалия белгилари.

Диагноз қўйишда миокард бипсияси мухим хисобланади.

**Миокардитлар**– юрак мушакларининг яллигланиш касаллиги.Бирламчи ва иккиламчи миокардитлар фаркланади. Бирламчи миокардитла асосан (бактерия, вируслар, замбуруглар, гельминтлар). кузгатувчилар сабабли юзага келади. Кузгатувчи турига караб специфик ва и носпецифик миокардитларга булинади Кам холларда юрак зарарланиши радиация таъсирида, токсик моддалар таъсирида, жарохатлар сабабли пайдо булади.Бундан ташкари миокардитлар коллагеноз касалликларда (тизимли кизил бурича, ревматоид артрит, дерматомиозит), ревматизм, уткир пневмонияларда. Миокардит ривожланиши юкорида курсатилган касалликлар ёки зарарланишлар касалликнинг асосий белгиси хисобланмайди.

Сурункали миокардиодистрофия эрта боскичларида клиник белгилар яккол ривожланмаган. Факат юрак етишмовчилиги кушилганда беморлар хансираш, жисмоний зурикишда юрак уриб кетиши, тез чарчаш, иш кобилиятининг пасайиши, юрак сохасида нохушлик ва огрикдан шикоят килади

##### Баъзи миокардиодистрофиялар, масалан климактерик огриклар, стенокардияни эслатиши, сабабли уларни ЮИК билан таккосий ташхислашни талаб этади. Миокардиодистрофия юрак ритми бузилиши юрак уриб кетишлари, юрак уриб кетиш хуружлари сабаби булиши мумкин. Бир вактнинг узида гипертрофия сабабли ва дилатацияси,юрак тонларининг бугиклиги, ритм Галоп, юрак чуккисида ва Боткин нуктасида систолик шовкин эшитилади.нфаркт миокарда ( уларга ) –ишемическийнекрозмиокарда сабабли ўткир номувофиқлик коронарногокровотока эҳтиёжларга миокарда. кўп учрайдиган ёши – каттароқ 40 йил. Клинически ажратяптилар 5 даврларни давомида уларга : оқим инфарктнинг миокарда таърифланади ўткир бошланиши, борлиги билан оғир асорати ва юқори летальностью. энг кўп касаллик оқибатида ўлимнинг кўп-озлиги миқдори назоратда в биринчи соат надогоспитальном босқичда.

##### инфаркт миокарда( уларга ) –ишемическийнекрозмиокарда сабабли ўткир номувофиқлик коронарногокровотока эҳтиёжларга миокарда. кўп учрайдиган ёши – каттароқ 40 йил. Клинически ажратяптилар 5 даврларни давомида уларга : оқим инфарктнинг миокарда таърифланади ўткир бошланиши, борлиги билан оғир асорати ва юқори летальностью. энг кўп касаллик оқибатида ўлимнинг кўп-озлиги миқдори назоратда в биринчи соат надогоспитальном босқичда.

**4.3. Амалий қисм**

**4.Аналитик қисм**

Вазиятли масалалар.

1. Бемор 35 ёш, ойда бир икки марта тўш ортида сиқувчи оғриқлар пайдо бўлади. Чап куракка тарқалади, нитроглицерин ичгандан ярим соатдан кейин қолади. Хуруж вақтида ST V2 V5 да кўтарилади, кейин изолинияда. Ташхис:

A) турғун стенокардия

Б) МИ

В) миокардиодистрофия

**Г) Принцметалл стенокардияси**

Д)Прогрессирланувчи стенокардия

2.Бемор ЮИК билан, тўш ортидаги тез тез оғриқлар шикояти билан келди, 25 минут ичида. Нитроглицерин кам самарали. 3 кун олдин оғриқлар давомий бўлиб, бир кунда 3 6 мартагача қайтарилган, Нитроглицерин таблеткасини бир нечта ичгач енгиллик бўлган. Ўрув вақтида тери қопламлари нам. Ўпкада везикуляр нафас, ножўя нафас шовқинлари йўқ. Юрак тонлари бўғиқ. Пульс 100та, АҚБ 150/90 мм.с.у. Қорин юмшоқ, оғриқсиз. Сизнинг тахминий ташхисингиз:

**А) ЎКС, ЮИК**

Б) Биринчи қайталанган стенокардия

В)ЮИК, зўриқиш стенокардияси 1ФС

Г)гипертония касаллиги

Д)Тўғри жавоб йўқ

3. Бемор ЮИК билан, тўш ортидаги тез тез оғриқлар шикояти билан келди, 25 минут ичида. Нитроглицерин кам самарали. 3 кун олдин оғриқлар давомий бўлиб, бир кунда 3 6 мартагача қайтарилган, Нитроглицерин таблеткасини бир нечта ичгач енгиллик бўлган. Ўрув вақтида тери қопламлари нам. Ўпкада везикуляр нафас, ножўя нафас шовқинлари йўқ. Юрак тонлари бўғиқ. Пульс 100та, АҚБ 150/90 мм.с.у. Қорин юмшоқ, оғриқсиз. Сизнинг тактикангиз:

**А) Бевосита юрак массажи, СЎВ**

Б)қатъий ётоқ режими, кардиобригада чақириш

В)Стационарга йўналтириш

Г)нитроглицерин перорал қабул қилиш

Д)Амбулатор даволаш

4..Бемор 56 ёш, 2 ой ошқозонда операция ўтказган, 28 куни тўш орти сохасидаоғриқ пайдо бўлган. АҚБ 130/80 мм с.у. Пульс 80та мин. ЭКГ да чуқур ва кенгайган Q III aVFда, ST изолинияда,T манфий, Умумий холестерин 6.5 ммоль/л. Касаллик нима билан боғлиқ.

**А)Эрта инфарктдан кейинги стенокрадия билан**

Б) ноадекват даволаш билан

В) Ишемик инсульт ривожланиши билан

Г) Жисмоний юкламада ЭКГ ўтказиш билан

Д)Эртаоперациядан кейинги стенокардия билан.

**Амалий қисми.** Талаба соғлом ҳаёт тарзи, беморлар билан мулоқот, сўраб суриштириш ва курик, шунингдек, олинган маълумотларни бахолаш, ЭКГ тахлили, клиник ташхисни асослаш, текшириш, даволаш, тиббий хужжатларни тўлдириш, маслахат бериш, тиббий адабиётлар билан ишлашни ўзлаштириши лозим. Машғулот вақтида ЮИК ва НС , ЎКСда УАШ тактикаси ва қиёсий ташхис қилинган бемор устида клиник мухокамалар ўтказилади.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | Бемор курацияси | | Умумий қон анализи | | Ферментлар (КФК,ЛДГАсТ,Тропонин, миоглобин) | | Ўткир фазали синамалар | | Қондаги холестерин | | Қон ва сийдикдаги қанд миқдори | | ЭКГ | | ЭКГ юкламали синамалар билан | | ЭхоКС доплерография билан | | Кўкрак қафаси рентгенограммаси | | Қиёсий ташхис  Ташхисни асослаш | | Даволаш режасини белгилаш | |

**7. Билимни, кўникмани, тушунчани назорат қилиш шакллари**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Кўрсаткич | Бажарилмади | Тўлиқ бажарилди | |
| Бемор курацияси | 0 | 50 % | 50 |
| Умумий қон анализи | 5 % |
| Ферментлар (КФК,ЛДГ,АсТ,Тропонин, миоглобин) | 6 % |
| Ўткир фазали синамалар | 5 % |
| Қондаги холестерин | 5 % |
| Қон ва сийдикдаги қанд миқдори | 5 % |
| ЭКГ | 7 % |
| ЭКГ юкламали синамалар билан | 5 % |
| ЭхоКС доплерография билан | 6 % |
| Кўкрак қафаси рентгенограммаси | 6 % |
| Қиёсий ташхис | 0 | 20 | |
| Ташхисни асослаш | 0 | 10 | |
| Даволаш режасини белгилаш | 0 | 10 | |
| Тавсиялар | 0 | 10 | |
| ЖАМИ | 0 | 100 | |

**10.Назорат саволлари:**

-Миокардитлар таснифи

-Миокардиодистрофия турлари

- Миокардиодистрофиялар қиёсий ташхиси

-Миокардитлар ташхисоти

- Миокардиодистрофия ташхисоти

-миокардитларда ЭКГ белгилари

- Миокардиодистрофияда ЭКГ белгилари

**Амалий машгулот № 20**

**Мавзу: Дисфагия синдроми. Эзофагит, рефлюкс-эзофагит, склеродермиядаги дисфагия ва қизилўнгач ўсмаларини таққослама ташхисоти. Профилактика. УАШ тактикаси.**

**Ўқитиш технологияси**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Машғулот вақти: 6 соат** | | |
| **Ўқув машғулоти тузилиши.** | - Стационарнинг ўқув машғулот хонаси. | |
| **Ўқув машғулот мақсади:**  “УАШ квалификацион характеристикаси” бўйича кўриб чиқилган талабларга кўра соғлиқни сақлашни бирламчи звеносида беморни олиб боришга, Дисфагия билан кечувчи касалликларда оптимал вариантларда даволашни олиб боришга, ташҳис ва қиёсий ташҳислашга УАШни ўргатиш. | | |
| **Ўқитувчи вазифалар:**   1. Дисфагия билан кечувчи касалликлар ташҳиси саволларини кўриб чиқиш. 2. Дисфагия билан кечувчи касалликлар бор беморларни намойиш қилиш. 3. Дисфагия билан кечувчи касалликларда клиник, лаборатор инструментал текширувларни муҳокама қилиш.  Дисфагия билан кечувчи касалликларда қиёсий ташҳис ўтказиш.  1. УАШ квалификацион характеристикаси доирасида диспепсияга боғлиқ услублар саволларни муҳокама қилиш. 2. Даволаш принциплари (номедикаментоз ва медикаментоз). 3. ҚВП ва ОП шароитларида Диспепсия билан кечувчи касаллиги бор беморларда диспансер кузатуви ва мониторинг ўтказиш усуллари. 4. Дисфагия билан кечадиган касалликларда бирламчи,иккиламчи,учламчи профилактика принциплари. | | **Ўқув жараёни натижалари:**  **Талаба билиши керак:**   1. 1.Дисфагия билан кечувчи касалликлар келиб чиқишининг сабаблари ва механизмлари.Дисфагия билан кечувчи касалликларнинг клиник кечиши. Дисфагия билан кечувчи касалликларнинг ташҳиси. Дисфагия билан кечувчи касалликларнингнинг қиёсий ташҳиси.   2. Дисфагия билан кечувчи касалликларнингда қўлланиладиган медикаментоз препаратлар, уларнинг фармакодинамикаси ва дозировкаси.  3. ҚВП ва ОП шароитларида диспепсия билан кечувчи касаллиги бор беморларда диспансер кузатуви ва мониторинг ўтказиш усуллари.  4. Дисфагия билан кечадиган касалликларда бирламчи,иккиламчи,учламчи профилактика принциплари  **Талаба бажара олиши керак:**   1. 1.Дисфагия билан кечувчи касалликлар ташҳисида шикоят ва анамнез маълумотларини таҳлил қилиш. Дисфагия билан кечувчи касалликлар турли кўринишларини лаборатор инструментал ва клиникаси бўйича ташҳислаш ва қиёсий ташҳислаш.   2.Аниқланган Дисфагия билан кечувчи касалликларда даволаш тактикасини тўғри танлаш.  3. Исботланган эффектив препаратларни танлаш.  4.Даволашнинг номедикаментоз усулларини консультациялаш.  5.ҚВП ва ОП шароитларида мониторинг ўтказиш. |
| **Ўқитиш усуллари** | | “SWOT”усули; график органайзер – балиқ скелети |
| **Ўқув жараёнини ташкиллаштириш шакллари** | | Якка тартибда ишлаш, кичик гуруҳларда ишлаш, жамоада ишлаш |
| **Ўқитиш воситалари** | | Ўқув қўлланмалари, ўқув материаллари, слайдлар, видео и аудио ёзувлар, касаллик тарихлари |
| **Қайта боғланиш воситалари ва имкониятлари** | | Блиц-сўров, тестлаштириш, презентация ўқув вазифаларини бажариш натижалари, тиббиёт варақаларини тўлдириш, «мутахассислик сўрови»амалий кўникмасини бажариш. |

**Назарий қисм.**

Мавзуни муҳокама қилишда қуйидаги моментларга аҳамият берилади.

Қизилўнгачнинг функционал ва органик касалликларининг бош симптоми дисфагия бўлиб,у ютишнинг уч босқичидан,оғиз бўшлиғи- ютишнинг эркин қисми,ҳиқилдоқ-,ҳиқилдоқ,ҳалқум мушаклари иштирокида юзага келадиган ютиш рефлексига боғлиқ ,қизилўнгач-унинг пастки ёки ўрта қисмидан ўтиши билан боғлиқ бирортасининг бузилиши натижасида юзага келади.

Дисфагия функционал ва органик турларга бўлинади. Функционал дисфагияларга киради: психоген, истерик, стволли инсультларда, ботулизм ва кардиоспазмЮтишнинг функционал бУТТлиш шакллари асосидақизилўнгач дискинезияси ётади.

Қизилўнгач дискинезияси-унинг перистальтикаси бузилиши билан боғлиқ функционал ҳолат.Бирламчи эзофагоспазм-қизилўнгач фаолияти кортикал бошқарилишининг бузилиши ва Иккиламчи эзофагоспазм-рефлектор,эзофагит,яра касаллиги ва умумий тутқаноқ синдроми билан кузатиладиган турлари фарқланади. Эзофагоспазмнинг клиник кўриниши дисфагия ва тўш ортидаги оғриқ коронар етишмовчиликни эслатади. Дисфагия доимий бўлмаган характерга эга бўлиб , баъзан парадоксал шакл олади: суюқлик ичганда юзага келиб қаттиқ ва кашицасимон овқат қабул қилганда йўқолади. Диагноз қизилўнгачни рентгенологик текширувида қўйилиб,барий аралашмасини ичганда қизилўнгачнинг турли спастик деформациялари аниқланади: штопор, четкасимон, сохта дивертикул шаклида. Даволаш седатив, спазмолитик ва холинолитик воситалар билан олиб борилади Иккиламчи эзофагоспазмда асосий касаллик даволанади.

Психоген, истерик дисфагиялар неврозларда кузатилади, 20-40 ёшли аёлларда кўп учрайди. Дисфагия хавотир билан кечадиган невроз билан кузатилиши мумкин (хавотирли холат синдроми). Касалликнинг объектив кўринишигамушаклар тонусининг ошиши, психоген бош оғриқлар, тремор, мускуллар титраши ,қалтираш хавотир,тез чарчаш киради.

Дисфагия стволли инсультларда учраб, оёқ қўл учлари парези, тез тез ютишнинг бузилиши, мияча симптомлари (кучли бош оғриқлари) нистагм, мускул гипотония ёки атонияси , скандирланган ёки дизартрик нутқ билан бирга учраши мумкин. Ушбу симптомлар стволли инсультларда узунчоқ мияда пайдо бўладиган латерал синдромларга киради.

Ботулизмда дисфагия ёмон сифатли консерваланган маҳсулотларни истеъмол қилганда келиб чиқади. Шу сабабли шифокор ҳушёрлиги касалликнинг ўз вақтидаги ташҳисига яъни инфекцион кўринишда кечадиган қайт қилишлар,парезлар ва бу касалликнинг бошқа симптомларига қаратилиши керак.

Кардиоспазмда (синонимлари: кардия ахалазияси, хиатоспазм, мегаэзофагус,қизилўнгачнинг идиопатик кенгайиши )ютиш актининг бузилиши касалликнинг кечишининг асосий симптоми ҳисобланади. Касаллик 20 дан 40 ёшгача кузатилиб эркаклар ва аёлларда учраши бир хил. Асосий симптомлари дисфагия,тўш ортидаги оғриқ, ва регургитация. Дисфагия бошида эпизодик,кейинчалик ҳар овқат қабул қилганда,айниқса қаттиқ ва ёмон чайналган овқатни ютганда кучли намоён бўлади. Тўш ортидаги оғриқ криз шаклида кечиб,кўпинча тунда намоён бўлади. Қизилўнгач ахалазиясида қизилўнгачда кўп миқдорда тўпланиб қолган овқат массаларини қайт қилиш кузатилади (сўлак,шиллиқ ,овқат қолдиқлар) ,бу эгилганда вақизилўнгач тўлганда бўлади. Регургитация тунда бўлади (симптом "нам ёстиқ"). Касаллик асоратларига : қайталанган пневмония ва сурункали бронхит қайт қилинган массалар аспирацияси ҳисобига,шунингдек сурункали эзофагит,қизилўнгач дивертикуллари киради. Диагноз рентгенологик ва эндоскопик текширувлар асосида қўйилади.

Айниқса эзофагит билан келувчи диафрагманинг қизилўнгач чурраларига алоҳида тўхталиш лозим. Аксиал сирпанувчи қизилўнгач ошқозон чурралари ва параэзофагеал тип чурралари фарқланади. Уларнинг келиб чиқишига қизилўнгачнинг қисқариб қолишига сабаб бўладиган туғма ёки орттирилган патология Баррет қизилўнгачи сабаб бўлади. Ташҳис беморнинг вертикал ва горизонтал ётган холатидаги қизилўнгачнинг рентгенологик текшируви асосида қўйилади. Асосан рефлюкс эзофагитнин консерватив симптоматик давоси ўтказилади. Эффект бўлмаганда ёки асоратлар қўшилганда диафрагма қизилўнгач тешиги чурраларига жаррохлик амалиёти ўтказилади.

Эзофагит – қизилўнгач яллиғланиши. Ўткир,ўткир ости ва сурункали эзофагитлар фарқланади. Ўткир эзофагитлар шиллиқ қаватнинг иссиқ овқат васуюқликлар,кимёвий моддалар билан таъсирланишидан келиб чиқиб,ўткир юқумли касалликларда кузатилади (скарлатина, дифтерия, сепсис) Ўткир ости ва сурункали эзофагитнинг энг кўп сабаби актив ошқозон ва ичак сокининг қизилўнгач кардиал жоми етишмовчилиги туфайли қизилўнгачга рефлюкси ҳисобланиб - бу рефлюкс-эзофагит дейилади вадиафрагма қизилўнгач тешиги аксиал чурраларида кузатилади. Рефлюкс-эзофагит учун асосий симптом тана эгилганда ёки горизонтал ҳолда кучаядиган куйишиш ва қайт қилишдир.Ташҳисда ишончли метод эзофагоскопия бўлиб, эзофагит ва унинг тарқалиши ва характерини аниқлаб беради.

Қизилўнгач чурралари. Қизилўнгачнинг яхши сифатли ўсмалари кам учрайди. Ёмон сифатли ўсмалардан қизилўнгачда рак кўп учраб,асосан 40 ёшдан ошган эркаклар касалланади (аёллар 3 марта кам зарарланади ) Касалликнинг биринчи симптомларидан бири дисфагия. Баъзан дисфагиянинг пайдо бўлиши ютишда(айниқса қаттиқ овқат)кўкракда оғриқ ,овқатнинг зарарланган соҳадан ўтаётганда оғриқ,тўш ортида "тирналиш",қизилўнгачда ёт тана сезгиси билан бирга кечади. Дисфагиянинг ўтувчи характери ракни инкор этмайди. Ўсманинг ўсишда давом этишида кўкракда, орқада, тўш ортида тўмтоқ оғриқлар, кучаювчи стенокардия,йўтал хуружлари,овознинг бўғилиши,ҳансираш шунингдек рак касаллиги симптомлари-холсизлик,тез чарчаш,иштаҳа пасайиши юзага келади. Ташҳис санаб ўтилган клиник симптомлар,рентгенологик текширувлар ва биопсия мақсадли эзофагоскопия асосида қўйилади. Қизилўнгач ракида хирургик ва комбинирланган даво ўтказилади. Жарроҳлик имкони бўлмаганда нур ва палиатив терапия ўтказилади.

Системали склеродермияда қизилўнгачнинг шикастланиши қатор беморларда овқатнинг қи зилўнгачдан ўтишининг бузилиши ва оғриқ,қуруқ овқатнинг сув билан ичишнинг имкони йўқлиги билан кузатилади. . Рентгенологик текширувда қизилўнгачнинг дистал бўлими моторикасининг бузилиши ва кардия етишмовчилиги, овқатнинг қизилўнгачга регургитацияси, айниқса ётган ҳолатда, рефлюкс-эзофагит. Айниқса сурункали эзофагит ривожланиши хавфли ҳисобланиб қизилўнгач пастки бўлимлари торайишига ва яққол дисфагияга олиб келиб, рентгенологик ўзгаришлар қизилўнгач шикастланиши клиник белгилари бўлмаган беморларда ҳам кузатилиши мумкин.

Дерматомиозит билан касалланган беморларнинг ярмида овқат ҳазм қилиш аъзолари патологияси учрайди. Дерматомиозитда ютишнинг бузилиши қизилўнгачнинг юқори учдан бири гипотонияси билан боғлиқ. Бу қизилўнгач мускуллари шикастланишидандир. Бундан сўнг оғиз ва қизилўнгач шиллиқ қавати некрозга учраб шиш ва геморрагия ривожланиши мумкин.

Қизилўнгач стриктурарлардава стенозида ҳам дисфагия симптоми кузатилади. Дисфагия стеноз даражасига боғлиқ, тўш ортида ёқимсиз сезгидан тортиб,овқат ва сувни қабул қила олмасликкача.Оғир даражали стенози бор беморларда овқат ва сув қизилўнгачга тушмай.нафас йўлларига тушиб, ларингоспазм, бўғилиш ва қийновчи йўтал хуружини чақиради. Қизилўнгач дистал бўлимлари узоқ торайишларида супрастенотик кенгайиш кузатилади. Қизилўнгач стенозида ташҳис рентгенологик текширув ва эзофагоскопия асосида қўйиладиЯхши сифатли стенозларни асосий даволаш усули бужлашдир. Бужлаш натижасиз бўлса жарроҳлик амалиёти ўтказилади. Оғир даражадаги озиш жарроҳликка қарши кўрсатма бўлса гастростома қўйилади.

Қизилўнгач дивертикуллари ҳам дисфагияга сабаб бўлади Дивертикулнинг катта ўлчамларида унга овқат йиғилиб қизилўнгачни босади ва аввал қаттиқ сўнг суюқ овқатнинг хам ўтишини қийинлаштиради. Овқатланишдан сўнг спонтан регургитация бошланиб дивертикул қопидан яхши ҳазм бўлмаган овқат ва шиллиқ ажралади. Дивертикул ташҳиси фақат контраст рентгенологик текширувда ва эзофагоскопияда аниқланади. Баъзан бўйин кўриги ва пальпациясида фарингоэзофагал ( бўйин) дивертикуллари аниқланиб қолинади.Жаррохлик аралашувига қарши кўрсатма бўлганда, даволаш дивертикулда овқат туриб қолмаслиги профилактикасига қаратилади.

Сидеропеник дисфагия- организмда темир етишмаслигида кузатилиб, ошқозон ахилияси ва темир танқислик анемияси билан бирга кечади. Дисфагия билан бошланиб,вақт ўтган сари доимийга айланиб боради ва қизилўнгач йўли бўйлаб нохушлик сезилади. Кўрганда тери, соч, тирноқларнинг трофик ўзгаришлари,тери ва шиллиқ қаватларнинг рангпарлиги, атрофик глоссит, фарингит ва анемия белгилари аниқланади. Эндоскопияда атрофик эзофагит ва гастрит топилади. Қатор ҳолларда қизилўнгачнинг бошланғич кесимида юпқа бириктирувчи тўқимали мембрана аниқланади. Рентгенологик текширувда одатда ўзкариш кузатилмйди. Даволаш :темир препаратлари буюрилади,қўшимча - витамин гуруҳи В.

Дисфагия қизилўнгачнинг қалқонсимон без гиперплазияси,кўкс оралиғи абцесслари ва ўсмалари,перикардитлар,аорта аневризмаси ва экссудатив плеврит ҳисобига босилиши ҳисобига ҳам келиб чиқиши мумкин. Ютишнинг бузилиши қизилўнгачдаги ёт жисм натижасида кузатилиши мумкин.

**Талабаларнинг тайёргарлик даражасини ”Стол ўртасидаги ручка” усулида аниқлаш.**

**Усул мақсади:** мавзунимуҳокама қилиш жараёнига барча талабаларни бир вақтда жалб қилиб,билимларини объектив баҳолаш.

**Ўйин мазмуни:** Вазифа бутун гуруҳга берилади,ҳар бир талаба ўз жавоб вариантини вараққа ёзади ва қўшнисига бериб ўз ручкасини стол ўртасига қўяди. Бу жавоб тинглангандан сўнг жавобни тўлдирмаслик учун. Бунда гуруҳнинг барча вакилларининг билими бир вақтда баҳоланади. Усулнинг камчилиги жавоб бераётган талаба аввалги талабанинг жавобини кўради.

**Мисол**:Дисфагия ривожланиш сабабларини санаш.

Ҳар бир талаба қуйидаги жавобларни биттадан ёзиши керак:

Функционал ва органик, психоген, истерик, стволли инсультлардан сўнг, ботулизмда, кардиоспазм, диафрагманингқизилўнгач тешиги чурралари, Баретта қизилўнгачида, қизилўнгач ўсмаларида, эзофагитларда, қизилўнгач стриктураларида, қизилўнгач дивертикулида.

Педагог бутун гуруҳнинг ишини ва ҳар бирининг қатнашишини назорат қилиб, жавоблар натижасини ҳисоблайди. Талабалар якуний жавобларини ўз дафтарларига ёзиб қўйишади.

**Аналитик қисм**

**Вазиятли масала:**

1.Бемор 19 ёш УАШ га қаттиқ овқатдан сўнг тўш ортидаги давомийлиги 10-15 дақиқа, баъзан бир неча соатгача давом этадиган, эринит қабул қилганда ўтадиган,ютишнинг бузилиши ва ханжарсимон ўсиқ проекциясидаги қизилўнгач ўтувчанлигини бузилиши,ҳаяжонланганда юрак уриб кетиши, регургитация (ейилган овқат билан қайт қилиш), кўпича тунда (бемор сўзига кўра эрталаб ёстиғи ҳўл бўлади), ҳаддан ортиқ кўп сўлак ажралишига шикоят қилади. Объектив:Умумий аҳволи қониқарли,тери қопламлари рангпар,қуруқ.Иштаха пасайган.Ўпкада везикуляр нафасЮрак. Тонлари аниқ, ритмик. Пульс 92 та 1 дақиқада. АБ 100/70 мм .сим.уст.Тўшнинг ханжарсимон ўсиғи сохаси аускультатив эшитилганда бўғиқ,булқилловчи товуш, сув ичгандан 1,5-2 дақиқа ўтгач,ютишнинг аускультатив вақти узайиши кузатилади. Тили нам.Қорин юмшоқ,оғриқсиз.Пешоб ва ахлат ажралиши мустақил.Умумий қон тахлили, ЭКГ ўзгаришларсиз.

1.Қуйидаги симптомлар кузатиладиган учтадан кам бўлмаган касалликларни сананг;

2.Ўзингиз тахмин қилган ишончли тахминий ташхисни кўрсатинг;

3. Сизнинг ташхисингизни исботловчи қўшимча текширувлар;

4. Ташхис қўйишни ҳал қилувчи текшириш усулини кўрсатинг;

5. Даволашда УАШ тактикаси ;

**Жавобга мисоллар:**

1.Кардия ахалазияси , кардиоспазм, эзофагит,стенкардитик оғриқлар, кўкс оралиғи ўсмалари.

2.Кардиоспазм(кардия ахалазияси)

3.Барийли қизилўнгач рентгеноскопияси,ЭГФДС

4.Қизилўнгач рентгенографияси, биопсия

5 Гастроэнтеролог консультацияси, натижа бўлмаганда бўлимга госпитализация. Даволаш: спазмолитиклар-ношпа, платифиллин г-т, тинчлантирувчи терапия.

2.Бемор 52 ёш УАШ кўригида тўш ортида ва эпигастрийда(айниқса йўталдан ва физик зўриқишдан сўнг) оғриқ,куйишиш (айниқса тана эгилганда ва ётганда ),ҳаво ва ейилган овқат билан кекириш ,даврий хуружли хиқичоқ,тез тўйиш ҳисси ,баъзан қон аралаш қусиш,тунда овқат қайт қилишларга (симптом "ҳўл ёстиқ")шикоят қилади. Объектив: умумий аҳволи нисбатан қониқарли.Териси рангпар.Юрак,ўпка ва бошқа ички аъзолар ўзгаришсиз.

УҚТ: гипохром анемия.

ЭКГ: ўзгаришсиз.

1.Қуйидаги симптомлар кузатиладиган учтадан кам бўлмаган касалликларни сананг;

2.Ўзингиз тахмин қилган ишончли тахминий ташхисни кўрсатинг;

3. Сизнинг ташхисингизни исботловчи қўшимча текширувлар;

4. Ташхис қўйишни ҳал қилувчи текшириш усулини кўрсатинг;

5. Даволаш ;

6.Даволашда УАШ тактикаси;

3. Бемор 22 ёш,талаба,УАШга тўш ортида ва ханжарсимон ўсиқ соҳасида куйишиш ҳисси,қизилўнгачдан овқат ўтишида қирилиш ва куйишиш,ютишнинг бузилиши,тана эгилганда ва горизонтал ҳолатда баъзан овқат ёки аччиқ ва шўр суюқлик билан қайт қилишга шикоят қилди.

Рентгеноскопияда контраст модданинг ошқозондан қизилўнгачга ўтаётгани аниқланди.

УҚТ,УСА ва ЭКГўзгаришсиз.

1.Қуйидаги симптомлар кузатиладиган учтадан кам бўлмаган касалликларни сананг;

2.Ўзингиз тахмин қилган ишончли тахминий ташхисни кўрсатинг;

3. Сизнинг ташхисингизни исботловчи қўшимча текширувлар;

4. Ташхис қўйишни ҳал қилувчи текшириш усулини кўрсатинг;

5. Даволаш ;

6.Даволашда УАШ тактикаси;

4. Бемор 34 ёш УАШ кўригида ютишнинг бузилишига,тўш ортида куйишиш ҳисси,қўлларн инг музлаши айниқса совуқда бармоқ бўғимларида оғриқ,ҳансираш,кучсиз йўтал,оғизни очишга қийналиш,умумий ҳолсизликка шикоят қилади. Объектив: Умумий ҳолати ўрта оғир.Эс ҳуши аниқ.Ҳолати актив.Тери қопламлари зич, ялтироқ, елка ва қўлларда бурмага олинмайди.Ўпкада қуруқ тарқоқ хириллашлар.Юрак тонлари бўғиқ, ритмик. Пульс 104 1 дақиқада. АБ 120/80 мм сим.уст. Қорин юмшоқ, эпигастрал соҳада кучсиз оғриқ. Жигар ва талоғ катталашмаган.Ахлат ва пешоб ажралиши мустақил.

УҚТ: Нв - 92 г/л, лейкоцит - 3,6 х 10 /л, ЭЧТ- 28 мм/соат.

1.Қуйидаги симптомлар кузатиладиган 4тадан кам бўлмаган касалликларни сананг;

2.Ўзингиз тахмин қилган ишончли тахминий ташхисни кўрсатинг;

3. Сизнинг ташхисингизни исботловчи қўшимча текширувлар;

4. Ташхис қўйишни ҳал қилувчи текшириш усулини кўрсатинг;

5. Даволаш ;

6.Даволашда УАШ тактикаси

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Бемор 67 ёш, УАШ кўригида тўш ортида босилиш ҳисси, баъзан ярим тунда, ютишнинг бузилишига, ҳаво билан кекириш, овқатни қайт қилиш, қусиш, сўлак ажралиши, иштаҳа йўқлиги,овоз хириллашига шикоят қилади. Объектив: бемор озғин. Эс ҳуши аниқ.Тери қопламлари кулранг ер рангида. Пальпацияда бўйин лимфа тугунлари катталашган. Ўпкада везикуляр нафас.Юрак тонлари бўғиқ, ритмик. Пульс ритмик, 100 та1 дақиқада. АБ 150/70 мм сим.уст.Тил оқ караш билан қопланган. Қорин юмшоқ,оғриқсиз. Жигар ва талоғ катталашмаган.Ахлати қабзиятга мойил. Сийдик ажралиши мустақил.

УҚТ: яққол анемия, ЭЧТ- 36 мм/соат.

1.Қуйидаги симптомлар кузатиладиган учтадан кам бўлмаган касалликларни сананг;

2.Ўзингиз тахмин қилган ишончли тахминий ташхисни кўрсатинг;

3. Сизнинг ташхисингизни исботловчи қўшимча текширувлар;

4. Ташхис қўйишни ҳал қилувчи текшириш усулини кўрсатинг;

5. Даволаш ;

6.Даволашда УАШ тактикаси;

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Бемор 25 ёш УАШкў ригида тўш ортида ютиш билан боғлиқ оғриқ ,қизилўнгачда қуруқ ва ёмон чайналган овқатнинг туриб қолиши,кекириш, тана эгилганда овқат қайт қилиш. Дисфагия доимий характерда эмас,суюқ овқатда пайдо бўлиб,қаттиқ овқатда йўқолади иногда. Объектив:ички аъзолар патологик ўзгаришсиз.УҚТ ваУСА ўзгаришсиз.

1.Қуйидаги симптомлар кузатиладиган учтадан кам бўлмаган касалликларни сананг;

2.Ўзингиз тахмин қилган ишончли тахминий ташхисни кўрсатинг;

3. Сизнинг ташхисингизни исботловчи қўшимча текширувлар;

4. Ташхис қўйишни ҳал қилувчи текшириш усулини кўрсатинг;

5. Даволаш ;

6.Даволашда УАШ тактикаси;

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. Бемор 37 ёш УАШ кўригида тўш ортида ва эпигастрийда овқат пайти ёки дарҳол ундан сўнг,баъзан ётганда кучаядиган ,давомийлиги бир неча дақиқадан бир неча соатларгача бўлган оғриққа, шикоят қилади. Дисфагия, куйишиш, кекириш, тана эгилганда ва горизонтал ҳолатда кучаядиган ошқозон нордон сақламаси билан қайт қилиш.Баъзан қон қуйқали қусиш кузатилади. Рентгенограммада ”токча” симптоми.Бошқа ички аъзолар патологик ўзгаришсиз.

1.Қуйидаги симптомлар кузатиладиган 4тадан кам бўлмаган касалликларни сананг;

2.Ўзингиз тахмин қилган ишончли тахминий ташхисни кўрсатинг;

3. Сизнинг ташхисингизни исботловчи қўшимча текширувлар;

4. Ташхис қўйишни ҳал қилувчи текшириш усулини кўрсатинг;

5. Даволаш ;

6.Даволашда УАШ тактикаси

8. Бемор 84 ёш УАШкў ригида тўш ортида босилиш ҳисси,баъзан ярим тунда, ютишнинг бузилишига, ҳаво билан кекириш,овқатни қайт қилиш,қусиш,сўлак ажралиши ,иштаҳа йўқлиги ,гўшт истеъмол қила олмасликка шикоят қилади. Объектив: бемор озғин. Эс ҳуши аниқ.Тери қопламлари кулранг ер рангида Пальпацияда бўйин лимфа тугунлари катталашган. Ўпкада везикуляр нафас.Юрак тонлари бўғиқ, ритмик. Пульс ритмик, 100 та1 дақиқада. АБ 130/70 мм сим.уст.Тил оқ караш билан қопланган. Қорин юмшоқ,оғриқсиз. Жигар катталашган,зичлашган,ғадир будир.Талоқ пайпасланмайди,Ахлат келиши қабзиятга мойил. Сийдик ажралиши мустақил.

УҚТ:яққол анемия, ЭЧТ- 56 мм/соат.

1.Қуйидаги симптомлар кузатиладиган бештадан кам бўлмаган касалликларни сананг;

2.Ўзингиз тахмин қилган ишончли тахминий ташхисни кўрсатинг;

3. Сизнинг ташхисингизни исботловчи қўшимча текширувлар;

4. Ташхис қўйишни ҳал қилувчи текшириш усулини кўрсатинг;

5. Даволаш ;

6.Даволашда УАШ тактикаси;

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9. Бемор Р., 36 ёш,юк ташувчи УАШ кўригига тез тез зарда қайнаши ва доимий чой содаси истеъмол қилишига шикоят қилиб келди.Кейинги кунларда юк кўтарганда ва олдинга эгилганда ханжарсимон ўсиқда оғриқ пайдо бўлган. Анамнезда овқат ҳазм қилиш системасида касаллик йўқ. Объектив: бемор вазни нормал,тери ва шиллиқ қаватлари одатдаги рангда, тоза. Ўпкада везикуляр нафас.Юрак тонлари аниқ, ритмик. Пульс ритмик, 70 та1 дақиқада. АБ 120/70 мм сим.уст. Қорин юмшоқ,оғриқсиз. Жигар ва талоқ катталашмаган.,Ахлат ва пешоб келиши мустақил.УҚТ: Нв-130 г/л, лейкоцитлар- 7,2 \*10 9, моноц.- 5, лимфоц. – 27, ЭЧТ- 10 мм/соат.

1.Қуйидаги симптомлар кузатиладиган бештадан кам бўлмаган касалликларни сананг;

2. Ўзингиз тахмин қилган ишончли тахминий ташхисни кўрсатинг;

3. Сизнинг ташхисингизни исботловчи қўшимча текширувлар;

4. Ташхис қўйишни ҳал қилувчи текшириш усулини кўрсатинг;

5. Даволаш ;

6. Даволашда УАШ тактикаси;

10. Бемор 40 ёш УАШ кўригида тўш ортида ва эпигастрийда овқат пайти ёки дарҳол ундан сўнг, баъзан ётганда кучаядиган, давомийлиги бир неча дақиқадан бир неча соатларгача бўлган оғриққа, шикоят қилади. Дисфагия, куйишиш, кекириш, тана эгилганда ва горизонтал ҳолатда кучаядиган ошқозон нордон сақламаси билан қайт қилиш.

1.Қуйидаги симптомлар кузатиладиган 4 тадан кам бўлмаган касалликларни сананг;

2.Ўзингиз тахмин қилган ишончли тахминий ташхисни кўрсатинг;

3. Сизнинг ташхисингизни исботловчи қўшимча текширувлар;

4. Ташхис қўйишни ҳал қилувчи текшириш усулини кўрсатинг;

5. Даволаш ;

6.Даволашда УАШ тактикаси

**1.2.2.График органайзер «балиқ скелети».**

«Балиқ скелети»жадвали мақсади муаммоларни ечишга харакат қилади,тизимли,аналитик фикрлашни ривожлантиради.

Схема мазмуни: талабалар схема қурилиши билан танишадилар. Индивидуал ёки жуфт бўлиб юқори суякчаларга муаммо олди вазиятларни ёзадилар,пасткиларига эса бу муаммолар мавжудлигини.

Кичик гуруҳларга бўлиниб, солиштирадилар ва ўз схемаларини тўлдирадилар. Сўнг натижалар презентациясини ўтказадилар. Тўлдирилган схемали презентация муаммо олди вазият билан боғлиқликни намойиш этади. Уларнинг комплекс характери.

**Амалий қисм**

**Берилган тематика бўйича УАШ машғулотлар ўтказилгндан сўнг бажариши керак бўлан кўникмалар тартиби.**

1. Дисфагияли беморларни кўздан кечириш.

2. Анализлар, лаборатор-инструментал текширувлар тахлилси, (қоннинг клиник ва биохимик тахлили, сийдик, ахлат, қусуқ массаси, ОИТ рентгенологик текшируви , ЭФГДС),

3. Дисфагияли беморларда этиологияга боғлаб дори воситаларини тавсия этиш.

**Диспепсия**

Гастритлар, дуоденит, яра касаллиги, ўт йўллари дискинезияси, холецистит, постхолецистэктомик синдром, оперирланган ошқозон касаллиги

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № этап | Кўрсаткичлар \Тахлил | Бажарилмаган | Тўлиқ бажарилган |
|  | Бемор кўриги |  |  |
|  | Умумий қон тахлили | 0 | 50 |
|  | Ферментлар диастаза |
|  | Ошқозон шираси тахлили |
|  | ЭГДФС |
|  | ОИТ Рентген |
|  | Жигар УТТси, ўт пуфаги, ошқозон ости бези УТТси |
|  | Инфекционист консультацияси |
|  | Жаррохконсультацияси |
|  | Таққослама ташхис | 0 | 20 |
|  | Ташхис қўйиш | 0 | 10 |
|  | УАШ тактикаси | 0 | 10 |
|  | Профилактик чора тадбирлар | 0 | 10 |
| ЖАМИ |  | 0 | 100 |

**Назорат саволлари**

1. Диспепсия билан кечувчи касалликлар этиологияси. Диспепсия билан кечувчи касалликлар клиникаси. Диспепсия билан кечувчи касалликлар ташхиси.
2. Диспепсия билан кечувчи касалликлар таққослама ташхиси.
3. Диспепсия билан кечувчи касалликлар амбулатор давосига кўрсатма.
4. Диспепсия билан кечувчи касалликлар бор беморларни диспансер кузатуви.

**Амалий машгулот №21**

**Қоринда оғриқ. Гастрит ва яра касаллиги (12 б.и ва ошқозон), сурункали холецистит ва сурункали панкреатит, носпецифик ярали колит ва Крон касаллигини қиёсий ташхиси. Профилактика. УАШ тактикаси.**

**Ўқитиш технологияси**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ўқитиш вақти: 6 соат** | |
| **Ўқув машғулотининг структураси** | - Cтационарнинг ўқув хонаси. |
| **Ўқув машғулотининг мақсади:**  Ошқозон диспепсияларида даволаш тактикасининг оптимал даражасини танлаш, ўз вақтидаги ташҳис ва қиёсий ташҳис саволларига “УАШ квалификацион характеристикаси” талабларига биноан УАШни ўргатиш. | |
| **Педагогик вазифалар:**   1. Қоринда оғриқ синдроми билн кечувчи касалликларни кўриб чиқиш. 2. Гастрит, дуоденит, яра касаллиги ташҳис саволларини кўриб чиқиш. 3. Ошқозон диспепсияли беморларни намойиш этиш. 4. Ошқозон диспепсияларида лаборатор инструментал,клиник маълумотларни муҳокама қилиш.  Ошқозон диспепсияларининг қиёсий ташҳисини ўтказиш. | **Ўқув жараёни натижалари:**  **Талаба билиши керак:**  1. Ошқозон диспепсияси келиб чиқишининг сабаблари ва механизмлари.  2. Ошқозон диспепсиясининг клиник кечиши.  3. Ошқозон диспепсиясининг ташҳиси.  4. Ошқозон диспепсиясининг қиёсий ташҳиси.   1. Ошқозон диспепсиясида қўлланиладиган медикаментоз препаратлар,уларнинг фармакодинамикаси ва дозировкаси.   **Талаба билиши керак:**  1. Ошқозон диспепсиялари ташҳисида шикоят ва анамнез маълумотларини таҳлил қилиш.  2. Ошқозон диспепсиялари турли кўринишларини лаборатор инструментал ва клиникаси бўйича ташҳислаш ва қиёсий ташҳислаш.  3. Аниқланган ошқозон диспепсияларида медикаментоз воситаларини тўғри танлаш. |
| **Ўқитиш усуллари** | \*Қор парчалари\*усули; график органайзер – балиқ скелети |
| **Ўқув жараёнини ташкиллаштириш шакллари** | Якка тартибда ишлаш, кичик гуруҳларда ишлаш, жамоада ишлаш |
| **Ўқитиш воситалари** | Ўқув қўлланмалари, ўқув материаллари, беморлар ЭКГси, слайдлар, видео и аудиоёзувлар, касаллик тарихлари |
| **Қайта боғланиш воситалари ва имкониятлари** | Блиц-сўров, тестлаштириш, презентация ўқув вазифаларини бажариш натижалари, тиббиё варақаларини тўлдириш, «мутахассислик сўрови» амалий кўникмасини бажариш. |

**1.Назарий кисм.**

Мавзуни мухокамасида куйидагиларга ахамият берилади:

Диспепсия – Бу поликлиника ва стационар врачларига мурожат килган гастроэнтерологик беморларни овкат хазм килишнинг бузулиши билан боглик булган симптомлар йигиндиси тушунилади.

Диспепсия куйидаги симптомларни уз ичига олади: кунгил айниш, зарда кайнаши, кекириш, кукрак кафасининг пастки кисмига ва эпигастрал сохада огрик, огирлик хиссига, эпигастрал сохани тулишиш ватаранглашиш хиссига, метеоризм. Ошкозон диспепсиясини ривожланишида, унинг секретор ва харакат функциясини бузулиши ётади.

Диспепсия синдроми амалиётда хазм тракти аъзоларининг бошка касалликлари билан бирга учрайди, асосан куйидагилар билан : ярасиз диспепсия, наслий ёки чекишдан келиб чиккан гастродуоденит .; рефлюкс-эзофагит, кизилунгач диафрагма тешиги чурраси; кизилунгач моторикасини бузулиши ; ошкозон ва 12 бармок ичакнинг яра касаллиги ; кизилунгач, ошкозон, ошкозон ости бези ракида; жигар, ут йуллари ва ошкозон ости бези касалликларида; ошкозон ичак трактининг яллигланииш касалликларида: гастрит, лямблиоз, Крон касаллигида; ичак тасирланиш синдромида ; юрак ишемик каслликларида; алкоголяистемол килганда; интоксикация ва дориларнинг ножуя таъсирларида.

Чўзилган ва огир диспепсияни сабабларини аниклаш учун куйидаги лаборатор-инструментал текширувлар утказилади: умумий кон тахлили, ахлатда яширин кони текшириш, ошкозон ширасини гистаминли синама утказиш зарурати билан текшириш, юкламали ЭКГ –синамаси, корин бушлигини ультратовуш текшируви, ут пуфаги ваОИТни рентгенологик текшируви, ЭФГДС шиллик кават биопсияси билан, ретроградная холецистопанкреатография, кизилунгач монометрияси, усма маркерлари, эмбриогенал-рак антигенни текшириш йугон ичак ракига шубха булса, А-фетопротеинни - жигар ракига шубха булса.

Шуни айтиб утиш жоизки диспепсияни сабабини аниклашда батафсил йигилган анамнез ва объектив курик асосий уринни эгаллайди.

Жигилдон кайнаши ва хаволи кекириш, огиздаги аччик там гастроэнтерологик беморларни асосий симптоми. Шуни унутмаслик керакки бундай беморларда гиперацид холат доим хам кузатилмайди ва рак билан огриган беморларда ахилия кузатилади (сут кислота, ут, панкреатик шира).Эпигастрал сохадаги дискомфорт кукрак кафас, корин бушлиги, умуртка погонаси касалликлари билан хам келиши мумкин, бундай холларда ЭКГ ва рентгенологик текширув утказилса диагностик хатолар олди олинган буларди.

**"Қор парча"усули.**

**Максад:** Талабаларни укитиш билан бир вактда уларни билим даражасини, мавзуни мухокама килиш жараёнида текшириш.

**Усулнинг асосий холатлари.**

Гурух 2-3 та майда гурухчаларга булиниб, улар бита муаммо устида бош котиришади, максад тугри жавобларни купрок айтиш. Хар бир айтилган тугри жавоб, мазкур гурух балини оширади, кор парча куринишида.Кайси гурух купрок балл йигса, шу гурухга юкори бахо куйилади.

1. Сурункали гастритни аниқлаш.

2. Сурункали гастритни диагностикаси

3. H.pyloriciни эрадикацияси.

**Жавоблар:**

1. Сурункали гастрит – ошкозон шиллик каватинини сурункали яллигланиши булиб, ичак секретор, мотор функциясини бузилиши ва безли эпителийни физиологик регенерациясини бузилиши хамда атрофияси, кейинчалик дисплазиясига олиб келади.

2. H.pylorici ни текширишда ЭФГДС + биопсия, ошкозон ширасини фракцион текширишлар киради (цитологик ва гистологик текшириш, шиллик кават алмашинуви даражалари, иммунологик).

3. 7 кунлик терапевтик даволаш: омепразол 20 мг 2 мах/ кунига + кларитромицин 500 мг 2 мах/ кун.+ амоксициллин 1000 мг 2мах/ кун

+ метронидазол 500 мг 2 мах/ кун , иккинчи терапия 10 кунлик даво: омепразол 20 мг 2 мах/кун + висмут субцитрат 120 мг 4 мах/кун + тетрациклин 500 мг 4мах/кун + метронидазол 500 мг 2 мах/ кун

**2. Аналитик кисм**

**2.1 Вазиятли масала**

1. 20ёшли эркак УАШ кабулига эпигастрал сохадаги огрик , жигилдон кайнаши, кунгил айниши билан мурожат килди. Огрик овкат егандандан 20 миндан сунг пайдо булади. Бемор анамнезидан норегуляр, куюк ва ёгли овкатларни купрок истемол киларкан. Умумий ахволи урта огирликда. Юрак ва упкасида узгаришлар йук. Тили ок караш билан копланган нам, тиш излари бор. Корин нафас актида катнашади. Пальпацияда эпигастрал сохада огрик. Кабзиятга мойиллик бор.

* 1. Юкоридаги симптомлар кузатиладиган 4та касалликни айтинг;
  2. Сизнинг тахминий ташхисингиз;
  3. Диагноз куйиш учун кушимча текширувлар;
  4. ВОП тактикаси. Даволаш.

**Жавоблар:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Жавоблар | Балл |
| 1 | а) ошкозон таъсирланиш синдроми, б)секрецияни ошиши билан кечувчи B типдаги гастрит, в) секреция сакланган В типдаги гастрит , г)ошкозоннинг яра касаллиги. | 15 |
| 2 | секрецияни ошиши билан кечувчи B типдаги сурункали гастрит. | 25 |
| 3 | ЭФГДС + биопсия, ошкозон ширасини фракцион текшириш H.pylorici ни аниклаш (цитологик ва гистологик текширув, иммунологик). | 20 |
| 4 | . Эрадикацияси H.pylorici ни, антисекретор препаратлар (ранитидин ёки омепразол ёки гастроцепин), антацидлар (маалокс), (денол ёки сукральфат), микроциркуляцияни тикловчилар (актовегин). | 20 |

Бемор 26 ёш УАШ кабулига эпигастрал сохани тортилишига, кунгил айниш, сулак куп ажралишига,температурани 38 ˚ С га чикишига. Анамнездан 2 кун олдин ёмон сифатли овкат еган. Шундан сунг кайт килиш ва диареякузатилган. Беморнинг умумий ахволи огир, териси нам, рангпар. Юракда – тахикардия, пульс 100 та/мин., ритмик. Упкада везикуляр нафас. Корин пальпацияда юмшок, эпигастрал сохада кучсиз огрик аникланди. Диурез камайганн.

1 Юкоридаги симптомлар кузатиладиган 4та касалликни айтинг;

2 Сизнинг тахминий ташхисингиз;

3 Диагноз куйиш учун кушимча текширувлар;

4 ВОП тактикаси. Даволаш.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3.Бемор 48 ёш УАШ қабулига келди, шикоятлари эпигастрал сохадаги ўтмас оғриққа, тортилишга, кўнгил айнишга, анорексия, оғиздан аччиқ там келишига, кекиришга, қоринни дам бўлишига, ич кетишига ва соч тўкилишига. Объектив: беморни умумий ахволи ўрта оқирликда. Териси рангпар, қуруқ, тирноқида трофик ўзгаришлар бор. Ўпкада везикуляр нафас. Юрак тонлари бўғиқ. Пульс 96 та 1 дақиқада. АБ 110/70 мм см.уст. Тили нам ,оқ караш билан қопланган. Қорни юмшоқ, эпигастрал сохаси оғриқли. Жигар ва Талоқ катталашмаган. Ич келиши тез-тез. Сийиши эркин, оғриқсиз.

Рентгеноскопия ОИТ: шиллиқ қават рельефи силлиқлашган, тонуси ва перистальтикаси сусайган, ошқозон эвакуацияси тезлашган. Ошқозон секрециясини текшириш: умумий кислоталилик - 18 титр.бр.

1. Юкоридаги симптомлар кузатиладиган 6та касалликни айтинг;
2. Сизнинг тахминий ташхисингиз;
3. Диагноз қўйиш учун қўшимча текширувлар;
4. Шу касалликнинг кўп учровчи асоратлари;
5. ВОП тактикаси. Медикаментоз ва номедикаментоз давони батафсил ушунтиринг (диета, курсатилган дозадаги препаратлар)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

4.42 ёш эркак УАШ қабўлига келди, шикоятлари эпигастрал сохадаги кучли оғриққа, кўнгил айнишига жиғилдон қайнашига. Оғриқ овқатдан 20-30 дақиқадан кейин пайдо булади ва локал характерга эга. Анамнездан:ўтган бахорда шунақа оғриқ булган. Бемор даволанмаган, оғриқ мустақил ўзи юқолгани. Объектив: Қоринда пальпацияда эпигастрал сохада оғриқ. Қоринда газ аниқланди.

1. Юкоридаги симптомлар кузатиладиган 4та касалликни айтинг;
2. Сизнинг тахминий ташхисингиз;
3. Диагноз қўйиш учун қўшимча текширувлар;
4. Шу касалликнинг кўп учровчи асоратлари;
5. ВОП тактикаси. Медикаментоз ва номедикаментоз давони батафсил ушунтиринг (диета, курсатилган дозадаги препаратлар)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. 18 ёш талаба УАШ га мурожат қилди. Шикоятлари оч қоринда оғриққа, у умуртқага иррадиациаланади, жиғилдон қайнаши, аччиқ кекиришларга. Анамнездан ката акаси 12б/и яра касаллигидан касал. Объектив: бемор рационал овқатланмайди, териси рангпар, тили караш билан қопланган. Қорин пальпациясида эпигастрал унг томонда оғриқ аниқланди ва газ.

1. Юкоридаги симптомлар кузатиладиган 4та касалликни айтинг;
2. Сизнинг тахминий ташхисингиз;
3. Диагноз қўйиш учун қўшимча текширувлар;
4. Шу касалликнинг кўп учровчи асоратлари;
5. ВОП тактикаси. Медикаментоз ва номедикаментоз давони батафсил ушунтиринг (диета, курсатилган дозадаги препаратлар)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. 21 ёш талаба УАШ га мурожат қилди. Шикоятлари жиғилдон қайнаши, аччиқ кекиришларга, овқатдан кейин ошқозон ости бези сохадаги ўтмас оғриққа, тортилишга ва газ хосил булишига. Объектив: беморни умумий ахволи ўрта оқирликда. Эс хуши жойида холати актив. Териси оч пушти. Ўпкада везикуляр нафас. Юрак тонлари аниқ, ритмик. Пульс 84та 1 дақиқада. АБ 120/80 мм см.уст. Тили нам ,оқ караш билан қопланган. Қорни юмшоқ, эпигастрал сохаси оғриқли. Жигар ва Талоқ катталашмаган. Ич келиши қабзиятга мойил. Сийиши эркин, оғриқсиз.

Рентгеноскопия ОИТ: шиллиқ қават рельефи қатламларини диффуз қалинлашиши, гиперсекреция белгилари. Ошқозон секрециясини текшириш: умумий кислоталилик - 85 титр.бр.

1. Юкоридаги симптомлар кузатиладиган 4та касалликни айтинг;
2. Сизнинг тахминий ташхисингиз;
3. Диагноз қўйиш учун қўшимча текширувлар;
4. Шу касалликнинг кўп учровчи асоратлари;
5. ВОП тактикаси. Медикаментоз ва номедикаментоз давони батафсил ушунтиринг (диета, курсатилган дозадаги препаратлар)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. 42 ёш эркак УАШ қабўлига келди, шикоятлари эпигастрал сохадаги ўраб олувчи ёғли овқатдан кейингии оғриққа, кўп марталаб кўнгил айнишига, қайт қилгандан кейин енгиллашмасликка. Анамнездан:10 йилдан буён яра касал билан оғрийди. овқатдан кейин доим оғриқ кузатилган, охирги пайтларда оғриқ харатери ўзгарган. Шикоятлари хам купайган. Объектив: беморни умумий ахволи ўрта оқирликда. Рационал овқатланмайди, склераси субэктерик. Ўпкада везикуляр нафас. Юрак тонлари бўғиқ, ритмик. Пульс 80та 1 дақиқада. АБ 125/70 мм см.уст. Қорин палпацияда эпигастрал сохаси оғриқли. Жигар ва Талоқ катталашмаган. Френикус симптоми чап томонлама мусбат. УҚТ – Нв- 120 г/л, лейкоцитлар 10 минг., ЭЧТ 20 мм/соат.

1. Юкоридаги симптомлар кузатиладиган 4та касалликни айтинг;
2. Сизнинг тахминий ташхисингиз;
3. Диагноз қўйиш учун қўшимча текширувлар;
4. УАШ тактикаси;

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8. 33 ёш бемор УАШ қабўлига келди, шикоятлари жиғилдон қайнашига, киндик сохасидаги оғриққа, кунгил айнишига, ич келиши суюқ куп миқдорда. Анамнездан, 12б/и яра билан куп маротаба гастроэнтерология бўлимида даволанган ва ярадан қон кетишлар бўлган.Объектив, периферические лимфа тугунлар катталашмаган. Ўпкада везикуляр нафас. Юрак тонлари бўғиқ, ритмик. Пульс 90та 1 дақиқада. АБ 100/70 мм см.уст. Қорин палпацияда гастро-дуоденальной сохаси оғриқли. Жигар ва Талоқ катталашмаган.

Ошқозон ширасини текшириш: базал кислотали махсулот -18мэкв/соат, гистаминли юклама билан умумий кислаталиликни дебит цифри 60 мэкв/соат, умумий кислаталилик 100 бр., базал фазада эркин хлорид кислота 80 бр. ЭГДФС: 4 язв (1чиси ошқозонда, 3 таси 12б/и.),ёпиқ фибринли чукма.

1. Юкоридаги симптомлар кузатиладиган 4та касалликни айтинг;
2. Сизнинг тахминий ташхисингиз;
3. Диагноз қўйиш учун қўшимча текширувлар;
4. УТТ малумотлари;
5. ВОП тактикаси. Медикаментоз ва номедикаментоз давони батафсил ушунтиринг (диета, курсатилган дозадаги препаратлар)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_9. 32 ёш бемор УАШ қабўлига келди, шикоятлари тўсатдан кеча кечқурунги холсизликка, бош айланиши кунгил айниш ва қайт қилиш билан, лекин қайт қилмади. Анамнездан:куп йиллардан бери бахор ва кузда жиғилдон қайнаши безовта қилади, даврий эпигастрал сохадаги оқриққа, овқатдан 1,5-2 с дан кейин. Бугун тунда қора суюқ ичи келди. Об-но: бемор рационал овқатланмайди, териси рангпар ва тоза.Юрак –тонлари бўғиқ, ритмик. Пульс 100 та 1 мин. АБ 95/65 мм.см.уст. . Ўпкада везикуляр нафас . Тили оқ караш билан қопланган, тиш излари бор. Қорин палпацияда эпигастрал сохаси оғриқли. . Жигар ва Талоқ катталашмаган.

1. Юкоридаги симптомлар кузатиладиган 4та касалликни айтинг;

2.Сизнинг тахминий ташхисингиз;

3.Диагноз қўйиш учун қўшимча текширувлар;

4.Шу касалликнинг кўп учровчи асоратлари;

5.ВОП тактикаси. Медикаментоз ва номедикаментоз давони батафсил ушунтиринг (диета, курсатилган дозадаги препаратлар

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_10. 21 ёш бемор УАШ қабўлига келди, шикоятлари даврий эпигастрал сохадаги оқриққа, овқатдан 1,5-2 с дан кейин, эпигастрал сохада тўлиш хисси, палағда тухумдай кекириш, кўнгил айнишига, қайт қилишга, қайт қилгач бемор ўзини енгил хис қилади.Анамнездан: эпигастрал сохадаги оқриққа, жиғилдон қайнаши , охирги 4-5 йилда бахор ва кузда қабзиятга: бемор рационал овқатланмайди, териси рангпар ва тоза.Юрак –тонлари буғиқлашган, ритмик. Пульс 90 та. 1 мин. АБ 100/70 мм.см.уст. Тили кулранг караш билан қопланганм. Қорин палпацияда эпигастрал сохаси оғриқли. . Жигар ва Талоқ катталашмаган .

1. Юқоридаги симптомлар кузатиладиган 4та касалликни айтинг;
2. Сизнинг тахминий ташхисингиз.
3. Диагноз қўйиш учун қўшимча текширувлар;
4. ВОП тактикаси;

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_11.КВП га УАШ кабулига 30ёш бемор куйидаги шикоятлар билан келди жигилдон кайнаши ва ханжарсимон усимта вакиндик уртасидаги огрикка, огрик характери даврий ва мавсумий булиб кайт килгандан кейин камаяди ва холсизликка. Юкоридаги шикоятлар беморни 7дан бери безовта килади.Зарарли одатлари: чекади, куюк, аччик, шур овкатларни куп истемол килади.

**Объектив курик: умуий ахволи нисбатан коникарли**,тер ива куринадиган шиллик кавтлари рангпар, тили караш билан копланган. Пальпацияда эпигастрал сохада огрик аникланди, А\Д 120/80 мм.см. уст., пульс 76 та мин.

**3.График органайзер «Балиқ скелети».**

«Балиқ скелети» схемасини мақсади муаммони ечишда ижодий ва аналитик фикрлашни ривожлантириш.

Схема йули: талабалар схемани тузулиши билан ўрганиб чиқишади. Индивидуал ёки жуфт булиб юқори қовурғаларга муаммони ёзади, пасдига эса – тасдиқловчи фактларни ёзиб чиқилади.

мини гурухлар бирлаштирилиб, ўзини схемасига таққосланади ва қўшимча киргизади.

Кейин натижаларни презентация қилишади..

ноаниқ ўхшаш латент касаллик

клиника симптомлар кечиши симуляцияси

диспепсия

диагностика

----------------------------------------------------------------------------------------------------

Лаборатория бемор вақтида аппаратларни иктисодий

камчилиги келмади етишмовчилиги етишмовчилик

врач врач врач врач врач

билимсиз эътиборсиз халатсиз ривожланмайди

Диспепсия

диагностика

----------------------------------------------------------------------------------------------------

хамшира хамшира хамшира

халатсиз саводсиз маъсулиятсиз

**Амалий қисм.**

**Шу мавзу бўйича УАШ қилиши керак бўлган амалий кўникмалр рўйхати.**

1. Ошқозон диспепсияли касаллиги бор беморни кўриги.
2. Ошқозон диспепсиясида лабаратор-инструментал текширувлаврни интерпритацияси.

**5.Назорат саволлари.**

1.Гастрит этиологияси.

2.Гастрит клиникаси.

3.Гастрит классификацияси.

4. Гастрит диагностикаси.

5. Гастрит тақослама ташхисси.

6.Дуоденит этиологияси.

7.Дуоденит клиникаси.

8.Дуоденит классификацияси .

9Дуоденит диогностикаси.

10. Дуоденит таққослама ташхисси.

11.Яра касаллиги этиологияси..

12. Яра касаллиги клиникаси.

13. Яра касаллиги классификацияси.

14 Яра касаллиги.диагностикаси.

15. Яра касаллиги тақослама ташхисси.

**Амалий машгулот №22**

**Гепатомегалия ва сариқлик синдроми. Сурункали актив ва ноактив гепатит, жигар циррози, ўт-тош касаллиги, билиар-панкреатик соҳа ўсмалари (жигар, ўт қопи, ошқозоности бези ўсмалари) ни солиштирма ташхислаш. Сариқликларни эрта диагностикаси. УАШ тактикаси.**

**Ўқитиш технологияси**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ўқув вакти: 4 соат** | | |
| **Ўқув машгулоти тартиби** | 1. Ўқув машгулоти хонаси. 2. Ўқув кулланмалар, кургазмалар, муляжлар, таркатма материаллар, вазиятли масалалар туплами ва тестлар 3. Телевизор, видео аппаратлари, мультимедиа | |
| **Ўқув топшириклар максади:** УАВларига диагностика ва дифферинциал диагностикагани ургатиш, Гепатомегалияда оптимал даволаш тартибини утказиш, " Умумий амалиёт врачининг квалификацион характеристикаси».Жигарнинг хар-хил сабабли инфексиядан каалланиши ва алкаголдан касалланиши., хамда бирламчи звенодаги ташкилотлара касалланганларни соглигини саклашни,олдиндан олдини олишни талаб килади. | | |
| **Педагогик топширик:**   1. Жигарнинг Ўткир ва сурункали касалликларида гепатомегалия синдромларини куриб чикиш. 2. Боткин гепатити касаллигида сурункали гепатит В ва Сни касалликларини куриб чикиш. ва беморларни намойиш қилиш 3. Гепатомегалияда клиник, лаборатор-инструментал текширувларини мухокама килиш. 4. Боткин касаллиги, гепатит В, С, Сурункали гепатит лар каслликлари билан дифферинциал-диагностика утказиш.   УАШ квалификацион характеристикаси доирасида тактика олиб бориш саволларини муҳокама қилиш.   1. Даволашни мухокама килиш. (номедикаментоз ва медикаментоз). 2. КВП ва ОП шароитида беморларни мониторинги ва кузатувларни мухокама килиш. 3. Ушбу касалликда бирламчи, иккиламчи, ва учламчи пролактикаларни мухокама килиш. | | **Ўқув фаолияти натижаси:**  **УАВ билиши шарт:**Гепатомегалияни пайдо булиш механизмива сабаблари.   1. Гепатомегалияни диагностикаси. 2. Гепатомегалияни дифферинциал диагностикаси. 3. Ушбу касалликни даволаш тартиби (медикаментоз ва номедикаментоз). 4. КВП ёки ОП шароитида беморларнидиспанцеризатцияси ва мониторинг кузатуви. 5. Ушбу вазият буйича бирламчи, иккиламчи ва учламчи профлактика утказиш.   **УАШ билиши шарт:**  1.Гепатомегалия диагностикаси учун анамнез ва шикоятларини тахлил килиш.  2.Хар-хилкуринишдаги гепатомегалияни клиникаси буйичадиагностикаси ва дифферицил диагностикаси ва лабаротор инструментал текшируви.  3.Самараси исботланган дориларни танлаш.  4.Номедикаментоз даволаш хакида маслахат бериш.  5.КВП ваОП шароитида мониторинг утказиш. |
| **Ўқув услуби хакида.** | | мия штурми; график органайзер – вена диаграмма, демонстрация, видеокургазма, дискуссия, сухбат, вазиятли масала ва тест ечиш. |
| **Ўқув фаолияти шаклларини намойиш килиш.** | | Алохида ишлаш, гурухларда ишлаш, жамоа, аудитория, аудиториядан ташкарида. |
| **Ўқув воситалари хакида.** | | Таркатма Ўқув материаллари визиуальные материалы, видеофильмлар, муляжлар, график органайзерлар, тиббий карталар туплами, таблицлар, стендлар. |
| **Кайта боглов воситаси ва усули.** | | Блиц-савол жавоб, тест утказишЎқув топширикларида презинтация усулида чикариш, Тибий картани тулдириш, амалий куникмаларни «профессионал утказиш» |

**Назарий қисм**

Мавзуларни тахлил килишдан олдин,кейинги жихатларига этибор каратиш керак.

Сурункали гепатитлар – жигарнинг яллигланиш касаллиги, портал тизим каршисида биритирувчи тукиманинг усиб кетиши ва сохта булаклар хосил булиши. Сурункали гепатитлар этиологик факторлари орасида вирусли инфекциялар етакчи уринни эгаллайди. УАВ Ўзининг амалий фаолиятида 1994 йил Лос-Анжелосда гепатологлар уюшмасида таклиф килинган, классификация тавсияларидан фойдаланилади.Гепатитнинг клиникаси бир-хил маъноли булмаган активликда кечади. нимага богликГепатит клиникаси хар хил кечиб ,бир томондан жигарнинг юқори компенсатор имкониятлари , иккинчи томондан бутун организм ва қон томир аъзоларини патологик жараёнга тортилиши ётади .

Характерли синдромлар: астеновегетатив, диспептик, сариқлик синдроми, цитолитик, мезенхимал-яллиғланиш , холестатик, геморрагик, гиперспленизм синдроми.

Сурункали гепатитнинг поликлиника шароитидаги ташхиси шикоятларни тўлиқ йиғиш, анамнез ва кўрик, беморнинг лаборатор ва инструментал текширувларни ўз ичига олади .

Поликлиникадаги лаборатор текширувлар ўз ичига олади : протромбинни аниқлаш, фибриноген, альбумин, альбумин-глобулин коэффицентини, чўкма синамалар (тимол ва сулема), холестерин даражаси , иммунологик текширувларни (IgM, IgG ва IgA, IgE)аниқлаш .

Инструментал текширувлар беморни махсус марказларга юборишни ўз ичига олиб : радиогепатография, жигарни сканирлаш , эндоскопик ретроград холангиография,жигар пункцион биопсиясини ташкил этади .

Барча гепатитлар учун диагностик алгоритм учта этапда кечади :

1. Биринчи этап – клиник жигар белгиларини яққоллаштирувчи йўналтирилган катанамнез (гепатомегалия, сариқлик, телеангиоэктазия – «томир юлдузчалари»), лаборатор диагностика: билирубин, АлАТ ва АсАТ, Лактатдегидрогеназа, сулема и тимол синамаси , қоннинг оқсил спектери, специфик антигенларни аниқлаш.
2. Иккинчи этап – инструментал: жигар УТТси, радиогепатография, лапароскопия
3. Учинчи (мухим этап) – светооптика ёрдамида жигарнинг морфологик текшируви , иммунологик ва электрон-микроскопик анализ.

Цирроз (французчада kirros - малла) - диффуз жараён, характеризующийся фиброзом ва жигар структурасининг кайтатдан тузилиши, тугунли структураси анамолияларининг пйдо булишига олиб келади.

Хозирги вактда халкаро гастроэнтрологлар йигини тавсиясига кура, клиник гепатологияда жигар циррозининг навбатдаги классификатсяси ишлатилади.

Жигар циррози классификацияси (Лос-Анджелеc , 1994й.)

Этиологияси буйича: вирусли, алкогольный, аутоиммун, метаболик, альфаантитрипсиндефицитли, холестогенли (бирламчи,иккиламчи), криптоген.

Морфологияси буйича: портал, постнекротик, постгепатитли, лаеннековский, метаболик, билиар, майдатугунчали, йириктугунли.

Компенсацияси буйичакомпенсацияланган, субкомпенсацияланган, декомпенсацияланган.

Жигар циррозининг диагностикаси, худди сурункали гепатитдаги асосий клинико-биохимик синдромидагидек юкори инструментал текширувлар ишлатилади. Билиар жигар циррози учун энг характерлиси бу гепатомегалия эканлигини эътиборга олмок лозим вабундай вазиятларда холесистик синдром юкори булиши кузатилади (гипербилирубинемия, конда ишкорий фосфатазанинг ошиши, сариклик, кашиниш излари, ксантелазмава бошкалар.).портал жигар циррозида касалликнинг бошлангич боскичларида, гепатомегалия аникланади, кейинчалик эса жигар улчамларининг кичрайиши ва спленомегалия юзага келади. Порта гепертензияда бошка белгилар устинлик килади (телеангиоэктазия, варикоз веналарни кенгайиши, спленомегалия, асцит ва бошкалар).,сариклик йук булиб кетиши мумкин.

Гепатомегалия гепатитларда, жигар циррозида жигарнинг барча касалликлари билан дифферигциал диагностика утказилади. Умумий амалиёт врачи иш фаолиятида кам булса хам ушбу синдромл билан тукнаш келади.

**«Кенг давра»усули буйича назарий кисмни утказиш.**

Максад: талабаларни урганётган маълумотларни танкидий бахолаш ва хозирги муаммолар буйича тулик билимларини аниклаш.Хар бир гурух бир муаммони таклифкилиши ва 10 дақиқада ушбу муаммони ёзма тарзда хал килиб, кейинги муаммоли топширикга алмаштириш. Олдинги гурухларнинг хатоларини топинг ва охирги жавобларини кабул килиб, барчакатнашувчилар олдида мунозара килинади ва кушимча жавоблар киритилади. Кенг давра усулида талабадан юкори этибор талаб этилади ва ушбу назарий кисмга яхши тайёргарлик керак.

Масалан:

1. гепатитни аниклаш.

2. барча куринишдаги гепатитлар учун диагностик алгоритм.

3. жигар циррозини аниклаш

4. жигар циррозини классификацияси.

**Жавоблар:**

1. сурункали гепатитлар – жигарнинг яллигланиш касаллиги, портал тизимда турли шаклда ёлгон булакли бириктирувчи тукиманинг усиб кетиши билан характерланади.

2. Барча куринишдаги гепатитлар учун диагностик алгоритм уч боскичда утказилади.Iбоскич–тулик йуналишли катанамнез ва клиник жигар белгиларини аниклаш (гепатомегалия, сариклик, телеангиоэктазиялар – «томир юлдузчалари»), лаборатор диагностика: билирубинни, АлАТ ва АсАТ ларни текшириш, Лактатдегидрогеназа, симобли и тимоллисинама, хамдакондаги оксил спектри, махсус антигенларни аниклаш.

IIбоскич – инструментал: жигар УТТси, радиогепатография, лапароскопия

III (мухим боскич) –иммунологик ва эликтрон-микроскопик тахлил, ёругоптикадан фойдаланиб жигарнинг морфологиясини аниклаш.

3. Цирроз (французчадан kirros - малла) - диффуз жараён, фиброз важигар морфологиясини кайта янгитдан тузилиши характерли,,аномал тУТТлишли тугунлар хосил булишига олиб келади

4. этиологияси буйича: вирусли, алкоголли, аутоиммун, метаболик, альфаантитрипсиндефицитли, холестогенли (бирламчи,иккиламчи), криптоген.

Морфологияси буйича: портални, постнекротик, постгепатитни, лаеннековский, метаболическ, билиарный, майдатугунли, йириктугунли.

компенсацияси буйича: компенсация, субкомпенсация, декомпенсация.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **бахолаш** | **аъло** | **яхши** | **коникарли** | **коникарсиз** | **ёмон** |
|  | **узлаштриш %** | **100%-86%** | **85%-71%** | **70-55%** | **54%-37%** | **36% ва ундан паст** |
| **1** | **Назарий кисм** | **20-17,2**  **Балл** | **17-14,2 балл** | **14-11 балл** | **10,8-7,4 балл** | **7,2 балл** |

**Тахлилий кисм.**

**Вазиятли масалалар:**

1бемор П.,45ёш, шикоят килади- тунда тери кичишига, унг ковурга остида огрикга,бугим учларидаги огрикга, умумий холсизлик, менструал циклнинг бузилиши. Анамнезидан ОИТ билан каслланган, сурункали пиелонефрити булгани учун тез-тез антибиотиклар билан даволаниб туради. Вакти-вакти билан алкагол ичб турган. Объектив курувда: иштаханинг пасайиши,тана харорати 38,40С. Тери ранги саргайган, шишлар, кузнинг ички бурчагида ксантилазм, оркасида тарам излари. Упкада везикуляр нафас, шовкин йук.Юрак тонлари бугик, ритмик, ЮУС 88 та. 1 мин. Корин катталашиши асцит хисобигаунг ковурга тагининг катталашишида. Курлов буйича жигар 12-18-18 см. Талок ковурга бурчаги ёйидан 2 см чикиб турибди.УКА: Нв 92 г/л, эритроцит 3,0х 1012/л, Лейкоцит 8,7х109/л,ЭЧТ 35 мм/час. Кондаги умумий оксил – 60 г/л, Умумий билирубин 42,7 мкмоль/л, Тугри 26,0,Нотугри-16,7 мкмоль/л, холестерин- 9,4 ммоль/л, ишкорли фосфатаза В. Долгову буйича 205 Ед/л.

1. . Юқоридаги белгилар учрайдиган 3 тадан кам бўлмаган касалликларни айтинг;

-20 балл.

2. Сизнинг тахминий ташхисингиз -30 балл.

3. Холестаз синдромида 5тадан кам бўлмаган симптомни сананг -25 балл

4. УАШ тактикаси - 25 балл

**Жавоблар:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Жавоблар | Балл |
| 1 | ОИК: сурункали калькулез холецистит, сурункали гепатит, алкаголли жигар циррози, иккиламчи жигар билиар циррози. | 20 |
| 2 | Сурункали гастрит Втип секрециянинг ошиши билан. | 30 |
| 3 | Умумий билурибиннинг ошиши тугри билурибиннинг ошиши хисобига, холестерин ва ишкорли фосфатаза, Тери саргайиши шишлар билан,куз ички бурчагини ксантилазмаси. | 25 |
| 4 | Оперативдаво–утиб окиб утишини яхшилаш, жигар ичидан ут йулига. | 25 |

2. бемор эркак киши П.,43 ёш, 22 йилдан бери маляр булиб ишлайди. Охирги вактларда тунги безовталиклар огриклар билан ва унг томон ковурга ёйи остида огирлик, иштахасизлик, кунгил айниши, умумий холсизлик тез чарчаш, милкдан кон кетиши. 6 ойда 10 кг га озиб кетишга. Объектив курикда: бемор иштахасининг пасайиб кетиши, териси окариб кетиши.Склераси иктеричные. Тана харорати 38,40С. Аускультацияда: упкани усти ва пастида сусайган нафас эшитилади.Юрак тонлари бугиклашган, ритмик, АКБ 110/70 мм см уст. Курлов буйича жигар улчамлари 12-18-8 см. талок ковурга ёйидан 2см ташкарига чикиб турибди. флюктуация симптоми мусбат.

1. учраш эхтимоллиги юкори булган симптомлардан 5та дан кам булмаган касалликларни санаб беринг.

2. Сизнинг тахминий ташхисингизга-30 бал.

3. ушбу касалликда учраши мумкин булган асоратлар. (3 та дан кам булмаган)-20 бал.

4. УАШ тактикаси-10 бал.

5. Даволаш тартиби-20 бал.

3.бемор Р28 ёш. Шикоятлари оёк кулларнинг калтирашига, иштаханинг пасайиб кетишига, кунгил айнишига, огиздан аччик- тахир там келишига, милкларни конашига. Унг ковурга равоги остида огрик, коринни шишига. Курувда бемор яхши етилмаганлиги, иштахаси пастлиги, кулларида тремор аникланиши, сузлашганда паст овоз ва уларни тушиниб булмаслигига.Юрак тонлари бугик, ритмик. Пулси 1 мин да 78 та. АКБ 110/70 мм см уст тенгТери ва куринадиган шиллик каватлари иктеричные, тили «лакланган», кукрак ва кориннинг олдинги юзасида «томирли юлдузчаларна».Жигар +4-6 см, касалланган, Талок + 1-2см катта булмаган асцит. Окулист консултатциясида шох парда перифериясида Кайзер- Флейшер халкаси аникланди..

1. учраш эхтимоллиги юкори булган симптомлардан 5та дан кам булмаган касалликларни санаб беринг.

2. Сизнинг тахминий ташхисингизга-30 бал.

3. ушбу касалликда учраши мумкин булган асоратлар. (3 та дан кам булмаган)-20 бал.

4. УАШ тактикаси-10 бал.

5. Даволаш тартиби20 бал

4.бемор Ш., 52 ёш, слесарчи, УАШ га мурожат килди шикоятлари куз склерасининг саргайишига. Тери рангининг окаришига. Тери кичишига, унг ковурга равогида огирлик. Сийдик рангининг туклашишига.УТТни амалий соглом хисобларди. 3 йил лдин инфекцион шифохонада вирусли гепатит сабабли даволаниб чиккан. Охирги 3 ойда юкори безовталик. Кечга бориб чарчаб коли шва вакти вакти билан сийдик рангининг хиралашиши. У Ўзига эътибор бермай куйган. Объектив объектив курикда: Умумий ахволи уртача огирликда.Тери коплами саргайган,куринадиган шиллик каватлари иктеричные, кашиш излари. Юрак тонлари бугик. АКБ 120/70 мм см уст. ЮУС ва пулси 66 та 1 мин да. Корин бироз шишган, Жигар+ 8 смкаттиклаган, кам сезувчан,гадир-будир.Талок катталашмаган.

1. учраш эхтимоллиги юкори булган симптомлардан 5та дан кам булмаган касалликларни санаб беринг.

2. Сизнинг тахминий ташхисингизга-30 бал.

3. ушбу касалликда учраши мумкин булган асоратлар. (3 та дан кам булмаган)-20 бал.

4. УАШ тактикаси-10 бал.

5. Даволаш тартиби20 бал

5. 55ёшли бемор шикоятлари тана хароратининг кутарилиши калтираш билан, унг ковурга остида огрик, огиздан аччик-тахир там келишигакунгил айниши кайт килишга, тери кичишига.Анамнезидан 4- йилдан бери касаллиги , унг ковурга остида хуружсимон куринишли огрик, огрикни унг куракга узатилиши ва тана хароратининг кутарилиши аникланди.но-шпа, спазмалгон кабул килгандан кейин босилади. . Шамоллашдан кейин ахволи дархол ёмонлашди. Объектив курикда тери ва склеранинг саргайиши аникланди. Упка устида везикуляр нафас эшитилади, шовкинлар аникланмайди. Юрак тонларибугик, Ритмик,ЮУС ва пулси 100 тазарб 1дақиқадаЖигар +3+4 см, УКА: Нв-110 г/л; лейк.-11,5х109/л; т/я-11%; с/я-68%; лимф.-15%; мон-6%, ЭЧТ-30 мм/с. Конда билурибинн ва холестириннинг ошганлиги аникланди.

1. учраш эхтимоллиги юкори булган симптомлардан 5та дан кам булмаган касалликларни санаб беринг.

2. Сизнинг тахминий ташхисингизга25 балл.

3. Бу беморда қуйидаги даволаш турларини қайсиларини қуллаб: 1) хирургик 2) кутувчи тактика 3) дуоденал зондлаш 4) спазмолитиклар 5) анальгетиклар 6) тюбаж 7) холензим 8) лиобил 9) маккажўхори қаламчалари рыльца 10) кўп миқдорда иссиқ ичимлмиклар 11) очлик диетаси 12) антибиотиклар- 25 балл.

4. УАШ тактикаси;-10 балл

5. Даволаш тамойиллари -20 балл

6. Бемор Д., 22 ёш, талаба, УАВ га тана хароратининг 38,50С гача кутарилишига, териси саргайишига, холсизликга, кунгил айнишига, териси кичишига шикоят килиб келди. УТТни бир хафтадан бери касал деб хисоблайди, кунгил айниши безовта килади, тана хароратининг кутарилиши. Кечадан бошлаб териси ва склерасининг саргайиши кузатилди. Эътибор билан сураб суриштирганимизда, олдиндан бугимларида огрик белгилари кузатилганлиги аникланди.Бемор коникарли овкатланади. Юрак чегаралари ва упкада узгаришлар йук.Пулс тула, брадикардия билан. АКБ 110/70 мм см уст. Корнида шиш, пальпацияда унг ковурга ости сохаси кулга уннайди. Унг ковурга ёйидан жигарнинг +3 см чикганлиги аникланади, пальпациядаюмшок, ёйи силлик.Талок палпасияланмайди. Коннинг биохимик тахлилида-Ферментлар ва тимол синамасининг ошганлиги кузатилади.

1. Юқоридаги белгилар учрайдиган 5 тадан кам бўлмаган касалликларни айтинг-20 балл

2. Сизнинг тахминий ташхисингиз-35 балл;

3. Диагнозни тасдиқлашда информатив усуллар-25 балл;

4. УАШ тактикасива даволаш тамойиллари-20 балл;

7. 54 ёшли бемор УАВ га тана хароратининг кутарилишига, калтираш.бош огриги, унг ковурга остида огрик, огрикни унг куракка узатилиши, кунгил айниши кайт килиш, огиз куришига шикоят килиб келди.Анамнезидан: юкоридаги шикоятлари охирги 2 кун ичида кучайган.Ахволининг ёмонлашувини, туйиб овкатланиши билан боглайди.. Охирги 4 йил ичида касалликниг кечиши вакти-вакти билан унг ковурга остидахуружсимон огриклар, тана хароратининг кутарилиши кузатилган. Объектив курикда. Склерани саргайиши, тананинг орка кисмида кашиниш излари бор.Жигар + 2+3 см, катталашган. Бошка органларда узгаришлар аниланмади.

УКА: Нв-110 г/л; лейк.-9,5х109/л; т/я-11%; с/я-68%; лимф.-15; мон-6%, ЭЧТ-30 мм/с. Коннинг биохимик тахлилида: холестерин-8,7ммоль/л, умумий билурибин- 32,2 мкмоль/л, тугри-19,7 мкмоль/л, нотугри-12,5 мкмоль/л, трансаминаза, ишкорий фосфатаза, серомукоид, фибринлар микдори ошган.

1 Юқоридаги белгилар учрайдиган 5 тадан кам бўлмаган касалликларни айтинг-15 балл

2. Сизнинг тахминий ташхисингиз-25 балл;

3. Диагнозни тасдиқлашда информатив усуллар-15 балл;

4. Бу патологияда беморда қанақа объектив белгилар учрайди -20 балл;

5. . УАШ тактикасива даволаш тамойиллари-25 балл.

8. Бемор А., 44 ёш шикоятлари- куп юрганда унг ва чап ковурга ёйи остида огрикга, тана хароратининг 38,20С гача кутарилиши калтираш билан, бурундан тез-тез кон кетиб туриши, бирдан озиб кетишга. 10 йил олдин огир грипп уткизганлиги аникланди, ушандан кейин коринда огрик вадиспептик белгилар кузатилган.Склерани курганда иктерични, тери бронза рангли шишинкираган, огиз шиллик кавати тоза, тери ости мушаклари ункир-чункир куллари корайган. Корин шишган, массивной асцит, пальпацияда жига рва талок аникланиши кийин. Жигар+4+5 см, талок+3см.

Кон тахлилида анемия белгилари, лейкопения ва ЭЧТ-40 мм/с, АЛТ, тимолсинамаси юкори даражада, 17–ОКС и 11-ОКСнинг пастлиги, кондаги канд микдори 7,5 ммоль/л. УСА: зичлиги 1024, оксил 1,2 г/л, глюкоза -1%.

1. Юқоридаги белгилар учрайдиган 5 тадан кам бўлмаган касалликларни айтинг-15 балл

2. Сизнинг тахминий ташхисингиз-25 балл;

3. Диагнозни тасдиқлашда информатив қушимча текширув усуллар -20 балл.

4. Бу патологияда учровчи 6 клиник-лаборатор белгиларни сананг -20 балл.

5. УАШ тактикасива даволаш тамойиллари -20 балл

9. 32 ёшли бемор, юрак сохасида санчувчи огрик, чап кулга узатилиши, юракда аритмия. Юрак уйнаб кетиши. Жисмоний зурикишда нафас сикиши, бош айланиши. Унг ковурга ёйи сохасида огрик безовта килади. Анамнезидан: беморнинг отаси 42 ёшида вафот этганлиги аникланди. Объектив курикда: умумий ахволи уртача огирликда, тери коплами окарганлиги, упка усти пастки сохасида бугик товуш. Юрак тонлари бугиклашган. Чуккида 1-тон сустлашган. Чуккида ва чапдан 3-4 ковурга оралигида систолик шовкин эшитилади, Буйин вена томирларининг буртганлиги кузатилади. АКБ 110/80 мм см уст, ЮУС 96та 1 дақиқада, аритмикэкистрасистолия аникланади. Жигар +4 см, катталашган. шиш. ЭхоКГ: Коринчалараро тусик дефекти14 мм дан купрок, унда гипокинезия, коринчалар гипертрофияси, ички сигими камайиши билан. Митрал клапан харакатининг аномалияси.

1. Сизнинг тахминий ташхисингиз -35 балл;

2. Текширув режаси-25 балл

3. Бу касалликни ташхисида ахамиятли қўшимча қонсиз текширув усулини айтинг -15 балл;

4. УАШ тактикаси -10 балл.

5. даволаш тамойиллари -15 балл;

10) 38 ёшлибемор охирги 5-6 ой ичида унг ковурга остида огрикка, огирликга. Сийдик ажратишнинг камайишига, оёкларидаги шишларга, тез чарчашга. Анамнезидан:42 ёшда отаси. 40 ёшида тогасида тогасида куккисдан юрак етишмовчилигидан улим кузатилган. Объектив курикда: Умумий ахволи уртача огирликда.Тери коплами окарган. Акроцианоз. Нафас олганда буйин веналарининг буртиши кузатилади.Упка устида сустлашган везикуляр нафас. шовкинлар эшитилмайди.Юрак чегараларинормага нисбат бироз тумтоклашган.Юрак тонлари бугик, аритмик,ханжарсимон усик асосида систолик шовкин, АКБ110/70 мм см уст., ЮУС 110, пульс 90 та 1 мин да. Жигар +6 см, катталашган, талок палпацияланмайди. флюктуациясимптоми мусбат. Оёкда шишлар. ЭхоКГ: коринчалар улчами нормал, Клапанлар узгаришиз, уч табакали клапандан коннинг уртача регургитацияси. диастолик сигим тезлиги =1,4 м/с (до 1 м/с), систола вактида диастолик сигим тезлиги =0,3 м/с (0,5м/с купрок). Чап булмачада тромб борлиги аникланди.

1 Юқоридаги белгилар учрайдиган ва ЭКГ ўзгаришлари билан кечадиган 5та касалликни сананг -20 балл

2. Сизнинг тахминий ташхисингиз -30 балл

3. . Текширув режаси -20 балл

4. . УАШ тактикаси -10 балл.

5. даволаш тамойиллари -20 балл.

* + 1. **Органайзер чизмаси : «Балиқ скелети»**

1.«Балиқ скелети» схемасининг мақсади муаммолар доирасини тУТТб чиқиш ва уларни хал қилишга уриниб кўришдан иборат ва у тизимли, аналитик ва ижодий фикрлашни ривожлантиради.

1. Схеманинг кечиши: талабалар схемани тузиш қоидаси билан танишадилар. Индивидуал ёки жуфтликда юқоридаги суякларга муаммо олди холатни, пастки суякларга шу муаммо борлигини тасдиқловчи фактларни ёзиб чиқишади.
2. Кичик гурухчаларга бирлашиб, схемаларини таққослашади ва тўлдиришади.
3. Кейин натижалар намойиш қилинади. Тўлдирилган схеманинг намойиши муаммо олди холатларнинг ўзаро боғлиқлилигини ва уларнинг умумий характерини кўришга имкон беради.

**“балиқ скелети” Гепатомегалия мавзуси буйича.**

**Жигар циррозини сабабларни шакллантириш**

Аутоиммуннли гепатит

Жигар Кон томирларининг зарарланиши

Вирусли гепатит В, С, D

Ут чикарув йулининг зарарланиши

Жигарнинг дорилардан зарарланиши

Криптоген жигар циррози

Жигарни алкаголдан зарарланиши

Жигарнинг метаболик зарарланиш

**Амалий кисм**

**Куникмалар руйхати, ушбу машгулот мавзулар буйича УАВ ишлата билиши керак.**

**Гепатитли беморда курик утказиши керак.**

Гепатомегалия билан касалланган беморни лаборатор-инструментал текширувлар тахлили.

Ушбу мавзуни утиб булгандан сунг УАШ бажара олиши керак булган амалий куникмалар.

1. Гепатомегалия билан кечадиган касалликлари бор беморларни куригини утказиш.

2. Лаборатор-инструментал текширув натижаларини тахлил кила олиш(коннинг,сийдикнинг,нажаснинг клиник ва биохимик тахлили, МИТни рентгенологик текшируви,ЭГДФС,жигар,ут копи,ме’да ости бези УТТси,сканерлаш,гепатография)гепатомегалия билан кечадиган касалликлар(гепатитлар,жигар сиррози,жигарнинг ёгли дистрофияси,жигарнинг алкоголли касаллиги,Вилсон-Коновалов касаллиги,Бадди-Киари синдроми,димланишли юрак етишмовчилиги,лейкозлар,уткир-инфексион касалликлар-Боткин касаллиги,гепатит Б,Ц,Д,Е)ни ташхислашни билиш

3. Гепатомегалия билан кечадиган турли этиологияли касалликларда дори препаратларини ёозиб беришни билиш.

Мазкур мавзу бо’йича УАШ машгулот тугагандан кейин бажара олиши керак булган куникмалар руйхати.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Курсаткичлар интерпретацияси | Бажарилмади | Тулик бажарилди |
|  | Бемор курацияси  Умумий кон тахлили  Умумий пешоб тахлили  АЛТ, АСТ  Билирубин  Умумий оксил, оксил фракциялари  Тимол синамаси  Гепатит маркерлари  Жигар, ут копи, меъда ости бези УТТси  Инфекционист маслахати  Гематолог маслахати  Хирург маслахати  Онколог маслахати | 0 | 50 |
|  | Киёсий ташхислаш | 0 | 20 |
|  | Ташхисни асослаш | 0 | 10 |
|  | УАШ тактикаси ва даво йурикномаси | 0 | 10 |
|  | Tавсиялар | 0 | 10 |
| Жами |  | 0 | 100 |

**Назорат саволлари.**

1. Ўткир ва сурункали гепатитларда гепатомегалия этиологияси
2. Ўткир ва сурункали гепатитларда гепатомегалия клиникаси
3. Ўткир ва сурункали гепатитларда гепатомегалия диагностикаси
4. Ўткир ва сурункали гепатитларда гепатомегалия тақослама ташхисси
5. Жигарни алкаголли касаллигини этиопатогенези
6. Жигарни алкаголли касаллигида гепатомегалия клиникаси
7. Жигарни алкаголли касаллигида гепатомегалия диагностикаси
8. Жигарни алкаголли касаллигида гепатомегалия тақослама ташхисси
9. Гепатомегалияли беморларни диспансер назорати

**Стационар терапия**

**Амалий машғулот №1**

**Мавзу: Оила билан ишлаш. Ишнинг хусусиятлари. Оилада психологик мухит. Дин ва маросим муаммолари. Оила консультацияси. Амалий маслахатлар. Маслахат турлари. Беморнинг ўз саломатлигига жавобгарлиги (бирламчи звенода диспансер кузатуви ва мониторинг). Болалар, ўсмирлар фертил ёшдаги аёллар, хомиладор аёллар, эркаклар, кариялар. Кишлок хужалик ишчилари. Социал-химояланмаган инсонлар. Беморлар, қийин беморлар, ўлаётган беморлар. Терапевтик беморларни реабилитация ва диспансеризация масалалари. Мехнатга лаёќатлилик экспертизаси.**

**Ўқитиш технологияси**

|  |  |
| --- | --- |
| Ўқитиш вақти: 6 соат | |
| Машғулот структураси | 1. Ўқиш тематик хонаси  2. УАШ хонаси  3.Ўқув қўлланма тарқатма материаллар, тест вавазиятли масалалар тўплами |
| **Машғулотнинг мақсади:**  **-**Турли гурухдаги ахоли билан ишлаш. Болалар, ўсмирлар, аёллар(фертил ёшидаги, хомиладор), эркаклар, қариялар. Қишлоқ хўжалик ва ишлаб чиқариш ишчилари. Ижтимоий химояланмаган одамлар. Касаллар, оғир кечувчи касаллар, вафот этаётган касаллар  - Реабилитация ва диспансеризация саволларини ечиш  - Мехнатга лаёқатлилик экспертизасига хужжатларни тайёрлаш.  -касалланиш ва ўлим кўрсаткичини камайтириш, аёллар саломатлигини яхшилаш, қарияларни саломатлигини мустақил харакат қилгунга қадар яхшилаш  -усмирлар орасида травмвтизм, касалланиш ва ўлим кўрсаткичини камайтириш | |
| **Педагог вазифалари:**  1. Турли гурухдаги ахоли билан ишлашни ўргатиш. Болалар, ўсмирлар, аёллар (фертил ёшидаги, хомиладор), эркаклар, қариялар.  2. Қишлоқ хўжалик ва ишлаб чиқариш ишчилари билан ишлашни ўргатиш  3. Ижтимоий химояланмаган одамлар билан ишлашни ўргатиш  4. оғир кечувчи касаллар, вафот этаётган касаллар билан ишлашни ўргатиш  5. Реабилитация ва диспансеризация саволларини ечиш  6.Мехнатга лаёқатлилик экспертиза-сига хужжатларни тайёрлашни билиш | **Ўқиш фаолиятининг натижаси:**  **Талаба билиши шарт*:***  1. Турли гурухдаги ахоли билан ишлашни. Болалар, ўсмирлар, аёллар(фертил ёшидаги, хомиладор), эркаклар, қариялар.  2. Қишлоқ хўжалик ва ишлаб чиқариш ишчилари билан ишлашни.  3.Ижтимоий химояланмаган одамлар билан ишлашни.  4. оғир кечувчи касаллар, вафот этаётган касаллар билан ишлашни  ***Қила олиши керак:***  1.Реабилитация ва диспансеризация саволларини ўтказишни  2. Мехнатга лаёқатлилик экспертизасига хужжатларни тайёрлаш |
| **Ўқитиш методи** | «инциндента», методи, “ромашка” график органайзер, демонстрация, видеокўрик, дискуссия,сухбатвазиятли масала ва тестларни ечиш |
| **Ўқув фаолиятининг ташкилий тузулиши:** | Якка тартибда ишлаш, гуруҳли, коллектив ,аудитория билан ва аудиториядан ташқари ишлаш. |
| **Ўқитиш манбаи::** | Ўқув тарқатма материаллари,график органайзерлар,тиббиёт харита тўплами, таблица, стендлар. |
| **Қайта боғланишнинг тур ва манбаълари**: | Блиц-сўроқ, тест ечиш, ўқув машғулоти натижасини презинтация қилиш, тиббий харитани тўлдириш, «профессиональ сўроқ» амалий кўникмасини бажариш |

Умумий амалиётни асосий иш фаолияти бўлиб касални бутун умр фаолиятида кузатиш ва даволашдан иборат. шифокор касал ва унинг оиласини иш ва дам олиш фаолиятини яхши билади. ғамхўр, маъсулиятли ва билимли шифокор касал ва унинг оиласи учун ишончли таянч бўлиб хисобланади. афсуслар бўлсинки оилалар умумий амалиёт врачини маслахатдош сифатида қабул қилишмайди, уларга фақат тиббий муаммо билан эмас барча саволлар билан мурожаат қилиш мумкинлигини тушунишмайди, шунинг учун шифокор ўзини шу сифат бўйича хам кўрсата олиши керак. айниқса турмуш қуришга харакат қилаётган ёшларга хомиладорларга ўсаётган болалар ва ўсмирларга фертил ёшдаги аёллар, эркаклар ва қарияларга ақл билан консултация ўтказишни билиши керак. бу даврдаги сухбат шифокор ва бемор орасида янги муносабатлар ўрнатилишига ёрдам беради, кейинчалик оила билан ишлашни енгиллаштиради.

**Машғулот таркиби**

**Назарий қисм**

Мавзуни мухокама қилиш пайтида қуйидаги аспектларга алохида эътибор берилади: хар бир беморга ёрдам бериш ва қўллаб қувватлаш хар бир шифокорнинг бурчи хисобланади.

1. Беморларни қандай бўлса шундай қабул қилиш керак. уни тўғрилашдан тийилинг. беморни кўп шикояти уни сиз билан мулоқотини ушлаб туриши мумкин. бу шикоятларни ташхисни бошланиш даври. диагнозни тасдиқлаш керак бўлса текширувлар белгиланг.

2. агар бемор сизга кўп мурожаат қилса унга учрашувлар графигини таклиф қилинг.

3. консултация давомида бемордан оиласи ва иши хақида сўранг.

4. беморга етарли вақт ажратинг у вақт чегараланганлигин тушунсин

5. таскин берадиган хар бир сўзингиз асосланган бўлсин.

6. ростгўй бўлинг. бемор муаммоси сизнинг назарингизда қандайлигини айтинг.

7. лекин қатъиятли бўлинг

8. плацебо ўтказманг врач билан сухбат даво хисобланмайди

9. беморлар билан бошқа шифокорларни мухокама қилманг уларни камчилигини кўрсатманг

10. олдингизга аниқ мақсад қўйинг

11. беморлар билан алоқани ўзи хохламагунча тўхтатманг.

12. бемор сизга мурожаат қилмоқчи бўлса тўсқинлик қилманг.

13. танишларни даволаётганда ва улар совўа бераётганда эхтиёт бўлинг. шифокор этикасини сақланг.

14. сизга бемор билан мулоқот қийинчилик туғдирса уни бошқа шифокор маслахатига юборинг.

15. айрим беморларга ёрдам беришнинг иложи йўқлигига кўникинг.

“Инцидент” усулини қўллаш

Мақсад: мавзуни ёритиш жараёнида бир вақтда барча талабаларни билимларини объектив бахолаш

клиник кафедраларда талабаларни экстремал вазиятларда харакатни ўргатиш мақсадида ушбу методика қўлланилади. талабаларга муаммоли вазиятли масала кўринишида берилади. 10ғ15 минут давомида ушбу масалани ўйлаш ва хулоса чиқариш керак. бу усул талабалар фикрлашини кескин кучайтиради ва экстремал вазиятларда ишлашга ўргатади.

Ушбу тренинг беморни “катастроф холати” ёки ургент холатида ердам беришга шифокор тайёрлаш учун керак. Бу ерда ўзлаштириш коэфиценти юқори шкалада бахоланади.

Талабаларга хохлаган муоммо хақида қисқа маълумот киритилган вазиятли масала берилади. Ушбу амални хатосиз бажариш 1,0 га бахоланади. асосий бунда тезлик хисобга олинади, тўлиқ бажариш эмас. талаба масалани биринчи қисмини ечада бу ўқитишнинг ахамиятли қисми хисобланилади.

Ушбу метод машғулотни хар хил қисмларида ишлатилади, асосан асосий қисмида янги ўқув материалини яхши қабул қилиш мақсадида.

Масалан: 12 ёшли болага сигарет сотишди. У ларка атрофида чекди. Сизнинг харакатингиз? Ёки –хомиладор аёл қорин пастидаги оғриқ билан мурожаат қилди. Сизнинг ёрдамингиз?

**Аналитик қисм**

**Вазиятли масалалар**

**Вазиятли масала. 1.**Сизга 45 ёшли эркак жинсли бемор мурожаат қилди. Беморда ортиқча тана вазнига эга ва отаси ннфаркт миокарддан вафот этгани ва қўшнисини инфаркт миокард ривожланиши мумкин деган гапидан хавотирланиб мурожаат қилибди .

Саволлар:

1. Сизнинг биринчи қадамиз қандай?

2. Касалланиш бўйича ушбу беморни қайси категорияга қўясиз?

3. Беморга қандай калит саволлвр берасиз?

4. Суров жараёнидасиз беморингиздан соғлиғи бўйича шикоятлари йўқ эканлигини билдингиз. Сизнинг тавсиянгиз?

5.Агар бемор лаборатор-инструментал текширувдан ўтишни талаб қилса, қайси энг қулай текширишни танлаган бўлар эдингиз? Асосланг .

**2.**УАШга 48 ёшли эркак ЮИК, зўриқиш стенокардияси ФК II ташхиси билан бемор мурожаат қилди. У ўз холатидан хавотирланиб ва маслахат сўраб келди.

Саволлар:

1. Ушбу беморга соғлом турмуш тарзини тарғиб қилиш учун қандай маслахатлар бериш керак?

2. овқатланиш бўйича сизнинг кўрсатмаларингиз қандай?

3. Стенокардия хуружини нисбатан камайтириш учун қандай калит маслахатлар берасиз?

4. Стенокардия профилактикасида тавсия қилинадиган дори воситалар гурухини санаб ўтинг?

5. Беморни қайси кўрсаткичларинибиринчи навбвтда доимо кузатувда текшириб туриш керак?

**3**. УАШ қабулига 72 ёшли эркак бемор мурожаат қилди.

Саволлар:

**1**. қарияларда қайси муғомбир касалликлар кузатилади( клиник манзараси хар хил ва патогнамик белгилари йўқ)**?**

2. Ушбу беморда консултация ўтказишни ўзига хослиги?

Деменцияга шубха уйғонганда қандай лабаратор инструментал текширувлар утказасиз?

3. агарда беморда кузатилса, уни олиб бориш тактикаси қандай?

**4.**УАШга 48 ёшли эркак ЮИК, зўриқиш стенокардияси ФК II ташхиси билан бемор мурожаат қилди. У ўз холатидан хавотирланиб ва маслахат сўраб келди.

Саволлар:

1. Ушбу беморга соғлом турмуш тарзини тарғиб қилиш учун қандай маслахатлар бериш керак?

2. овқатланиш бўйича сизнинг кўрсатмаларингиз қандай?

3. Стенокардия хуружини нисбатан камайтириш учун қандай калит маслахатлар берасиз?

4. Стенокардия профилактикасида тавсия қилинадиган дори воситалар гурухини санаб ўтинг?

5. Беморни қайси кўрсаткичларинибиринчи навбвтда доимо кузатувда текшириб туриш керак?

**5**. Сизнинг қабулингизга психик бузулиши (ДЦП) мавжуд 14 ёшли бола мурожаат қилди. У сизнинг саволларингизга яхши жавоб бермаяпти, сиз билан яхши муносабатда бўлмаяпти. Лекин унга махсус мактабга справка керак .

Сизнинг тактикангиз?

**6.** 27 ёшли аёл текстил заводида ишлайди. Унда қаттиқ йўтал ва юзида тошмалар пайдо бўлган, симптомларини бўёқ цехида ишлаши билан боғлайди.

Сизнинг тактикангиз?

**7.**68 ёшли пенсиядаги эркак. Қандли диабетни 2 типи билан оғрийди. Охирги пайтларда уни оғиз қуруши, қичишиш безовта қилади. Юқоридаги шикоятларни катта ўғли билан уришган стресс билан боғлайди.

Сизнинг тактикангиз ва маслахатларингиз?

**4.2.2 График органайзер: ромашка**

**Амалий қисм**

**УАШ билиши керак бўлган амалий кўникмалар рўйхати**

1.УАШ унга мурожаат қилаётган ахоли гурухларини сабабларини билиш:Болалар, ўсмирлар, аёллар(фертил ёшидаги, хомиладор), эркаклар, қариялар.

2.Бошқа муоммоларни кўриш: а) узоқ кечувчи характерга эга бўлган иуоммолар, б) қишлоқ хўжалик ва ишлаб чиқарув ишчилари хавф

3. Оғир кечувчи ва вафот этаётган касаллар билан бир бирини тушуниб ишлашга эришиш

4. Реабилитация и диспансеризация саволлврини ўтказиш

5. Мехнатга лаёқатлилик экспертизасига хужжатларини тайёрлаш.

**Назорат саволлари:**

1.УАШни турли гурухдаги ахоли билан ишлашни мақсади

2.турли гурухдаги ахолини профилактика турлари

3.Аёллар(фертил ёшидаги, хомиладор), эркаклар, қариялар, қишлоқ хўжалик ва ишлаб чиқариш ишчилари, ижтимоий химояланмаган одамлар орасида соғлом турмуш тарзи пропаганси

4. Болалар ва ўсмирлар орасида соғлом турмуш тарзи пропаганси

6. Реабилитация ва диспансеризация саволлари**.**

7. Мехнатга лаёқатлилик экспертизаси

**Амалий машғулот №2**

**Мавзу**: **УАШ амалиётида профилактика. Инфекцион ва ноинфекцион касалликлар профилактикаси. Иммунизация. Дастур ва тадбирлар. Санитар оқартувишлари. Ўлим даражаси ва касалланишнинг асосий омилларига таъсир қилиш. Руҳий статусни мустахкамлаш.Экология ва касбий омиллар. Беморларни ўкитиш - «саломатлик мактаблари». Профилактик кўриклар ўтказиш усуллари. Скрининг.**

**Ўқитиш технологияси**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ўқитиш вақти: 6 соат | | |
| Машғулот структураси | 1. Ўқиш тематик хонаси  2. УАШ хонаси  3. ВОП хонаси | |
| **Машғулотнинг мақсади:**  УАШни қуйдагиларни профилактикасини ўргатиш:   * ЮИК ва инсульт * Хавфли хосилалар (айниқса ўпка, сут бези, бачадон бўйни ва тери) * Травма ва интоксикация, инфекция * Таянч харакат тизими касалликлари * Қандли диабет диабета * Тиш касаллиги * бронхиал астма * Психик бузулишлар * Инвалидлик | | |
| **Педагог вазифалари:**  1.Чекиш, алкоголизм, наркомания, нотўғри овқатланиш, кам харакатликни тарқалишини камайтириш.  2.Аартериал гипертонияни камайтириш.  3. Гиперлипопротеинемияни камайтириш .  4. Тартибсиз жинсий хаётни зарарларини ўқитиш.  5.касб ва атроф мухитни ёқимсиз факторларини зарарларини камайтириш | | Ўқиш фаолиятининг натижаси:  Талаба билиши шарт*:*   1. 1.Санитар оқартув ишларини. 2. 2.Касалланиш ва улим курсаткичининг асосий сабабларига таъсир утказиш.   3.Психологик статусни мустахкамлаш.  4. Экология ва профессионал омиллар.  5. беморларни укитиш мактаблар  ***Қила олиши керак:***  қуйдагиларни профилактикасини ўтказиш:   * ЮИК ва инсульт * Хавфли хосилалар (айниқса ўпка, сут бези, бачадон бўйни ва тери) * Травма ва интоксикация, инфекция * Таянч харакат тизими касалликлари * Қандли диабет диабета * Тиш касаллиги * бронхиал астма * Психик бузулишлар   Инвалидлик |
| **Ўқитиш методи** | | “пирамида” график органайзер, демонстрация, дискуссия,сухбатвазиятли масала ва тестларни ечиш |
| **Ўқув фаолиятининг ташкилий тузулиши:** | | Якка тартибда ишлаш, гуруҳли, коллектив,аудитория билан ва аудиториядан ташқари ишлаш. |
| **Ўқитиш манбаи::** | | Ўқув тарқатма материаллари, визуал материаллар, видеофильмлар,муляжлар,график органайзерлар,тиббиёт харита тўплами, таблица, стендлар. |
| **Қайта боғланишнинг тур ва манбаълари**: | | Блиц-сўроқ, тест ечиш, ўқув машғулоти натижасини презинтация қилиш, тиббий харитани тўлдириш, «профессиональ сўроқ» амалий кўникмасини бажариш |

Санитар оқартув ишлари жамият инсон саломатлигини таъминлаш ва мустахкамлашга қаратилган. унинг асосий мақсади ғ хар бир инсоннинг соғлом турмуш тарзи. Беморларни ўргатиш касллик этиологияси ва патогенези тўғрисида тушунча бериш, даволаш ва режим ва пархезга амал қилишини тушунтиришдан иборат. ўргатиш тўғридан тўғри беморни ўзига сухбат вақтида ёки оиласи даврасид бўлиши мумкин. беморларни ўргатиш беморни хар бир консултациясида ўтказилиши керак. бунинг учун хар хил кўргазма материалларидан фойдаланиш мумкин.

**Машғулот таркиби**

**Назарий қисм.**

Умумий амалиет врачининг иши нафакат даволаш балки профилактика ишларига йуналтирилган. Бу шуни англатадики ,врач хар бир ташрифда ахолини уз соглигига муносабатини узгартиришга харакат килиш керак. Профилактик ишлар уаш нинг асосий ишини ташкил этади. Текширишлар шуни курсатадики ривожланган мамлакатларда 85% ахолии уаш хонасига камида йилига 1марта боради. Беморлар врач хузурига хавотир ва касаллик симптомлар билан келганда улар купрок согликни кандай саклаш кераклигини билишга келадилар. Оилавий шифокор согликни кандай яхшилашни калитий шахс ва жамият ва индувидуал даражада касалликни огохлантиришни ургатадиган шахс хисобланади.

Профилактика – согликни мустахкамлаш касалликларни олдини олиш стт таргиб етишга каратилган комплекс тадбирлар йигиндисидир

Бирламч профилактика - согликни максимал саклашга каратилган хавф омилларни эрта аниклаш вабартараф этишга каратилган тадбирлар йигиндисидир булардан бошкариб булмайдиган еши жинси ирсий моиллик, бошкариб буладиган чекиш,алкогол, кам харакатлик хает тарзи нотугри овкатланиш киради.Бу ерга стт,тугри овкатланиш буйича тавсиялар зарали одатлар билан курашиш,жисмоний машклар билан мунтазам шугилланиш киради.

Иккиламчи профилактика - бу касалликларни эрта аниклаш ва уз вактида даволаш. Бу ерга скрининг профилактик курувлар саволномалар утказиш киради. Биз биламизки усма касалликлари асосан ката ешли ахолии орасида куп учрайди,масалан сут бези усмасидаги эрта узгаришларни аниклаш учун оилавий шифокор барча 25 ешдан ката аелларни сут безини текшириб маммография утказиш,40 ешдан катта аелларни йилига 2 марта текшириш керак. .

Учламчи профилактика-бу асоратлардан огохлантириш учун касалликларни даволаш ,масалан барча АД ва СД билан касалланган беморларга биз инсултва МИларни олдини олиш учун аспиринни профилактик дозада берамиз.Беморларни хает тарзини узгартириш буйича маслахат бериш умумий амалиет врачининг иш фаолиятига киради.

СТТ биологик манода оптимал шароитларда тугри озиклантириш ,овкатланиш ривожланиш коидаларни англатади. Масалан кардиоваскуляр касалликларни эрта аниклаш учун уаш сттни тугри таргиб килиши керак. Чекиш ,гиподинамия егларни куп истемол килиш кардиоваскуляр касалликлар хавфини оширади. Ахолини хает сифатини яхшилаш шулардан чекишни чегаралаш юра касалликларни камайтиришни эффектив воситалардан бири хисобланади.

Катта ешли ахолии орасида чекишва алкогол истемол килиш вактидан олдинги улимни асосий сабаблардан биридир. Чекишни ташлаш осон иш емас лекин уаш маслахатлари ердамида яхи натижаларга эришиш мумкин. Пассив чекиш купгина касалликлар билан боглик. Масалан болалар орасида тусаттан улим,нафас йуллари инфекцияси, астма, упка раклари катталарда упка юрак касалликлари. Шундай килиб оилавий шифокор хает сифатини яхшилаш борасидаги куникмаларга эга яъни чекишни ташлаш, спиртли ичимликларичиш, харакатларни активлаштириш тор мутахасисдан фаркли равишда оилавий шифокорда беморларни хает сифатини яхшилашга уларни хает тарзини узгартиришга куп имконияти бор.

СТТни таргибот килиш. УАШ стт ни таргибот этишни утказади. УАШ махаллаларда ,чойхона, мактаб,спорт залларда ахолии билан сухбат утказади таркатма буклетлар кургазмали материаллар,лекцияларердамида (алкогализм, чекиш, наркомания,вирусли гепатит, контрацепция оитс, грипп).

Беморларни ўқитиш темасини мухокамасида шу нарсани талабалар ўрганиши лозимки, беморлар ўз касалликларига нисбатан ўзлари маъсулиятни хи қилишлари лозим, ва беморларни соғлом турмуш тарзига йўналтириш лозим, чекишни ташлашга ёрдам бериш, спорт билан шуғулланишга бошлашга рағбатлантириш ва рационал овқатланиш.

УАШ санитар оқартув ишларини хар бир беморни кўрганда олиб бориши мумкин. ўз ўзидан маълумки консултация бу бемор истагига кўра, санитар оқартув ишлари эса врач истагига кўра амалга оширилади.

Консултация вақтида врач тактикаси актив ёки пассив бўлиши мумкин буни вазиятга қараб врач у ёки бу тактикани қўллаши мумкин. пассив тактика беморда касалликка оид шикоятлар бўлганда амалга оширилади. фақатгина пассив тактикада қолиш врач учун беморни ўқитиш имкониятидан махрум қилади.

Актив тактика беморни олиб бориш жараёнида врач интилишига мувофиқ амалга ошади, бунда врач хар бир кўрикка келган беморни хавф омилларини аниқлаши, ушбу касаллик хақида беморга тўлиқ маълумот бериши, соғлом турмуш тарзи хақида санитар оқартув ишларини олиб бориши лозим.

Актив тактикага киради:

беморни бевосита кузатуви, масалан ГКда АҚБни тез тез ўлчаб туриш, қонда қанд миқдорини ўлчаш, пихотерапия ўтказиш

Бемор ихтисослаштирилган ёрдамга мухтож бўлганда тўғри йўналтира олиш.

беморни ўз саломатлигига нисбатан муносабатини ўзгартириш, масалан врачга мурожаат қилмаслик ёки жуда кўп мурожаат қилиш.

санитар оқартув ишларини олиб бориш учун зарур:

- врачни замонавий билимларга эга бўлиши,

- адабиётлар ва кўрсатма материаллари ,

- хавф гурухига мансуб беморларни консултацияга актив таклиф қилиш,

- овқатланиш, тана массасини камайтириш, спорт билан шуғулланишга оид маслахатлар бериш,

- эмоционал зўриқиш билан курашиш.

**Профилактик курувлар**

УАШ хузурига 86% ахолии мурожаат килади уртача бу йилига 5 маротабани ташкил этади. Бу эса профилактик курувлар утказиш учун фаол боскич хисобланади. Профилактик курувлар уз ичига анамнез йигиш физикал ва лабаратор инструментал текширувлар утказишдан иборат.

Профилактик курув максадлари:

Кенг таркалган касалликлар хавф омилларни аниклаш масалан, атеросклероз хавф гурухлари семизлик, артериал гипертония,гиперлипопротеидемия. Касалликларни бошлангич боскичларда аниклаш хомиладорлик, бактерурия, бачадон буйни раки глаукомани ерта ташхислаш сон-чанок бугими дисплазияси, криптархизм. Скрининг – бу ахолини кенг ва чукур текширишдир. Эрта дигностика килишда куллунилади ва иккиламчи прафилактикага киради. Белгиланган касалликни скрининг килишдан олдин бериладиган 10та савол.

- Бу касаллик согликни мухим масаласи хисобланадими?

- Бу касалликни даволашни яхши усули борми?

- Касалликни даволаш ва диагноз куйиш етарли маблаг ва имконият борми?

- Бу касалликни яширин ёки эрта кечиш даврлари борми?

- Мос келувчи анализ текширув борми?

- Бу усул ахолии учун кулайми?

- Касаллик тарихи тугрисида тугри билиш керак.

Профилактика инфекцион ва ноинфекцион касалликлар.

Профилктик чора тадбирлар асосида касалланиш ва улим структураси анализи ётади катталардаги касалликларни профилактикаси.

- Катталарда иммунизация календарини тузиш

- Глюкометр ёрдамида кондаги канд микдорини аниклаш

- Пикфлоуметрдан фойдаланиш

- СТТ буйича касаллар билан маслахат утказиш

- Клиник биохимик анализлар нормативлари

- Чекадиган беморларга маслахат беришни билиш

- Спиртли ичимликлар истеъмол киладиган беморларга маслахат беришни билиш

- Жисмоний зурикишдан сакланишни маслахат беришни билиш.

- Рационал овкатланишдан маслахат беришни билиш

**Иммунизация**

Согликни саклаш буйича милий совет ва тибий текширувларга кура барча болаларни бугма, кокшол, полиомиелит, кизамик, кизилча, эпидпаротид, кукйуталга карши эмлашлар утказилади. Катталарни хар 10йилда бугма ва кокшолга карши ревакцинация утказилади. АДС катталар учун (16, 26, 46 ёшлар) таркибида кокшол анотоксини юкори дозаси ва бугма анотоксини кичик дозаси булади. Ножуяа таъсирини олдиги олиш учун дарров ва вакцинациядан 4 соатдан сунг парацитамол берилади. Гриппга карши иммунизация сурункали касалликлари бор беморларга, асосан юрак упка, буйрак модда алмашинуви бузилиши иммунодепрессантлар кабул килувчиларга тавсия этилади. Тиббиёт ходимлар иммунизацияси хохишга караб утказилади. Гепатит Б га карши иммунизация хавф гурухига кирувчи ахолига тиббиёт ходимларига ва талаба медикларга камалганларга утказилади. Кизамик кизилча эпидпаротидга карши иммунизация бир ёшгача булган болаларга, ревакцинация 10 ва 16 ойликда утказилади . Кизамик эпидемияси пайтида беш ойгача булган барча болаларга вакцинация килинади .

**Аналитик қисм**

**Вазиятли масалалар:**

**Вазиятли масала 1.**Сизга 45 ёшли эркак мурожаат қилди. бемор ортиқча тана вазнига эга ва отаси миокард инфарктидан вафот этган ва ўзида хам шу хавф борлигидан хавотирда.

Саволлар:

1. Сизнинг илк қадамингиз?

2. бемор касаллик бўйича қайси категорияга киради?

3.Сиз беморга қандай йўналтирувчи саволлар берасиз?

4. Сўроқ вақтида беморда хеч қандай шикоят йўқлигини аниқладингиз. сизнинг маслахатингиз?

5. Агар бемор ўзида қандайдир лабаратор инструментал текширувлар ўтказилишини хохласа сиз қандай текширувлар ўтказишни мақсадга мувофиқ деб хисоблайсиз? Асосланг.

**2.**УАШ қабулига 48 ёшли эркак ЮИК, зўриқиш стенокардияси,. ФК II ташхиси билан мурожаат қилиб келди. .

Саволлар:

1. беморга соғлом турмуш тарзига амал қилиш бўйича қандай маслахатлар бериш лозим?

2. Овқатланиш бўйича сизнинг маслахатларингиз?

3.Сиз беморга стенокардия хуружлари тўғрисида қандай асосий маслахатлар берасиз?

4. Стенокардия профилактикаси учун қўлланадиган дори воситалари гурухларини сананг.

5. беморда биринчи ўринда қандай кўрсаткичларни назорат қилиш лозим?

**3**. Қабулга 72 ёшли эркак бемор келди.

Саволлар:

1.Кекса ёшли одамларда қандай айёр симптомлар(клиник белгиси хар хил аниқ касалликка хос патогномик белгиси йўқ) кузатилади?

2. Ушбу бемор консултациясинин ўзига хослиги нимада?

Сиз деменцияга шубха бўлганда қандай лабаратор инструментал текширувлар ўтказасиз?

3. Агар беморда деменция бўлса олиб бориш тактикаси қандай?

**4.**УАШга 48 ёшли эркак бемор ЮИК, зўриқиш стенокардияси, ФК II ташхиси билан мурожаат қилди. бемор ўз ахволидан хавотирда а консултация беришни илтимос қилди.

1.Соғлом турмуш тарзи бўйича беморга қандай маслахатлар бериш лозим?

2. Овқатланиш бўйича сизнинг маслахатларингиз?

Сиз беморга стенокардия хуружлари тўғрисида қандай асосий маслахатлар берасиз?

4. Стенокардия профилактикаси учун қўлланадиган дори воситалари гурухларини сананг.

5. беморда биринчи ўринда қандай кўрсаткичларни назорат қилиш лозим?

**5**. сизга 14 ёшли бола мурожаат қилиб келди, (\*ДЦП) рухий асаб бузилиши билан. у сиз билан ёмон мулоқотда бўляпти ва саволларингизга жавоб бермаяпти. лекин унга махсус мактаб учун маълумотнома керак.

сизнинг тактикангиз:

**6.**27 ёшли аёл текстил заводда ишлайди. унда кучли йўтал, юзда доғлар пайдо бўлган бу симптомларни иши билан боғлайди чунки у бўяш цехида ишлайди.

сизнинг тактикангиз?

**7.**68 ёшли эркак нафақада. 2 тип Қандли диабет билан оғрийди. охирги пайтларда оғизда қуруқлик, қичишиш ва чанқаш пайдо бўлган. бу шикоятларни уйида ўтказган стресс холатлари билан боғлайди. Сизнинг тактикангиз

**4.2.2 График органайзер: пирамида**

консултацияда

врач

тактикаси

пассив

актив

шикоятлар

врач беморни

ўқитиш

?имкониятини

йўқотади?

мурожаат

бемор

тарафидан

??

беморни

актив

олиб борилади

хар бир ташрифда

хавф омиллари

аниқланади

касалликлар

эрта

ташхисланади

Ғояларни иерархик тасаввур воситалари.

тизимли, аналитик фикрлашни ривожлантиради.

1. схема тузилиши қоидалари билан танишади. индивидуал схема тузади асосий муаммони ёзади, кейин бу муаммо дан кейинги муаммочаларни ёзиб чиқади..
2. шу туфайли хар бир муаммо тўлиқ спектрда ўрганиб чиқиш имконияти пайдо бўлади.
3. жуфтликларга ёки кичик гурухларга бўлиниб олинган схемалар таққосланади. умумий схемага бирлаштирилади.
4. натижаоар презентацияси.

**Амалий қисм**

**Ушбу тема тугатилгандан кейин УАШ билиши лозим бўлган билим ва кўникмалар рўйхати**

1.Беморларни ишонтира олиш ва соғлом турмуш тарзига йўналтириш.

2 профилактика ўтказиш:

ЮИК ва инсульт,

- хавфли ўсма касалликлари( асосан ўпка , сут бези , бачадон бўйни ва тери раки),

-травма ва инфекциялар интоксикацияси

- таянч харакат тизими касалликлари,

- қандли диабет,

-тиш касалликлари,

-бронхиал астма,

-психик бузилишлар,

-ногиронлик.

**Назорат саволлари**

1.УАШ ишида хавф омилларининг ахамияти

2.Санитар оқартув ишлари хақида тушунча

3.Касалланиш ва ўлимнинг асосий сабаблари

4. Ахоли рухий саломатлигини мустахкамлаш

5. Экология ва касбий омиллар

6. Беморларни ўқитиш

**Амалий машғулот№3**

**Мавзу: Соғлом овқатланиш: овқат таркиби, овқатланиш пирамидаси, соғлом овқатланиш- турли касалликлар профилактикаси. ЮҚТ, ўпка, меъда-ичак, буйрак касалликларида диетотерапия. Беморларнинг диетотерапияга мойиллигини аниқлаш. УАШ тушунтириш ишлари.**

**Ўқитиш технологияси**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ўқиш вақти – 6 соат** | |
| **Дарснинг тузилиши** | 1. Ўқув тематик хона. 2. УАШ хонаси. |
| **Ўқув дарсининг мақсади:** Талабаларни “Соғлом овқатланиш: овқат таркиби, овқатланиш пирамидаси, соғлом овқатланиш- турли касалликлар профилактикаси. ЮҚТ, ўпка, меъда-ичак, буйрак касалликларида диетотерапия. Беморларнинг диетотерапияга мойиллигини аниқлаш. УАШ тушунтириш ишларини ўргатиш**.** | |
| **Педагогик вазифалар:**   1. Соғлом овқатланиш: овқат таркибини мухокама қилиш. 2. Овқатланиш пирамидасинимухокама қилиш. 3. Соғлом овқатланиш- турли касалликлар профилактикасинимухокама қилиш. 4. ЮҚТ, ўпка, меъда-ичак, буйрак касалликларида диетотерапиянимухокама қилиш. 5. Беморларнинг диетотерапияга мойиллигини аниқлаш. УАШ тушунтириш ишларини ўргатиш мухокама килиш. | **Ўқитиш фаолиятининг натижалари:**  **Талаба билиши шарт:**   1. беморларни диспансер кузатуви ва мониторинги тамойиллари 2. Юқоридаги касалликларда бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактика тамойиллари. 3. ЮИКда пархез овкатланиш, овкат махсулотлари таркибидаги холестерин микдори ва унга курсатмалар.   **талаба қила олиши керак:**   1. Шикоятлар ва анамнез ЮИК, Упка, меъда-ичак, буйрак касалликларида турли хил шаклларига мос равишда тахлил қила олиши. 2. лаборатор-инструментал текширувлар натижаларига монанд ташҳислаш ва қиёсий ташхислаши лозим. 3. Номедикаментоз даво усуллари бўйича маслахат бера олиш. 4. ҚВП ва ОП шароитида мониторинг ўтказа олиш. 5. ЮИКда тегишли пархез столини тавсия килиш, унинг таркиби ва курсатмаларни тахлил кила олиш. 6. Пархез – даво боскичлари ва муддатларини тавсия этиш. |
| **Ўқитиш услублари** | Бахс, сухбат, тестлар ва вазиятли масалалар ечиш. |
| **Ўқитиш фаолиятини ташкил қилиш шакллари** | Индивидуал тарзда иш юритиш,гурухларда ишлаш, аудитор, аудиториядан ташқари вазифалар бажариш. |
| **Ўқитиш ускуналари** | Тарқатма, тиббий хариталар мажмуаси, жадваллар ва стендлар. |
| **Қайта алоқа услуб ва ускуналари** | Блиц-сўров, тест, ўқув вазифасини бажарилиш натижаларини намоён қилиш, тиббий хариталарни тўлдириш ва “мутахассис сўрови” амалий кўникмасини бажариш. |

**Машғулот таркиби**

**Назарий қисм**

**Овқатланиш пирамидаси.**

Пирамиданинг асосини жисмоний ҳаракатлар даражаси ва вазн назорати ташкил этса, кейинги босқичида ҳўл мева ва сабзавотлар, бошоқлилар, дуккаклилар, картошка, ёрма, гуруч ҳамда нон махсулотлари, сариёғ, тухум кабилар, сўнгги босқичда қандолат маҳсулотлари, шакар, туз ва ёғлар билан якунланади.

Гарвард соғлом овқатланиш пирамидаси такомиллаштирилиб, 2007 йилда АҚШнинг қишлоқ хўжалиги вазирлиги томонидан Америка пирамидаси тузилган ва у диетологиянинг янги тадқиқотлари асосида яратилган. Улар сегментларга бўлинган ва унинг кенглигида маълум озиқ –овқатларни қайси миқдорда истеъмол қилиш лозимлиги кўрсатилган бўлса, зинапоясида эса жисмоний ҳаракат ифода этилган. Мазкур пирамиданинг 5 олтин қоидаси мавжуд:

1. Кундалик истеъмолда турли хил озиқ-овқатлардан фойдаланиш;
2. Мутано/сиблик – пирамида сегментларининг кенглиги озиқа махсулотларини истеъмол миқдорини кўрсатади;
3. Хусусийлик (индивидуаллик) – ҳар бир киши ёши, жинси, агар бетоб бўлса касаллигидан келиб чиқиб, врач тавсиясига кўра ўзига хос овқат рационини тузиш;
4. Пирамидадан фойдаланган ҳолда, қуввати кам бўлган озиқ-овқатларни ҳам оз миқдорда истемол қилиш тавсия этилади;
5. Жисмоний ҳаракат – кундалик жисмоний юклама ёрдамида тана вазни назорат қилинади.

ЎзР ССВ 2005 йилдаги таклифи асосида Жахон соғлиқни сақлаш ташкилоти Ўзбекистон ахолиси учун соғлом овқатланиш пирамидасини тавсия этди. Ушбу пирамидада махаллий озиқ-овқат махсулотларини кўпроқ истеъмол қилиш, иқлим хусусиятини ҳисобга олган ҳолда суюқликни 2 литрга яқин миқдорда ичиш, шунингдек фаол жисмоний ҳаракат ва спорт билан шуғулланиш тавсия этилган.

**Соғлом овқатланиш касалликлар профилактикасида.**

Ҳар бир инсон соғлом турмуш тарзи ва рационал овқатланиш тамойилларига амал қилган ҳолда қатор оғир касалликларнинг олдини олиши мумкин. Жахон соғлиқни сақлаш ташкилотининг сўнгги маълумотига кўра, инсон саломатлиги ва узоқ умр кўриши 10 фоиз ҳолларда тиббиётга, 20 фоиз унинг наслига, 20 фоиз ташқи таъсирларга (экология, иқтисодий ва бошқалар), 50 фоиз ҳолларда эса, унинг ҳаёт тарзи ва одатларига (жисмоний фаоллик, чекиш, спиртли ичимликлар ичиш, ортиқча тана вазни ва бошқалар), шу жумладан овқатланиш тартибига боғлиқ.

Тиббий нуқтаи назардан кунига 4 маротаба ва ҳар куни бир вақтда овқатланиш мақсадга мувофиқ. Таом қабул миқдори ва сонининг кўпайиши овқат ҳазм қилиш маркази қўзғалувчанлигини камайтиради ва иштахани сусайтиради. Кунда 4 маротаба овқатланганда тахминан 600-700 ккал биринчи нонуштага,300-400 ккал иккинчи нонуштага, 900-1000 ккал тушликка, 600-700 ккал кечки овқатга тўғри келиши лозим. Кечки овқат уйқудан камида 2-3 соат олдин истеъмол қилиниши керак. Гўшт ва балиқдан тайёрланган таомлар асосан эрталаб ва кундузи истеъмол қилиниши лозим. Акс ҳолда юрак-қон томир ва нафас тизимига салбий таъсир кўрсатиб, қон босимини, юрак уришини ва нафас сонини кўпайишига олиб келади. Озиқ-овқатлар витаминларга, калий ва магний тузларига бой бўлиши ҳамда таомларни ўсимлик ёғида тайёрланиши қон томирларда склероз ривожланишига тўсқинлик қилади. Кечки овқат таркибида ош тузи кескин чегараланиши, кўпроқ сутли таомлар бўлиши мақсадга мувофиқ. Кунлик таомномада сабзавот ва мевалардан тайёрланган салатлар, винегретлар, карам, помидор, бодринг, қовоқ, қовоқча, кашнич етарли даражада бўлиши; дуккаклилар, яъни нўхат, ловия, мош, шунингдек турли қўзиқоринлар чегараланган миқдорда ишлатилиши лозим; пишлоқ ва творогнинг ҳам ёғсизлантирилган сутдан тайёрланганлари мақсадга мувофиқ. Ичиш учун аччиқ бўлмаган чой, мева шарбатлари, ўтли дамламалар тавсия этилади.

Бугунги кунда ЮИК иқтисодий ривожланган мамлакатларда касалланиш ва ўлимнинг асосий сабабларидан бири. Статистик маълумотларга кўра, 50-59 ёшдаги эркакларнинг 20% ва ЮИК билан касалланади. Ўлим кўрсаткичи эса 40.7%. Агар ЮИК стенокардиядан ўлмаса хам, у беморни узоқ вақт ногирон бўлиб қолишига олиб келади. Тўғри давони танлаш ва рационал даволаш учун УАШ Зўриқиш стенокардияси ФС диагностика мезонлари ва унинг тактикасини яхши билиши керак (тез ёрдам ва реабилитация тактикасини билиши).

**Машғулот қисмлари:**

**Пархез столи, пархез столи таркиби ва курсатмалар. Пархез даво муддатлари ва боскичлари.**

Юрак кон томир тизимининг турли касалликларида овқатланиш тартиби бир – биридан бир мунча фарқ қилса ҳам умумий тамоиллар бир хил ҳисобланади. Унинг асосини истеъмолда ҳайвон ёғларини камайтириш, ош тузини кескин чегаралаш, тўйинмаган ёғлар миқдорини ошириш, овқат калориясини камайтириш (айниқса, семизлик мавжуд бўлган кишиларда), кам – кам ва кунда 5 – 6 марта овқатланиш ўз таркибида толалар сақловчи мева ва сабзавотларни етарли даражада истеъмол қилиш каби тадбирлар ташкил этади.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Ҳайвон ёғларини суистеъмол қилиш қонда томирларда ўтириб қолувчи холестерин ва триглицеридлар миқдорини меъёридан ошишига ва пировард оқибатда юрак қон – томир касалликлари ривожланишига олиб келади. Ҳайвон ёғлари деганда, нафақат думба ёғи ёки чарви балки ёғли гўшт, сосискалар, колбасалар, дўконларда сотиладиган тайёр қиймалар, қази – қарта, қўй гўштидан тайёрланган кабоб, сомса ва шуларга ўхшаш озиқ – овқатлар тушунилади. |

cоғлом кишида умумий холестерин 5,0 ммоль/л дан, триглицеридлар 1,7 ммоль/л дан юқори бўлмаслиги лозим. Ушбу кўрсаткичларнинг меъёрдан юқори бўлиши юрак ишемик касаллигига олиб келувчи асосий хавф омилларидан бири ҳисобланади ва бу хавф кўпроқ тана вазни ортиқча ҳамда қандли диабетга чалинган кишиларда кузатилади. Мабодо, қонда ёғлар миқдори меъёридан ортиқ бўлса, қуйидагиларга амал қилиш зарур:

Ҳафтада иккитадан ортиқ тухум сариғини истеъмол қилмаслик;

Калла - поча, ичак - чавоқлардан тайёрланган таомлар, балиқ икраси тановвул қилмаслик;

Барча турдаги ёғли гўштлар, колбасалар, сон гўшти, сариёғ ва эритилган ёғ истеъмол қилмаслик;

Таом тайёрлашда масаллиқни ҳайвон ёғларида қовуриш ўрнига димлаш, қайнатиш ва духовкада тайёрлаш;

Балиқдан тайёрланган таомларни (қовурилган ва дудлангани бундан мустасно) кўпроқ истеъмол қилиш;

Ёғсизлантирилган сут маҳсулотларидан фойдаланиш;

Сабзавот ва меваларни чегараланмаган миқдорда тановвул қилиш.

Бошқача қилиб айтганда, таркибида холестерин кам бўлган маҳсулотлардан тайёрланган таомларни истеъмол қилиш тавсия этилади. Шунинг учун қуйида биз Ўзбекистонда таом тайёрлашда кенг қўлланиладиган маҳсулотлар таркибидаги холестерин миқдори кўрсатилган жадвални келтирамиз:

**Айрим овкат махсулотлари таркибидаги холестерин микдори:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Тайёр маҳсулотлар | ХС, мг | Тайёр маҳсулотлар | ХС, мг |
| Бир стакан ширин қатиқ, сут 6% | 47 | Колбаса, қайнатилган 100 г | 60 |
| Сут 3,2 %, қатиқ 3,2 %, 1 стакан | 29 | Колбаса, дудланган 100 г | 105 |
| Қатиқ 1%, сут 1%, 1 стакан | 6 | Сосиска 100 г | 32 |
| Ёғсизлантирилган сут 1 стакан | 2 | Товуқ гўшти, териси билан 100 г | 91 |
| Қаймоқ 30%, 100 г | 91 | Товуқ гўшти, териси йўқ 100 г | 89 |
| Қаймоқ 20%, 100 г | 63 | Курка гўшти 100 г | 80 |
| Творог 18%, 100г | 57 | Ўрдак гўшти 100 г | 91 |
| Творог 9%, 100г | 32 | Жигар 100 г | 438 |
| Ёғсизлантирилган творог 100 г | 9 | Буйрак 100 г | 1126 |
| Пишлоқ, ёғли 25 г | 23 | Тил 100 г | 90 |
| Пишлоқ, ёғсиз 25 г | 17 | Балиқ 100 г | 65 |
| Бринза 25 г | 17 | Кискичбака гушти 100г | 95 |
| Музкаймок, сутли 100г | 14 | Балик (кора, кизил) 100г | 300 |
| Музкаймок, сариегли 100г | 35 | Тухум (сариги) | 202 |
| Сариег 5г | 12 | Куй гушти, кайнатилган 100г | 98 |
| Мол гушти, кайнатилган 100г | 94 | Куён гушти, кайнатилган 100г | 90 |

Республикамиз шароитида қуйидагиларни истеъмол қилиш мақсадга мувофиқ:сабзавотлар, ёғсиз мол гўшти, балиқ ва терисидан ажратилган парранда гўштидан тайёрланган шўрвалар (уларни димланган ҳолда ҳам истеъмол қилиш мумкин); помидор, бодринг, редиска исталган миқдорда ва улардан тайёрланган салатлар; картошкадан тайёрланган таомлар чегараланган миқдорда; дуккаклилар (мош, ловия, нўхат) ва макарондан тайёрланган таомлар тавсия этилмайди ёки ҳафтада бир маротаба тановвул қилиш мумкин; ярим қайнатилган бир дона тухум кунора; ҳар куни кечқурун бир пиёла қатиқ; олма, лимон, олхўри, тарвуз, қиш ойларида помидор ва нордон мевалардан тайёрланган шарбатлар исталган миқдорда.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Таом тўйинмаган ёғларда тайёрланиши лозим, улар зарур миқдорда балиқ ва ўсимлик ёғларида мавжуд. Ёғларнинг ушбу тури томирларга холестерин ўтиришини ва тромблар ҳосил бўлишини камайтиради.  Таомни кам – кам ва 5 – 6 марта бўлиб истеъмол қилиш ошқозон тўлиб кетиши ва вегетатив асаб тизимига салбий таъсирни камайтириб пировард оқибатда юрак фаолияти яхшиланишига олиб келади. |

Юрак қон – томир касаллигига мойиллиги бўлган кишилар бир кеча – кундузда 1,5 литрдан ортиқча суюқлик истеъмол қилмасликлари мақсадга мувофиқ.Чунки ушбу хасталикларда шишлар юзага келишига мойиллик мавжудлигини доимо ёдда тутиш лозим. Айниқса, сурункали юрак етишмовчилиги мавжуд бўлган беморларда суюқлик ичиш чегараланади.

Кунлик истеъмол қилинадиган ош тузи миқдори 5 г гача чекланади. Бунда нафақат аччиқ – чучук балки турли салатларга, озиқ – овқатларга, нонга ёки бир сўз билан айтганда, барча ишлатилган туз миқдори инобатга олиниши керак. Чунки ортиқча туз организмда сув ушлаб қолиниши учун шароит яратиб юрак ва қон – томирларга ортиқча юклама бўлиб тушади, шишлар келиб чиқиши ва қон босими кўтарилишига сабаб бўлади.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Беморларга таркибида кўп миқдорда озуқа толалари бўлган мева – сабзавотлар истеъмол қилиш фойдали ҳисобланади (бир кунда камида 300 – 400 гр ёки 5 порция). Бир порция мева ва сабзавотлар таркиби 1 та олма + 1 та банан + 1 та апелсин + 1 та нок + 2 та олхўри + 1 ош қошиқ қуритилган мева + 1 тилим қовун ёки тарвуз + 1 пиёла сабзавот ёки мева шарбатидан иборат. |

Лекин, беморда ёндош касалликлар бор йўқлигидан келиб чиқиб келтирилган мевалар ўрнига бошқаларини алмаштириши мумкин. Уларни янги узилган ҳолда ёки димлаб шунингдек, қайнатиб ейиш керак. Чунки овқат толалари организмдаги ортиқча холестериндан ва токсик моддалардан халос бўлиш учун жуда муҳим ҳисобланади.

Юқоридагилардан ташқари юрак қон – томир касалликлари семизлик билан бирга кечганда ҳафта ёки ўн кунда бир марта енгиллаштириш кунларини ўтказиш мақсадга мувофиқ. Бунда тана вазни ортиқча бўлганлар кун давомида бодринг, олма, помидор, редиска, турп, олхўри, олча, тарвуз кабиларни 1,5 - 2,0 кг миқдорда (барчаси биргаликда ҳисобланганда) истеъмол қилишлари мумкин, аммо шу куни санаб ўтилганлардан ташқари бошқа нарса тановул қилмаган маъқул. Қовоқ, қизил лавлаги, сабзи ва бақлажонларни нафақат суюқ овқатлар тайёрлашда балки ҳафтада 1 – 2 марта димлаб ёки котлетлар тайёрлаб ҳам истеъмол қилиш жуда фойдали. Айниқса, сабзидан тайёрланган котлетлар жуда мазали ва беморлар учун парҳезбоп ҳисобланади.

Қуйида биз 6 – 8 кишига мўлжалланган сабзили котлет тайёрлаш усулини келтирамиз: керакли масаллиқлар (18 та котлет учун): 1 кг сабзи, ярим пиёла сут, 2 ош қошиқ писта ёғи, ярим пиёла манний ёрмаси, 2 дона тухум, нон талқони ва бир чимдим туз.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Тайёрлаш жараёни: Сабзи тозаланиб ва ювилиб майда қирғичдан ўтказилади. Қирғичдан ўтказилган сабзи сут билан аралаштирилиб товада паст оловда ёпишқоқ ҳолга келгунга қадар 2 ош қошиқ ёғ солиниб аралаштириб турилади. Сўнг унинг устига ярим пиёла манний ёрмаси қўшилиб 10 дақиқа аралаштирилгандан сўнг устига тухум сариғи қуйилади ва бир дақиқа аралаштириш давом эттирилади |

Тайёр аралашма кенгроқ идишга олиниб совутилади ва ундан сўнг котлет шаклига келтирилади. Тухум оқи ва нон талқони алоҳида идишларга солиниб, тайёр котлетлар аввал тухум оқига, сўнгра нон талқонига ботириб олинади. Ундан сўнг ўрта оловда ёғ қиздирилиб икки томони қизаргунга қадар котлетлар пиширилади. Бунда товадаги ёғ миқдори котлетларнинг ярмигача бўлиши лозим. Тайёр бўлган таом хохишга қараб турли гарнирлар ёки уларсиз устига кўкатлар сепиб дастурхонга тортилади. Қовоқ, қизил лавлаги ва бақлажонли котлетлар ҳам ушбу тартибда тайёрланади. Унда сабзини ўрнига тегишли сабзавотдан фойдаланилади.

Сабзавотлар ичида юрак қон – томир хасталикларини олдини олиш ҳамда даволашда ошқовоқ алоҳида ўрин тутади. Қовоқ таркибида Е витамини юрак ҳужайралари қаришини олдини олади, қон айланишини яхшилайди, миокарднинг гипоксияга қаршилигини оширади. Қовоқ таркибидаги калций моддаси С ва В витаминлари организмдан ортиқча ош тузи чиқиб кетишига муқобил шароит яратади ва қон босимини мўтадиллаштиради. Бинобарин, гипертония хасталигига мойиллиги бўлган ва унга чалинган кишилар қовоқдан тайёрланган таомларни истеъмол қилганларида уларга шифобахш таъсир кўрсатади. Қовоқни буғда димлаб, шўрвага солиб, қовоқ сомса, чучвара, манти, котлет, ширқовоқ, қовоқли салатлар, мошқовоқ кўринишида истеъмол қилиш ёки унинг шарбатини ичиш мумкин. Қовоқ таркибидаги мавжуд моддалар ва микроэлементлар одам организмида атеросклероз ривожланишига сабаб бўлувчи холестерин парчаланишига шароит яратиш билан бир қаторда, танадаги ортиқча суюқлик чиқиб кетишини тезлаштиради.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Юқорида таъкидлаганимиздек, аксарият сурункали кечувчи юрак хасталиклари пировард натижада қон айланиши етишмовчилиги билан якун топади. Бунинг оқибатида бемор танасида ортиқча суюқлик йиғила бошлайди. Бинобарин, қовоқнинг ушбу хусусиятини юрак етишмовчилигига чалинган беморларга профилактика мақсадида қўллаш мумкин. |

Қайд этилганидек, қовоқда инсон организми учун муҳим бўлган калий моддаси етарли даражада мавжуд. Ушбу микроэлемент етишмаслиги оқибатида юракнинг қисқарувчанлик фаолиятида қатор ўзгаришлар юзага келади. Беморларда юракнинг вақтидан олдин ва тартибсиз қисқариши ва дупурлаб тез уриб кетиш хуружлари шулар жумласидандир. Дастурхонда қовоқ бўлиши ушбу нохуш ҳолатларни олдини олиш имкониятини яратади. Ўзбеклар азалдан ширқовоқни тансиқ таом сифатида тановвул этганлар. Ушбу овқат таркибида ҳам холестерин деярли йўқ бўлганлиги сабабли юрак қон – томир касалликларида кенг тавсия этилади. Аммо уни тайёрлашда ёғсизлантирилган сутдан фойдаланиш лозим. Юрак қон – томир касалликларига чалинган ёки унга мойиллиги бўлган кишиларга конфет, шоколад, турли хил пишириқлар, шу жумладан, торт, музқаймоқ, ёғли гўшт, қази - қарта, қовурилган таомлар, спиртли ичимликлар, ўткир ва дудланган маҳсулотлар, гаримдори ва шуларга ўхшаш маҳсулотларни истеъмол қилиш тавсия этилмайди. Юқорида келтирилган тамоилларга амал қилинганда кенг тарқалган юрак – қон томир касалликларини олдини олиш ва улардан халос бўлиш имконияти туғилади.

Юрак кон томир касалликларида пархез даво узок муддатга – 6 ойгача тавсия этилади ва шундан кейингина гиполипидемик дори воситаларини тавсия этиш мумкин. Тугри тавсия этилган пархез ва унга узок амал килиш оркали, конда холестерин микдорини нормаллаштиришга эришилади.

Юрак кон томир касалликларида № 10 пархез столи буюрилади. Биринчи боскичда юкорида курсатилган стандарт пархез- даво буюрилади. Агарда 6 – 12 хафтадан сунг холестерин микдори камайиши кузатилмаса, ундай холларда иккинчи боскичга утилади. Бунда овкатнинг умумий калориясидан: ёг микдори 25% гача, шундан туйинган ёг кислоталар - 7 % гача, холестерин 200 мг/кун. камайтирилиши куриб чикилади. Бунда гушт микдори кунига 170 г. дан ошмаслиги тавсия килинади. Агар кейинги 6-12 хафта ичида холестерин микдори камайиши кузатилмаса, ундай холларда пархезда кескин чекланишлар: овкат умумий калориясидан ёг 20% гача, гушт 90 г. гача камайтирилади.

**Миокард инфарктида пархез - даво боскичлари.**

Уткир миокард инфарктида куйидаги пархез – даво боскичлари фаркланади:

- Миокард инфаркти ривожланган биринчи икки кун ичида бемор факат кунига 7 марта суюклик кабул килади, бунда суюклик хазм аьзоларига кузгатувчи таьсир курсатмаслиги керак. Кам микдорда, тез-тез овкатланиш тавсия этилади. Бир вактнинг узида куп микдорда овкатланишдан сакланиш керак, чунки бу ошкозонда дискомфортга олиб келиши ва юракда огрик кузгатиши мумкин. Бунда овкат махсулоти хона хароратида булиши, газ хосил булишига ва хазм аьзоларини таьсирланишига олиб келмаслиги керак. Кучли хидли ва кайнок овкатлар n. Vagusни таьсирлаб юрак ритм бузилишларини чакириши мумкин.

- Аччик булмаган, енгил ширин чой, курук мевалар кайнатмаси, илитилган кора смородина шарбати, апельсин шарбати, наьматак дамламаси тавсия этилади.

- Учинчи кундан 7-10 кун давомида кунлик рацион микдори 1700г.: суюклик 600 мл. атрофида, оксил – 60 г., ёглар – 30 г., углеводлар – 180 г., овкат калорияси 1200 ккал атрофида.

Шуни таькидлаб утиш керакки, организмга оксил ва витаминлар кам микдорда тушиши касаллик прогнозига салбий таьсир курсатиши мумкин. Оксил дефицити, тикланиши кийин булган аминокислоталарни оксидли дезаминланиши ва синтези бузилишига олиб келади. Шу сабабли беморларга оксилга бой махсулотлар ва аминокислота аралашмалари миокард инфарктининг биринчи кунларидан берилиши тавсия этилади.

- 5 – 10 кундан сунг овкат калорияси 1200 дан 1600 ккал/кун.га оширилади, 2 хафтадан сунг беморга юришга рухсат берилганидан кейин – 2000 ккал/кун. тавсия килинади. Бу рационга бемор стационардан чиккунча риоя килади.

Бир рациондан иккинчи рационга утишни врач белгилайди. Даволаниш даврида бемор овкатни секин истеьмол килиши, овкатдан олдин ва кейин жисмоний зурикишдан сакланиши керак. Овкатни оз – оздан, 6 махал кабул килиш тавсия килинади.

- Агар беморда сурункали юрак етишмовчилиги ривожланса, у холда калийга бой, антиаритмик ва сийдик хайдовчи хусусиятга эга махсулотлар тавсия этилади.

- Беморга стационардан чиккандан сунг тузни ва алкоголни чегаралашни, пархез столи №10 га риоя килиш ва уйкудан 2 соат аввал овкатланишни тавсия килиш зарур.

**Интерактив ўйинлар.**

**Ўйин «Академик полемика»**

Ишлаш учун керакли қуроллар:

1.Алохида қоғозларга ёзилган саволлар

2.Тоза оқ қоғоз

3. Ручкалар (кўк, қизил, қора)

Ўйин ўтказиш қоидалари

1. Қоғозга ўйин ўтказиш куни, гурух номери, ўйиннинг номи, қатнашчининг И.Ф.Ш. ёзилади.

2. Қатнашчилрдан бири савол олади.

3. Хар бир қатнашчи навбат билан биттадан жавоб ёзади, рукани стол ўртасида қолдириб, қоғозни кейинги қатнашчига узатади.

4. Педагог вазиятни назорат қилади.

5.Ўйин тугагач, қоғоз ўқитувчига берилади.

6. педагог билан жавоблар тахлил қилинади.

7.Ўйинда ўттказилган ишлар ўқитувчида қолади.

Ўйин ўтказиш учун саволлар:

1. Турғун стенокардия, II ва III ФС қиёсий ташхиси.

2.ЮИК, турғун стенокардияIV ФС да УАШ тактикаси.

3. ЮИК, ТС, I ва II ФС ни аниқлаш учун юкламали синамалар.

4. ЮИК, турғун стенокардия турли синфларида даволашда дифференциал ёндашиш.

**Аналитик қисм**

Вазиятли масалалар.

1. Бемор 55 ёш, жисмоний юклама бмлан боғлиқ юрак сохасидаги қисқа оғриқларга шикоят билан келди. Кўрикда ЭКГ патологиясиз, ўзгаришсиз. Қайси текширув усули билан бошлаш керак:

А) Қонда қанд ва холестерин миқдорини текшириш

Б)Қонда липопротеидларни текшириш.

В)ЭхоКС

**Г)Велоэргометрия**

Д) Фонокардиография

2. Бемор 48 ёш, охирги 2 йил ичида жисмоний юкламада тўш ортида давомий босувчи оғриқ келиб чиққанлиги аниқланган. 25 йилдан бери кунига 40 та сигарет чекади. 1 ой олдин хиссий зўриқишдан кейин шу сохада яна оғриқ пайдо бўлган. Текшириш учун стационарга юборилди. Бўйи 172см, вазни 86кг. Ўпкада дағал нафас, хириллашлар йўқ.Юракнинг нисбий чап чегараси 0.5 см ўрта ўмров чизиғидан ташқарига силжиган. АҚБ 150/100 мм с.у. Пульс 78та, ритмик. Қон тахлилида: қанд 7.5 ммоль/л, холестерин 8.5 ммоль/л, триглицеридлар 3.2 ммоль/л. Тахминий ташхисингиз:

A) НЦД

Б) Умуртқа поғонаси кўкрак қисми остеохрондози

**В) ЮИК , зўриқиш стенокардияси I ФС**

Г) ГК

Д)тўғри жавоблар йўқ

3. Бемор 48 ёш, охирги 2 йил ичида жисмоний юкламада тўш ортида давомий босувчи оғриқ келиб чиққанлиги аниқланган. 25 йилдан бери кунига 40 та сигарет чекади. 1 ой олдин хиссий зўриқишдан кейин шу сохада яна оғриқ пайдо бўлган. Текшириш учун стационарга юборилди. Бўйи 172см, вазни 86кг. Ўпкада дағал нафас, хириллашлар йўқ.Юракнинг нисбий чап чегараси 0.5 см ўрта ўмров чизиғидан ташқарига силжиган. АҚБ 150/100 мм с.у. Пульс 78та, ритмик. Қон тахлилида: қанд 7.5 ммоль/л, холестерин 8.5 ммоль/л, триглицеридлар 3.2 ммоль/л. Ташхис қўйиш учун қайси холат мухим:

А)Узоқ вақт чекиш

**Б) Жисмоний юклама билан боғлиқ оғриқ.**

В)Семириш

Г) Холестерин ва триглицеридлар миқдорининг ошиши.

Д)беморнинг ёши**.**

4. Бемор 48 ёш, охирги 2 йил ичида жисмоний юкламада тўш ортида давомий босувчи оғриқ келиб чиққанлиги аниқланган. 25 йилдан бери кунига 40 та сигарет чекади. 1 ой олдин хиссий зўриқишдан кейин шу сохада яна оғриқ пайдо бўлган. Текшириш учун стационарга юборилди. Бўйи 172см, вазни 86кг. Ўпкада дағал нафас, хириллашлар йўқ.Юракнинг нисбий чап чегараси 0.5 см ўрта ўмров чизиғидан ташқарига силжиган. АҚБ 150/100 мм с.у. Пульс 78та, ритмик. Қон тахлилида: қанд 7.5 ммоль/л, холестерин 8.5 ммоль/л, триглицеридлар 3.2 ммоль/л. Текшириш режасини аниқланг:

А) липидлар спектрини текшириш

Б)Кўкрак қафаси ретгенограммаси

В)коронарография

**Г)Жисмоний юкламада ЭКГ қилиш**

Д)миокард сцинтиграфияси

**Амалий қисми.** Талаба соғлом ҳаёт тарзи, беморлар билан мулоқот, сўраб суриштириш ва курик, шунингдек, олинган маълумотларни бахолаш, ЭКГ тахлили, клиник ташхисни асослаш, текшириш, даволаш, тиббий хужжатларни тўлдириш, маслахат бериш, тиббий адабиётлар билан ишлашни ўзлаштириши лозим. Машғулот вақтида ЮИК. Тургун Стенокардия турли ФСларда УАШ тактикаси ва қиёсий ташхис қилинган бемор устида клиник мухокамалар ўтказилади.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | Бемор курацияси | | Умумий қон анализи | | Ферментлар (КФК,ЛДГ,АсТ,Тропонин, миоглобин) | | Ўткир фазали синамалар | | Қондаги холестерин | | Қон ва сийдикдаги қанд миқдори | | ЭКГ | | ЭКГ юкламали синамалар билан | | ЭхоКС доплерография билан | | Кўкрак қафаси рентгенограммаси | | Қиёсий ташхис Ташхисни асослаш | | Даволаш режасини белгилаш | |

**Назорат саволлари:**

- Турғун стенокардиянинг диагностик мезонлари

- Турғун зўриқиш стенокардиясини турли ФСлар бўйича қиёсий ташхиси

- Турғун зўриқиш стенокардияси турли ФСларида шошилинч госпитализация, амбулатор даволашни давом эттириш, реабилитация, профилактикада УАШ тактикаси.

**Амалий машғулот№4**

**Мавзу: Балғамли йўтал синдроми. ЎРК, ЎРВИ киёсий ташхис, даволаш ва профилактика. УАШ тактикаси. Бирламчи звенода респиратор касалликлар профилактикаси, даволаш.**

**Ўқитиш технологияси**

|  |  |
| --- | --- |
| **Машғулот вақти: 6 соат** | |
| **Ўқув машғулотинтинг тузилиши.** | - Поликлиниканинг ўқув машғулот хонаси.  - Поликлиникада УАШ хонаси.   1. Ўқув қўлланма, фантомлар , муляжлар, раздаточный материал, сборник ситуационных задач и тестов 2. Телевизор, видео аппаратура, мультимедиа |
| **Ўқув машғулот мақсади:**  УАШ га йўтални ўз вақтида ташҳислаш саволларини ва дифференциал ташҳис ўтказишни ўргатиш. Касалликни ўзига хос кечиши ҳамда УАШ квалификацион характеристикаси” талаби бўйича кўриб чиқилган талабларга кўра соғлиқни сақлашни бирламчи звеносида беморни олиб боришни ўргатиш. | |
| **Педагогик вазифалар:**   1. УАШ га ташҳислашни ўргатиш керак-бронхитларни,пневмониялар; этиологияси ,касаллик босқичига қараб ва ўзига хос клиник кечишини. 2. УАШ га йўтал билан кечадиган касалликларни ташҳислаш ва диференциал ташҳисни ўтказишни ўргатиш керак. 3. УАШ ни ҚВП (ШШП) ёки махсус касалхоналарда даволанишга муҳтож йўтал билан кечувчи инфекцион ва ноинфекцион касалликлар рўйхати билан таништириш. 4. УАШ квалификацион характеристикаси доирасида олиб бориш услуби саволларини муҳокама қилиш 5. Даволаш тамойиллари (номедикаментоз ва медикаментоз). 6. ҚВП ва ОП шароитларида беморларни диспансер кузатуви ва мониторинг олиб бориш тамойиллари. 7. Йўтал билан кечадиган касалликларда бирламчи,иккиламчи,учламчи профилактика принциплари. | **Ўқув жараёни натижалари:**  **Талаба қилиши шарт:**  **УАШбилиши шарт:**   1. Йўтал билан кечувчи касалликлар рўйхати. 2. Йўтал билан кечувчи ўта хавфли касалликлар рўйхати. 3. ЎРК, ЎРВИ, ўткир бронхит ва пневмонияларклиник кўринишлари (ўзига хос кечиши). 4. Йуталда диференциал ташҳис ўтказиш. 5. ҚВП ёки ОП шароитида беморлар олиб бориш ва кузатиш тамойиллари. 6. Йўтал билан кечувчи касалликларда профилактика тамойиллари.   **УАШ бажара олиши керак:**   1. Йўтал билан кечувчи касаликларни анамнези ва шикоятлари таҳлилларига қараб ташҳислаш. 2. Турли хил йўтални клиникаси, лаборатор инструментал натижалари ва рентгенограмма бўйича ташҳислаш ва қиёсий ташҳислаш. 3. Даволашни номедикаментоз усуллар билан консультация қилиш. |
| **Ўқитиш усуллари** | «Галерея бўйича тур»методи.  демонстрация, видеокўрув, дискуссия, суҳбат, тестларни ва вазиятли масалаларни ҳал қилиш, |
| **Ўқув жараёнини ташкил этиш формалари.** | Мустақил иш,группаларда ишлаш, , коллектив билан , аудиторияда , аудиториядан ташқарида. |
| **Ўқитиш воситалари** | Ўқув ва визуал тарқатма материаллар, видеофильмлар муляжлар, график органайзерлар, балғам суртмалари,тиббий харита тўпламлари, жадваллар,деворий стендлар, рентгенограмма тўпламлари. |
| **Қайта боғланиш воситалари ва имкониятлари** | Блиц-сўровнома, тестлаштириш, презентация ўқув вазифаларини бажариш натижалари, тиббиёт варақаларини тўлдириш, «мутахассислик сўрови»амалий кўникмасини бажариш. |

**1. Машгулот мазмуни**

**1.1. .Назарий қисм**

Йўтални клиникаси ўзига хослигини ташҳислашда амалий машғулотни назарий қисмида кетма кет кўриб чиқилади.

Сурункали бронхит (СБ) – бронхлар шиллиқ қаватининг сурункали диффуз яллиғланиши бўлиб, бронх ўпка тизимининг бошқа касалликлар билан алоқаси бўлмаган ҳолда, бронхларнинг тозаловчи ҳимоя фаолиятининг бузилиши ва доимий ёки вақти-вақти билан йўтал билан балғам ажралиши, брохлар секрети қуюқлигининг ошиши ва гиперсекрецияси, эпителиал структурасининг қайта қурилиши билан характерланади (22-расм).

Ўткир бронхитдан фарқли ўлароқ, беморда икки йилдан кам бўлмаган муддатда йилда уч ой давомида йўтал ва балғам ажралиши кузатилса сурункали бронхит деб аталади.

Сурункали бронхит ҳам ўткири каби бронх ўпка тизимининг кенг тарқалган касаллиги ҳисобланади.

**Таснифи**

Қуйида сурункали бронхитнинг оддий ва амалиётда фойдаланиш учун қулай бўлган таснифи келтирилган.

1. Сурункали бронхитнинг шакллари:

* Оддий (обструкциясиз);
* Обструктив.

1. Клиник-лаборатор ва морфологияси бўйича:

* Катарал;
* Шиллиқ-йирингли ёки йирингли.

1. Касаллик босқичи:

* Қўзиш;
* Клиник ремиссия.

1. Оғирлик даражаси:

* Енгил – бир сонияда жадал нафас чиқариш ҳажми 70% дан кўп;
* Ўрта – бир сонияда жадал нафас чиқариш ҳажми 50 дан 69% гача;
* Оғир – бир сонияда жадал нафас чиқариш ҳажми меъёрга нисбатан 50% дан паст.

1. Сурункали бронхитнинг асоратлари:

* Ўпка эмфиземаси;
* Нафас етишмовчилиги (сурункали, ўткир);
* Бронхоэктазлар;
* Ўпканинг иккиламчи артериал гипертензияси;
* Ўпкали юрак (компенсация, субкомпенсация ва декомпенсация).

Бундан ташқари бирламчи (мустақил нозологик шакл) ва иккиламчи (бошқа касалликлардан масалан, силдан кейин ривожланади) сурункали бронхитлар фарқланади.

Кечиши, бронхлардаги патологик жараён ва клиник кўринишининг хусусиятларига кўра юқорида қайд этилганидек сурункали бронхитнинг иккита асосий шакли фарқланади ва улар қуйидагича намоён бўлади (23 - расм).

1. Сурункали оддий (обструктив бўлмаган) бронхит – унга проксимал (йирик ва ўрта) бронхларнинг зарарланиши ва касаллик клиник кечиши ҳамда прогнозининг нисбатан яхшилиги хос. Асосий клиник белгиси доимий ёки вақти-вақти билан балғамли йўтал ажралиши ва кам ривожланган бронхлар обструкциясининг касаллик қўзиш даврида ёки кечки босқичларида пайдо бўлишидир.
2. Сурункали обструктив бронхит – унга чуқур дегенератив-яллиғланиш ва склеротик ўзгаришлар нафақат проксимал, балки нафас йўлларининг дистал қисмларида ҳам кузатилади. Касалликнинг клиник кечиши ва прогнози ёмон бўлиб, унга узоқ давом этган йўтал, доимий, кучайиб борувчи хансираш, жисмоний зўриқишга чидамлиликнинг пасайиши хос. Баъзан бронхларнинг локал зарарланиши (бронхоэктазлар, бронх деворларининг чандиқли ўзгаришлари, пневмосклероз) билан намоён бўлади.

**Сурункали оддий (обструктив бўлмаган) бронхит**

Сурункали оддий (обструктив бўлмаган) бронхит - асосан йирик ва ўрта бронхлар шиллиқ қаватининг диффуз яллиғланиши, уларни ҳимоя ва тозаловчи фаолиятининг бузилиши, балғам қуюқлигининг ошиши (дискриния), шиллиқли гиперсекреция, безлар гиперплазияси билан намоён бўлади. Касаллик йўтал ва шиллиқ-йирингли балғам ажралиши билан кечади. Сурункали оддий (обструктив бўлмаган) бронхит катта ёшли аҳоли орасида 7,3-21,8% ни ташкил этиб, 50-59 ёшли эркаклар ва 40-49 ёшли аёллар орасида кўпроқ учрайди.

**Этиологияси ва патогенези.** Сурункали обструктив бўлмаган бронхитнинг келиб чиқишида тамаки тутунидан нафас олишнинг (фаол ва пассив чекиш) аҳамияти жуда катта. Унинг таъсирида шиллиқ қаватнинг доимий шикастланиши натижасида бронхлар секрети қуюқлигининг ошиши ва гиперсекрецияси, киприкчали шиллиқ эпителийларнинг зарарланиши кузатилиб, бронхларнинг ҳимоя ва тозаловчи ҳамда, мукоцилиар транспорт фаолияти бузилади. Оқибатда шиллиқ қаватнинг сурункали яллиғланиши ривожланади. Бинобарин, тамаки чекиш бронхлар шиллиқ қавати чидамлилигини пасайтиради ва патоген вирус-бактериал инфекциялар таъсирини кучайтиради.

Сурункали оддий (обструктив бўлмаган) бронхит билан касалланган беморларнинг тахминан 80-90% фаол чекувчилардир. Касалликнинг келиб чиқишида бир кунда чекилган сигаретлар сони ва чекиш давомийлиги катта аҳамиятга эга. Сурункали оддий (обструктив бўлмаган) бронхитнинг келиб чиқишидаги иккинчи асосий омил кремний, кадмий, NO2, SO2 ва бошқа учувчи моддалар (поллютантлар) ҳисобланади.

Брохлар шиллиқ қаватининг яллиғланишига олиб келувчи учинчи омил қуйидаги вирусли-бактериал инфекциялар:

* Респиратор вируслар (респиратор-синцитиал вирус, грипп вируси, аденовирус ва бошқалар);
* Пневмококк;
* Гемофил таёқча;
* Моракселла;
* Микоплазма;
* Хламидия ва бошқалар.

Сурункали оддий (обструктив бўлмаган) бронхитнинг келиб чиқишида вирусли инфекциянинг роли катта. Респиратор вирусларнинг қайта таъсири бронхлар шиллиқ қавати эпителиясининг ўчоқли дистрофияси ва киприкли ҳужайралар ўлимига олиб келади. Натижада бронхлар шиллиқ қаватида ҳилпилловчи эпителия бўлмаган майдонлар (“кал доғи”) юзага келади (24-расм). Айнан шу соҳаларда патоген микроорганизмларнинг (пневмококк, гемофил таёқчаси, моракселла ва бошқалар) адгезияси кузатилади. Чекувчилар учун сурункали оддий (обструктив бўлмаган) бронхитни гемофил таёқчаси ва моракселла чақириши кўпроқ характерли.

Юқорида айтиб ўтилган экзоген омиллардан (чекиш, учувчи поллютантлар ва вирус-бактериал инфекция) ташқари сурункали эндобронхитнинг келиб чиқишида қуйидаги эндоген омилларнинг ҳам аҳамияти катта:

* Эркак жинси;
* 40 ёшдан катталар;
* Бурундан нафас олиш ва чиқаришнинг бузилиши билан кечувчи бурун-халқум касалликлари;
* Кичик қон айланиш доирасида гемодинамика яъни микроциркуляциянинг бузилиши (сурункали юрак етишмовчилиги);
* IgА синтези ва Т-тизимидаги иммунитетнинг етишмовчилиги;
* Бронхлар шиллиқ қавати гиперреактивлиги;
* Бронх - ўпка касалликларига наслий мойиллик;
* Альвеолалар макрофаги ва нейтрофиллар фаолиятининг функционал бузилиши.

Сурункали обструктив бўлмаган бронхитнинг ривожланиш *патогенези 1*-чизмада келтирилган:

* Бронхлар шиллиқ қаватининг таъсирланиши ва шикастланишида тамаки тутуни, турмуш ва ишлаб чиқаришдаги учувчи поллютантлар, вирус ва бактерияларнинг қайта таъсири;
* Бронхлар безидаги қадаҳсимон ҳужайраларнинг гиперплазияси, секретининг гиперпродукцияси ва шиллиқ реологик таркибини ёмонлашиши (дискриния);
* Бронхлар шиллиқ қаватининг ҳимоя ва тозаловчи фаолияти ва мукоцилиар клиренснинг бузилиши.

*1-чизма*

Сурункали оддий (обструктив бўлмаган) бронхитнинг патогенези

Бронхлар шиллиқ қаватининг сурункали таъсирланиши

Бронхлар шиллиқ безларининг ва қадаҳсимон ҳужайраларгиперплазияси

Бронхларнинг ҳилпилловчи эпителиясининг шикастланиши

Гиперкриния, дискриния

“Кал доғи”нинг шаклланиши

Мукоцилиар клиренснинг пасайиши

Шикастланган шиллиқ қават майдонида бактерилар адгезияси

Бактерияларни кўпайиши

Бирламчи альтерация

Лимфоцитлар, нейтрофиллар ва макрофаглар миграцияси

Яллиғланиш медиаторлари

Иккиламчи альтерация

ЯЛЛИҒЛАНИШ

Тамаки тутуни, учувчи поллютантлар, респиратор вирусли инфекция

* Ўчоқли дистрофия ва “кал доғи” нинг шаклланиши натижасида киприкли ҳужайраларнинг ўлиши.
* Шикастланган бронхлар шиллиқ қаватида микроорганизмларнинг тўпланиши.
* Яллиғланишли шиш, шиллиқ қаватнинг гипертрофия ва атрофияси.

**Клиникаси.** Сурункали оддий (обструктив бўлмаган) бронхитнинг клиник кечиши кўп ҳолларда узоқ ремиссия ва камроқ касалликни қўзиши билан характерланади (йилда 1-2 марта).

Ремиссия даврида беморлар ўзларини хаста ҳисобламайдилар ва вақти – вақти билан йўтал ҳамда балғам ажралишини чекиш билан боғлайдилар. Бу белгилар кўпроқ эрталаблари кузатилиб, кам миқдорда шиллиқли ва шиллиқ – йирингли бўлади. Йўтал совуқда, кучли жисмоний зўриқишдан кейин, атмосфера ҳавосидаги поллютантлар таъсирида кучаяди. Объектив кўрикда ўзгариш кузатилмайди. Аускультацияда форсирланган нафас чиқарганда якка қуруқ хириллашлар эшитилиши мумкин. Улар доимий бўлмайди ва йўталганда тезда йўқолади.

Ўткир респиратор вирусли инфекция, совқотиш, ҳаддан ортиқ чекиш, ўткир ларингит, фарингит, ангинадан кейин касаллик авж олади ва яққол клиник белгилар билан намоён бўлади. Бунда йўтал билан балғам ажралиши кўпинча эрталаблари, баъзан доимий бўлиб, горизонтал ҳолатда кучаяди. Тана ҳароратининг кўтарилиши (доимий эмас), интоксикация белгилари - терлаш, ҳолсизлик, бош оғриғи ва миалгия кузатилади. Объектив кўрикда кўкрак қафаси шакли ўзгармаган, перкуссияда аниқ ўпка товуши, аускультацияда унинг барча юзасида дағал везикуляр нафас негизида, нафас олиш ва чиқаришда тарқалган қуруқ хириллашлар эшитилади. Камдан-кам ҳолларда майда ёки ўрта пуфакчали нам хириллашлар эшитилиши мумкин. Баъзан бронхообструктив синдром яъни нафас сиқиши, кам балғамли йўтал, бронхиал обструкция белгиларини такрорланиши билан намоён бўлади.

Пневмония турли хил этиологияли (ўткир пневмония қўзғатувчилари ичида биринчи навбатда пневмококкларни ҳамма турини ажратиш мумкин ҳамда стрепто- ва стафилококклар, грамманфий бактериялар – ичак таёқчаси , Пфейфер таёқчаси , протей , кўкйиринг таёқчаси )-энг кўп касалхонада тарқалган,касалхона ичи пневмониясини чақирган грамманфий таёқчалар - легионелла, сувда бўлади , клебсиелла билан (Фридлендер пневмонияси ), вирусли пневмониялар (грипп, аденовирус, цитомегаловирус), вирусли-бактериал пневмониялар, микоплазмали , пневмоцистали пневмониялар (яққол хужайра иммунитети бузилган беморларда,айниқса ОИТСда , замбуруғлар, риккетсиялар , хламидиялар билан чақирилган пневмониялар ва бошқалар). Атипик қўзғатувчиларни, яьни хламидиялар, легионелалар, микоплазмалар тенденциясини ўсиб кетишини таъкидлаб этиб ўтиш керак.

**Пневмонияларни даволаш асосий тамойиллари**.

Антибактериал давони танлашда тўғридан –тўғри қўғатувчи тури ва уни сезувчанлигини аниқлаш билан боғлиқ..

1. Пневмококклар.

Охирги йилларда бета-лактамаз ингибитори - сульбактам и клавулон кислотаси кенг қўлланилмоқда. Улар ампициллин ва амоксициллин комбинацияси таркибига киради. Ампициллинни сульбактам билан комбинацияси – уназин, 1,5-3 г дан кунига 3-4 қабул қилишга.. Клавулон кислота ва амокициллин билан комбинацияси – амоксиклав .

Иккинчи қатор препаратлар – цефалоспоринлар.

Биринчи генерация: цефазолин (кефзол) 4-6 г гача ; цефалексин per os 1-2 гр суткада. Бу препаратларстафилококкларга, стрептококкларга, ичак таёқчасига нисбатан жуда фаол,кўп ҳолларда бета-лактамазни парчалайди.

Иккинчи генерация: цефаклор (цеклор) – 750 мг 2 маҳал суткада; цефуроксим (зиинат) – 500 мг 2 маҳал суткада. Бу препаратлар гемофил таёқчага нисбатан ҳам фаол камроқ нисбатда бета-лактамазага чидамли..

Учинчи генерация: клафоран – 3-6 г суткада ; дардум (цефаперазон) – 2-4 г суткада 2 маҳал томир ичига ; фортум – 3 г суткада 3 та қабулга, фақат парентерал; роцефин (цефтриаксон) – 1-2 г суткада (битта қабулга) томир ичига ёки мушак орасига.

Учинчи генерацияпрепарати + сульбактам: сульперадон (цефаперазен) – 2-4 г суткда 2 та қабулга томир ичига ёки мушак орасига.

Учинчи қатор дори препаратлар-– макролидлар: эритромицин – 200 мг 2-3 марта суткадатомир ичига ( 1 г гача суткада), per os 250-500 мг 4 марта суткада; рокситромицин (рулид) – 150 мг 2 марта кунига; кларитромицин – 250 – 500 мг 2 марта кунига.

II. Стафилококклар : пенициллинни катта дозаларда –20 млн. ТБ гача яримсинтетик пенициллинлар (оксациллин, метициллин); иккинчи қатор : линкомицин – 500 мг 3 марта суткада, аминогликозидлар: гентамицин – 80 мг 3 марта суткада, канамицин – 500 мг 3 марта суткада.

III. **Ичак таёқчаси,кўкйиринг таёқча,** протей (касалхона ичи инфекцияси): ярим синтетик пенициллинлар, аминогликозидлар , левомицетин 1 г гача суткада.

IV. Клебсиелла (Фридлендер таёқчаси): аминогликозидлар левомицетин билан ёки тетрациклин билан (доксациклингидрохлорид), пролонгирланган схема – биринчи кун 200 мг ( 100 мг дан2 марта суткада ), кейин 100 мг дан 1 марта кунига 5-10 кун давомида.

V. Хламидиялар, легионеллалар, микоплазмалар: макролидлар (эритромицин, рулид, кларитромицин), тетрациклинлар (доксациклин гидрохлорид).

VI. Анаэроб: пенициллин, линкомицин (500 мг 3-4 марта суткда, томир ичига томчилатиб 600 мг гача суткасига 250 мл физиологик эритмага тайёрланади 2-3 марта суткасига).

Фторхинолонлар.Бу группа препаратлар шартли равишда антибиотикларга киритиш мумкин.Цефалоспоринлар бир қаторда биргаликда бактериал инфекцияларни даволашда қўлланилади. Фторхинолонлар кўпгина антибиотиклар олдида афзалликлари бор:хужайраларга тез киради,мусбат Тbi ва манфий Тbi анаэроб бактерияларга нисбатан фаол, гемофиль таёқча , стрептококк ва стафилококкга нисбатан сезувчан.

Клиникада қўлланилади:: ципрофлоксацин (ципролет, ципробай) 250-500 мг 2 махал суткада 7-10 кун давомида , 200 мг томир ичига 2 маҳал суткада 1-2 ҳафта давомида ; офлоксацин (таревид) 200-400 мг 2 маҳал суткада (тилларанг стафилококкга нисбатан фаол).

VII.Замбуруғлар : амфотерецин В (суткали доза – 250 ТБ/кг томир ичига томчилатиб кун ора ёки ҳафтада 2 марта 4-8 ҳафта давомида).

VIII. Вирусли – интерферон.

Пневмониялар огир кечишида УАШ тактикаси – беморни касалхонага ётқизиш.

УРВИ -трахеобронхиал дарахтнинг диффуз ўткир яллиғланиши. Тез учрайдиган касалликлар қаторига киради. Инфекцион этиологияли бронхит ўткир ринит, ларингит фонида бошланади. Касаллик енгил кечишида тўш ортида оғриқ ,ҳолсизлик, бадан какшаши қуруқ ,баьзида нам йўтал. Касаллик енгил кечишида қуруқ ,камроқ нам йўтал,ҳолсизлик пайдо бўлади. Физикал белгилар бўлмайди ёки ўпка устида определяются жестокое дыхание, қуруқ хириллашлар.Тана температураси субфебрил ёки нормал. Периферикқон таркиби ўзгармайди.Бундай касаллик кечиши катта бронхлар ва трахеялар зарарланишида кузатилади.Касалли ўрта оғир кечишида кучайган умумий ҳолсизлик, толиқиш характерли кучли қуруқ йўтал нафас олишни қийинлашиш билан нафас қисиши,йўтал ҳисобига мушакларни таранглашиши натижасида кўкрак қафаси пастки қисмларида ва қорин деворида оғриқ бўлади.Йўтал нам бўлгани сайин балғам шиллиқли йирингли ёки йирингли характерда бўлади.Ўпка устида қаттиқ нафас ,қуруқ ва майда пуфакчали хириллашлар эшитилади.Тана температурасибир неча кунгача субфебрил бўлади.Переферик қонда яққол ўзгаришлар йуқ.Касалликни оғир кечиши бронхиолаларни (бронхиолит)яллиғланиши биланкечади.Касалликни 4 чи кунига келиб ўткир симптомлар камайиб ва яхши кечса 7 чи кунга келиб умуман йуқолади.

**« ГАЛЕРЕЯ БЎЙЛАБ ТУР»МЕТОДИНИ ҚЎЛЛАШ.**

Мақсад: Берилган муаммо бўйича талабалар маьлумотларни критик баҳолаш ва билимларини тўлиқлигини ўргатиш.

Ҳар бир кичик группада битта топшириқ муаммо берилади ва улар 10 минут давомида ёзма равишда ҳал қилишади кейин эса топшириқлар билан алмашишади. Биринчи группада аниқланган хатолар ва жавобига қилинган қўшимчалар барча қатнашувчилар биргаликда билан таҳлил қилиниб якуний жавоб вариантини ҳал қилишади. Галерея бўйича тур методикаси талабалардан эьтиборни максимал жамлашга ва ушбу бўлим бўйича назарий тайёргарликни талаб этади.

Намуна: машғулот мавзуси «Йўтал билан балғам ажралиши ». Учала кичик группага биттадан савол берилади: Қуйидаги вариант саволларидан берилади.

1.Пневмонияни ўзига хос кечиши.

2.Ўткир обструктив бўлмаган бронхитни ўзига хослиги.

3.ЎРК, ЎРВИ Профилактикаси .

Шундай қилиб 30 минут давомида ўқитувчи талабаларни мавзуни

турли бўлимлари бўйича тайёргарлик даражаси ва ўз фикрини айта олиши тўғрисида тассавурга эга бўлади.

**Жавоблар.**

1. **Пневмония** – турли хил этиологияли, патогенезли ва морфологияси ҳамда клиник кечиши бўйича ўткир инфекцион табиатли (асосан бактерияли) касаллик бўлиб, ўпкани респиратор бўлими шикастланиши, альвеола ичи ва интерстициал тўқиманинг эксудатив яллиғланиши билан характерланади.
2. Трахеобронхиал дарахтнинг диффуз ўткир яллиғланиши. Тез учрайдиган касаллилар қаторига киради. Инфекцион этиологияли бронхит ўткир ринит, ларингит фонида бошланади. Касаллик енгил кечишида тўш ортида оғриқ ,ҳолсизлик, бадан какшаши қуруқ ,баьзида нам йўтал. Касаллик енгил кечишида қуруқ ,камроқ нам йўтал,ҳолсизлик пайдо бўлади. Физикал белгилар бўлмайди ёки ўпка устида определяются жестокое дыхание, қуруқ хириллашлар.Тана температураси субфебрил ёки нормал. Периферикқон таркиби ўзгармайди.Бундай касаллик кечиши катта бронхлар ва трахеялар зарарланишида кузатилади.Касалли ўрта оғир кечишида кучайган умумий ҳолсизлик, толиқиш характерли кучли қуруқ йўтал нафас олишни қийинлашиш билан нафас қисиши,йўтал ҳисобига мушакларни таранглашиши натижасида кўкрак қафаси пастки қисмларида ва қорин деворида оғриқ бўлади.Йўтал нам бўлгани сайин балғам шиллиқли йирингли ёки йирингли характерда бўлади.Ўпка устида қаттиқ нафас ,қуруқ ва майда пуфакчали хириллашлар эшитилади.Тана температурасибир неча кунгача субфебрил бўлади.Переферик қонда яққол ўзгаришлар йуқ.Касалликни оғир кечиши бронхиолаларни (бронхиолит)яллиғланиши биланкечади.Касалликни 4 чи кунига келиб ўткир симптомлар камайиб ва яхши кечса 7 чи кунга келиб умуман йуқолади.
3. Гриппни п**рофилактикаси**  вакцинация ҳисобланади.Бугунги кунда вакциналар ишлаб чиқарилган 100% инфекциядан организмни ҳимоя қилади ва кафолат беради.  
   Вакцинлар бир мартали шприц дозаларда тайёр етказиб берилмоқда бу ўз навбатида қулай ва хавфсиз. Носпецифик профилактикаси –аскорбин кислота ва поливитаминларни қабул қилиш ўз навбатида организмни курашувчанлигини оширади.

**1.2. Аналитик қисм**

**1.2.1. вазиятли масалалар:**

61 ёшли бемор совуқда қолгандан кейин тана ҳарорати 39 – 40ºС га кўтарилишига, қалтираш, бироз балғам аралаш йўтал, хансираш, кучли ҳолсизлик, кўкрак қафасидаги ва қориндаги оғриққа шикоят қилади.Уй шароитида 3 кун пенициллин билан даволанган, лекин ахволи яхшиланмаган. Ахволи оғир, юзлари оқарган, цианоз, НС 30-40 мин.га, ЮУС 100-120 мин.га. Ўнг ўпканинг пастки бўлагида перкутор товуш бўғиқлашган, везикуяр нафас сусайган, майда пуфакчали нам ва қуруқ хириллашлар. Кўкрак қафасининг ўнг томони нафас олишда бироз орқада қолади. Юрак тонлари бўғиқ, ўпка артериясида II-тон акциенти эштилади..

**Саволлар:** 1.Ўпкада инфильтрат билан кечувчи 4 та касалликни санаб беринг;

2. Тахминий ташхисингиз;

3 Умумий балғам тахлилида ва рентгенда қандай ўзгаришлар кузатилади.;

4.УАШ тактикаси (даволаш тамойиллари ва иккиламчи профилактика)

**Жавоблар:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Жавоблар | Балл |
| 1 | а) сурункали пневмония, б) ўпка марказий раки в) ўпка инфильтратив сили г) Эозинофил пневмония. | 20 |
| 2 | Ўнг ўпка пастки бўлаги крупоз пневмония, оғир формаси(касалхонадан ташкари). Нафас етишмовчилиги II босқичи.. | 35 |
| 3 | Лейкоцитлар ва эритроцитлар ошиши, эпителиал ҳужайралар кўпайиши (зангсимон балғам), турли хил қўзғатувчилар (кокклар). Ренгенда ўпка суърати кучайган, ўнг ўпканинг пастки бўлагида гомоген соя аниқланади. Ўпка илдизи кенгайган. Плеврани пастки қисми кенгайган. Диафрагма қалинлашган. | 20 |
| 4 | Даволаш режими. Этиотроп даволаш: антибиотикотерапия. Патогенетик: бронхларнинг дренаж функциясини ва бронхопульмонал ҳимоя функциясини яхшилаш, иммуномодулловчи терапия: продигиозон, Т-активин, тимолин ва б, антиоксидантлар: вит. Е эмоксипин.Дезинтоксикацион терапия, симптоматик, асоратига қарши, физиотерапия. | 25 |

2. Бемор холецистоэктомия операциясидан 3 кундан кейин тана ҳароратининг 38ºС га кўтарилишига, хансираш, тўш ортидаги оғриқ, қон туфлаш кузатилди. Жароҳат қуруқ, аралашмасиз. Умумий аҳволи оғир, нафас олиш сони 40 та минутига. Юрак уриш сони 120 та. Ўнг ўпка пастки қисмида сусайган везикуляр нафас, майда пуфакли нам хириллашлар. Лейкоцитоз 22,8×109/л, нейтрофилез, лейкоцитар формула чапга силжиган.

1.Кўкрак соҳасида оғриқ ва қон тупуриш билан кечувчи 5 та касалликни кўрсатиб беринг?

2. Тахминий ташхисингиз?

3.Рентген тасвирда қандай ўзгаришлар кузатилади?

4.УАШ тактикаси, даволаш тамойиллари

3. 28 ёшли бемор туққандан кейин эндометрит билан касалланиб бўлимда даволаняпди. Касалликнинг 10-куни беморнинг кўкрагида оғриқ пайдо бўлиб, ҳушини йўқотган. ҚБ 90/60 мм с/у га тенг. Беморнинг венасига 300 мг преднизолон ва 250мг гидрокортизон юборилгандан сўнг аҳволи анча яхшиланган, лекин кон босими кўтарилмаганлиги учун уни жадал даволаш бўлимига ўтказилган. Объектив кўрганимизда умумий аҳволи оғир. НС 22 та 1 мин.да, ҳушини йўқотмаган, ЮҚС 120 та мин.га, ҚБ 80/60 мм с/у га тенг.

1. Тахминий ташхишингиз;

2. ЭКГ да қандай ўзгаришлар кузатилади;

3.Юқори ахборотли текшириш усуллари;

4. Даволаш тамойиллари;

4. Бемор Н. 22 ёшда. Касалхонага келгандаги шикоятлари: тана ҳароратининг ошиши, йўтал билан шиллиқли балғам ажралиши, иштаҳа пасайиши. Анамнезида бемор ўзини 3 кундан бери касал ҳисоблайди. Касалхонага келгунча ҳеч қандай даво олмаган. Йил давомида 3-4 марта шамоллаб турган. Чекмайди. Объектив кўрганимизда аҳволи нисбатан қониқарли. Териси нам. Перкуторно бироз бўғиқ ўпка товуши, Аускультацияда ўнг ўпкада майда пуфакчали нам хириллашлар эшитилади. Рентгеноскопияда ўнг томонда V-VI қовурға соҳаси ва ўнг ўпка илдизи инфильтрацияланган. Ташқи нафас функцияси (ТНФ): рестриктив ўзгаришлар-ЎТС-74%, ЖНЧ1-95%, ИТ-106%. Биохимик кўрсаткичлар: сиаловая кислота – 310 ед., серомукоидлар – 250 ед., Нр – 155 мг%.

1. Инфильтрация билан кечувчи 4 та касалликни санаб беринг;

2. Тахминий ташхишингиз;

3. Умумий қон таҳлилида қандай ўзгаришлар кузатилиши мумкин;

4.УАШ тактикаси (даволаш, иккиламчи профилактика);

5. Бемор 46 ёшда, қуйидагиларга шикоят қилади: тана ҳарорати 39,6ºС гача кўтарилган, аввал қуруқ, кейинчалик шилимшиқ балғам аралаш йўтал тутган,сўнгра йўтал давомли бўлиб зангсимон балғам ажрала бошлаган. Бемор кўп ичкилик истеъмол қилади. Бронхиал нафас ва ўнг кўкрак ости соҳасида майда пуфакчали ҳўл хириллаш эшитилади. Касалхонада пенициллин билан жадал даволашга қарамасдан беморнинг аҳволи ўзгаришсиз қолган, хансираш ва умумий захарланиш белгилари йўқолмаган. Балғам таркибида кўплаб тилласимон стафилакокклар топилган. Рентгеноскопияда иккала ўпкада кўплаб майда инфильтрат соялари кўринади. Ўпканинг учида ва пастки қисмида емирилиш туфайли ҳосил бўлган бўшлиқлар аниқланди. Беморда сил касаллиги бор деб тахмин қилиниб, даволаш чоралари буюрилган.

1.Қуруқ йўтал билан кечувчи 4 та касалликни келтиринг;

2.Тахминий ташхисингиз;

3. Умумий қон таҳлилига қандай ўзгаришлар хос;

4. Қандай асоратлар кузатилиши мумкин;

5. УАШ тактикаси. Даволаш тамойиллари, профилактикаси;

6. УАШ қабулига 53 ёшли бемор овоз бўғилиши, қийин ажралувчи балғамли йўтал, ҳароратини 38,2ºС гача кўтарилиши,тўш ортидаги оғриққа ва умумий ҳолсизликка шикоят қилиб келди. Ўзини 4 кундан бери касал ҳисоблайди. Касаллик ўткир бошланган. Умумий аҳволи ўртача огирликда. Тери нам, лабларида цианоз. Ўпкада ўпка товуши. Аускультацияда ўнг ўпканинг пастки қисмларида жарангли майда пуфакли нам хириллашлар. Пульс 84 та минутига. Қонда: Hb-104, лейкоцит-10,3×109/л, таёкча ядролилар-6, сигмент ядролилар-71, моноцит-4, лимфоцит-20, ЭЧТ-24мм/с.

1. Ушбу беморда ўпка вентиляциясини қайси типда бузилиши кузатилади;

2. Тахминий ташхисингиз;

3. Ахборотли диагностик усулларни санаб ўтинг;

4. УАШ тактикаси;

7. 32 ёшли бемор тез чарчаб қолиш ва қуруқ йўталдан шикоят қилиб келди. Ёшлигида ўпка яллиғланиши касаллиги борлиги туфайли бир неча марта даволанган. Объектив текширилганда ўпкасида касаллик топилмаган. Рентгенологик текширишда ўнг ўпканинг юқори қисмида чегараси аниқ бўлмаган ва ўпка илдизига туташган ногомоген қоронғилашган жой аниқланган. Шу жой атрофида ўчоқли яллиғланиш аниқланган. ҚА: Hb-130 г/л, лейкоцит-9,9×109/л формуласида ўзгариш йўқ, ЭЧТ-33мм/с.

1. Диагнозни тасдиқлаш учун ўтказаладиган текшириш усуллари;

2. . Тахминий ташхисингиз;

3 Ушбу касаллик учун нисбатан специфик бўлган балғам таҳлилидаги ўзгаришларни кўрсатинг;

4. УАШ тактикаси

8. Бемор Г. 6 йилдан буён сурункали бронхит билан касалланиб келади. Охирги пайтда тана ҳарорати субфебрил бўлиб, йўтал билан кам миқдорда балғам чиқиб турган. Ўзича уйда дори ичиб юрган. Охирги бир ҳафта ичида 39-40ºС га кўтарилган. Шиллиқли балғам ажралиши кучайган. Хансираш, кўкрак қафасининг чап томонида оғриқ, оғриқнинг елка ва орқага бериши. Умумий аҳволи оғир, мажбурий вазиятда, тери рангги оқарган, лаблари цианоз, кўкрак қафасининг чап томони нафас олишда орқада қолади ва шу ернинг пастки қисмида тўмтоқ товуш, товуш титраши, бронхиал нафас, бошқа жойларда нам ва қуруқ хириллашлар эшитилади. ЮУС-105та мин.га. Жигар+2см катталашган, оёқларда шиш.

1. Юқоридаги шикоят ва симптомлар билан учрайдиган 4 та касалликни санаб ўтинг;

2. Тахминий ташхис;

3. Кўкрак қафаси рентген ўзгаришларига нима хос;

4. УАШ тактикаси ва даволаш тамойиллари;

9. 24ёшди бемор УАШ мурожат қилди,шикоятлари ҳароратни кўтарилишига 39,6ºС гача, қалтираш, кўкракнинг ўнг ярим қисмида ва юракдаги оғриққа,нафас қисишига,йўталга, қийин кўчувчи балғам билан,бош оғриғига, юрак уриб кетишига.Бемор аҳволи оғир ,лабда цианоз ,ёноқларда қизариш , тана ҳарорати 39,2ºС Ўпка перкуссиясида орқадан 6-қовурғагача ўпка товушини тўмтоқлиги, аускультацияда эса шу ерда бронхиал нафас. НОС 1 дақиқада 30. Юрак тонлари бўғиқ, ўпка артерияси устида II тон акценти.. Пульс-110 та минутига, аритмик экстрасистола хисобига. Жигар + 2 см. УҚТ: гемоглобин 89 г/л, эритроцитлар -3,5х1012/л; р.к.. 0,7, лейк 17,0х109/л, эоз 1%, п/я 9%, с/я 76%, лимф 10%, мон 4%, СОЭ- 35 мм/соат. Умумий сийдик таҳлилида оқсил излари. Рентгеноскопияда кўкрк қафаси ўнг томонида 6 қовурғадан паст роқда диафрагма билан қўшилиб кетувчи четлари аниқ контурли гомоген қорайиш

1. Юқоридаги симптомлар билан учрайдиган 5 та касалликни санаб ўтинг;

2. Тахминий ташхис;

3. Юқоридаги патологияда бўлиши мумкин камида 5 та асоратни санаб ўтинг;

4. УАШ тактикаси.

5. Даволаш тамойиллари;.

10. Бемор 68 ёш ,сурункали бронхит ва калькулез холецистит узоқ вақтдан бери безовта қилади.УАШ диспансеризаця қилганда аниқлади: нафас қисиши , юзини гиперемияси, склерани томирларини инъекцияси, эпигастрал пульсация, бўйин веналарининг пульсацияси. Ўпкада везикуляр нафас сустлашган, қуруқ, шовқинли ва нам майда пуфакли хириллашлар.НОС 26 та 1 минутда. Юракда: перкутор – ўнг ва чап қоринчаларни, ўнг бўлмачани гипертрофияси,. Тонлар бўғиқлашган , аорта остида II тона акценти ва бўлиниши,, ўпка артерияси устида II тона акцентиЮУС 88 та 1 минутда. АБ 140/70 мм Т. Ст. Қорин юмшоқ,оғриқсиз, жигар +4 см, четлари думалоқлашган , оғриқли. Оёқларда шиш .УҚТ: Нв 160 г/л, эритроцитлар 5,6 · 1012/л, лейк 8,7х109/л; ретикулоциталар 5%; п/я 5%; с/я 44%; эоз 3%; лимф 35%; мон 7%; баз 1%; тромбоцитлар 280, СОЭ 15 мм/с.; ПТИ 105%. Кўкрак қафаси рентгенографияси–сурункали бронхит тасвири, пневмосклероз, юрак чегаралари кенгайган.

1. Юқоридаги симптомлар билан учрайдиган 5 та касалликни санаб ўтинг;

2. Тахминий ташхис;

3. Юқоридаги патологияда характерли касаллик қўзишининг респиратор критерияларини санаб ўтинг.

4. УАШ тактикаси.

5. Даволаш тамойиллари

**Берилган мавзу бўйича машғулот тугагандан кейин УАШ рўйхатдаги амалий кўникмаларни билиш керак.**

1. ЎРК,ЎРВИ ,бронхитлар ва пневмониялар билан беморларни кўрувни ўтказиш.

2. Таҳлилларни интерпретацияси (клиник ва биохимик қон таҳлиллари, коагулограммлар , балғам таҳлили, балғамни экиш, плеврал суюқлик таҳлили,берилган лаборатор-асбобий текширувлар натижаси,йўтал,балғам ажралиши ,қон туфлаш билан кечувчи касалланган беморларни рентгенограммси. Кўкрак қафаси рентгенологик тасвири интерпретацияси, ташқи нафас функциясини текшириш натижалари.

3. Йўтал,балғам ажралиши ,қон туфлаш билан кечадиган касалликларда дориларни ёзиб беришда касалликни этиологиясига қараб ёзиб бериш.

**Мазкур мавзу бўйича УАШ машғулот тугагандан кейин бажара олиши керак бўлган кўникмалар рўйхати**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Этап № | кўрсаткичлар/  интерпретация |  | Тўлиқ бажарилмаган |
|  | Бемор курацияси | 0 | 50 балл |
|  | Умумий қон таҳлили |
|  | Умумийбалғамтаҳлили |
|  | Балғамни антибиотикограммали бак.экиш |
|  | Пикфлуометрия |
|  | Спирография |
|  | Кўкрак қафаси рентгени |
|  | Фтизиатр консультацияси |
|  | Онколог консультацияси |
|  | Дифференциал | 0 | 20 |
|  | Ташҳисни асослаш | 0 | 10 |
|  | УАШ тактикаси | 0 | 10 |
|  | Тавсиялар | 0 | 10 |
| ЖАМИ |  | 0 | 100 |

**4. Маҳоратни, кўникмани ва билимларни текшириш формалари.**

- оғзаки

-вазиятли масалаларни ечиш

- амалий кўникмаларни демонстрацияси

- СРС

**5. НАЗОРАТ САВОЛЛАРИ.**

###### ЎРВИ,ЎРЗ ,бронхитлар ва пневмония классификацияси.

1. ЎРВИ,ЎРЗ ,бронхитлар ва пневмонияни ўзига хос клиник кечиши.
2. ЎРВИ,ЎРЗ ,бронхитлар ва пневмония дифференциал ташҳиси.
3. ЎРВИ,ЎРЗ ,бронхитлар ва пневмония этиологияси ва патогенези.
4. Ташҳис қўйишда асосий клиник-лаборатор текширувлар.
5. ЎРВИ,ЎРЗ ,бронхитлар ва пневмонияларни даволашни ўзига хослиги.

**Амалий машгулот № 5**

**Кўкрак қафасида оғриқ. Кўкрак қафасидаги нокоронароген оғриқларда УАШ тактикаси. Амбулатор даволаш. Бирламчи ёрдам ва профилактика.**

**Ўқитиш технологияси**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ўқиш вақти: 6 соат** | |
| **Дарснинг тузилиши** | 1. Ўқув тематик хона. 2. ЭКГ хонаси 3. УАШ хонаси. 4. Ўқув қўлланмалар, фантомлар, муляжлар, тарқатма материаллар, вазиятли масалалар тўплами ва тестлар. 5. Телевизор, видео аппаратура, мультимедиа |
| Ўқув дарсининг мақсади: УАШни “Умумий амалиёт шифокорининг квалификацион характеристикаси”да назарда тутилган талабларга мос равишда кўкрак қафасидаги нокоронарген оғриқларда беморларни тиббиётнинг бирламчи бўғинида ўз вақтида эрта ташҳислаш ва қиёсий ташҳислаш, даволаш, хамда олиб бориш тамойилларига ўргатиш. | |
| **Педагогик вазифалар:**   1. Кўкрак қафаси нокоронароген оғриқларнинг ўзига хос хусусиятлари 2. Умуртқв поғонаси касалликлари турли хил кечишидаги ташҳислаш масалаларини кўриб чиқиш. 3. Миозит, кўкрак қафаси жарохатлари турли хил кўринишларидаги лаборатор инструментал текширувлар натижаларини муҳокама қилиш 4. Кўкрак қафаси нокоронароген оғриқларнинг қиёсий ташҳислаш ўтказиш 5. Кўкрак қафаси нокоронароген оғриқ билан кечувчи касалликларнинг диагностик критерийларини аниқлаш 6. Кўкрак қафаси нокоронароген оғриқ билан кечувчи касалликларни олиб бориш тамойилларини мухокама қилиш. 7. Даволаш тамойилларини мухокама қилиш (номедикаментозва медикаментоз). 8. Олиб бориш тамойилларини, кузатувни ва беморлар мониторинги ҚВП ва ОП шароитида мухокама қилиш. 9. Юқоридаги касалликларда бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактика чора тадбирларини мухокама қилиш. 10. Кўкрак қафаси нокоронароген оғриқ билан беморларни намойиш қилиш. | **Ўқитиш фаолиятининг натижалари:**  **Талаба билиши шарт:**   1. Кўкрак қафаси нокоронароген оғриқлар билан кечувчи касалликларнинг этиологияси, таснифи ва патогенези. 2. Кўкрак қафаси нокоронароген оғриқлар билан кечувчи касалликларнинг клиник белгилари 3. Кўкрак қафаси нокоронароген оғриқлар билан кечувчи касалликларнинг қиёсий ташҳисланиши 4. Кўкрак қафаси нокоронароген оғриқлар билан кечувчи касалликларнинг даволашда ишлатиладиган дори моддалар рўйхати 5. Кўкрак қафаси нокоронароген оғриқлар билан кечувчи касалликларнинг диспансер кузатуви ва мониторинги тамойиллари 6. Юқоридаги касалликларда бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактика тамойиллари.   **Талаба қила олиши керак:**   1. Шикоятлар ва анамнез ахборотларини миокардиодистрофия, миокардит ва стенокардиянинг турли хил шаклларига мос равишда тахлил қила олиши. 2. Кўкрак қафаси нокоронароген оғриқлар билан кечувчи касалликларнинг лаборатор-инструментал текширувлар натижаларига монанд ташҳислаш ва қиёсий ташхислаши лозим. 3. ЭКГ олиш техникасини намойиш қилиш ва уни тахлил қила олиш. 4. Исботланган таъсирга эга препаратларни танлай олиш. 5. Номедикаментоз даво усуллари бўйича маслахат бера олиш. 6. ҚВП ва ОП шароитида мониторинг ўтказа олиш. |
| **Ўқитиш услублари** | усул «ари ини», намойиш қилиш, графикли органайзер- каскад, видеотасвир томоша қилиш, бахс, сухбат, тестлар ва вазиятли масалалар ечиш. |
| **Ўқитиш фаолиятини ташкил қилиш шакллари** | Индивидуал тарзда иш юритиш,гурухларда ишлаш, аудитор, аудиториядан ташқари вазифалар бажариш. |
| **Ўқитиш ускуналари** | Тарқатма визуал ўқув материаллар, видеофильмлар, муляжлар, графикли органайзерлар, тиббий хариталар мажмуаси, жадваллар ва стендлар. |
| **Қайта алоқа услуб ва ускуналари** | Блиц-сўров, тест, ўқув вазифасини бажарилиш натижаларини намоён қилиш, тиббий хариталарни тўлдириш ва “мутахассис сўрови” амалий кўникмасини бажариш. |

**Машғулотнинг технологик харитаси**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Амалий машғулотнинг босқичлари** | **Машғулот шакли**  ***Ўтказиш жойи*** | **Давомийлиги** |
| 1 | Эрталабки конференция | Мажлислар зали | 50 |
| 2 | Амалий машғулот мавзусини янги педагогик технологияларни (“ақлий хужум” методи) қўллаган ҳолда, шунингдек демонстрацион материаллардан (касаллик тарихи, жадваллар, плакатлар, рентгенограммалар) фойдаланиб мухокама қилиш, бошланғич даражасини аниқлаш. | Сўров, мухокама  *Ўқув хонаси, палата* | 60 |
| 3 | Ўқитувчи ёрдамида амалий кўникмаларни ўзлаштириш. | Бемор билан сухбат, касаллик тарихини юргизиш, вазиятли масалаларни хал этиш. | 30 |
| 4 | Беморлар курацияси- шикоят ва анамнезини йиғиш, умумий кўрик, палпация, перкуссия, аускультация, шунингдек лаборатор- инструментал текширувлар интерпретацияси, диагноз қўйиш. | Касаллик тарихи,  лаборатор маълумотлар | 50 |
| 5 | Тематик мавзу бўйича бемор курацияси | Тематика мавзусига мос бемор кўриги, курацияси | 60 |
| 6 | Клиник ситуация мухокамаси, муаммоли ўқитишга тайёрланиш, материалларни мустахкамлаш, билимини, ўзлиштириш даражасини аниқлаш | Оғзаки сўров, тест, мухокама.  *Ўқув хонаси* | 20 |

**Юрак сохасидаги оғриқ синдроми** кўпгина касалликлар симптоми эканлигини Соғлиқни сақлаш бирламчи бўғинида қийин вазифалардан бири, кўкрак қафасидаги оғриқлари бор беморларни олиб боришда ҳар хил касалликлардан ажратиб олиш (умиртқа поғонаси, кўкрак қафаси олд девори, елка мускуллари патологияси), ҚВП ва ШВП шароитида УАШ ушбу беморлар саволларини ечиши, даволаш ва мутаҳассисга юбориш учун йўлланма бериш. Бу ҳолат УАШ тайёрлаш дастури мавзуларига киритилган.

**Назарий қисм**

Назарий қисмда қуйидаги саволлар кўриб чиқилади:

***Умиртқа поғонаси касалликлари.*** Поликлиникага мурожаат қилган беморларда кўплаб учрайдиган сабаблардан бири, кўкрак қафасидаги оғриқлардир, яъни умиртқа поғонасининг бўйин қисми остеохондрози, умиртқа поғонаси диски чурраси билан мурожаат қилади. Ушбу касалликларда оғриқ тўмтоқ, симилловчи характерга эга, баъзан кўкрак қафасининг ҳар қандай жойига локализация қилади, айниқса тўш ортига. Оғриқлар чуқир нафас олганда ва харакат қилганда кучаяди. Умиртқа поғонаси ва елка бўғимлари касалликлари. Умиртқа поғонаси дисклар чурраси ва орқа мияга уларнинг пролапси, бўйин ва кўкрак қафаси қисми остеохондрози. Умиртқа поғонаси ёки елка бўғими жароҳатлари. Умиртқа поғонасининг бирламчи ёки метастатик ўсмалари.

Умиртқа поғонасининг чуқур деформацияси (кифоз, сколиоз) ёки қовурғалар, тўш деформацияси, бемор текширувида умиртқа поғонасидаги нерв оҳирлари ва мускул оғриқлари пайдо бўлишида, herpes zoster аниқланиши, кўкрак қафасидаги оғриқлар кузатилишига олиб келади.

Кўкрак қафасининг нафасли ҳаракатида ёки нафас актида бир томонлама орқада қолишига, ўпка, плевралар шикастланиши, диафрагма ёки қовурғалараро мускуллар жароҳатлари олиб келади.

Ушбу ҳолат билан кўкрак қафаси пайпасланганда суяк-мускул аппарати ва периферик асаб тизими касалликларини аниқлаш мумкин. Қовурғаларни пайпаслаганда синиқ қовурғаларни аниқлаш мумкин. Тўш соҳаси ва орқа қовурғалар тугашини бир вақтда басиб кўриш, синган жойдаги оғриқ локализациясини ёки патологик жараённи топиш самаралидир. Кўкрак ёки бўйин радикулитида бошни қаттиқ босиб кўрилганда, нерв оҳирлари соҳасида оғриқлар кучаяди.

Кўкрак қафасидаги мускулларни мақсадли пайпаслаб, қайси мускул патологияси борлигини аниқлайди. Қовурғалараро мускул оғриқлари чуқур нафас олганда, йўталганда, тўсатдан бурилганда ва тана олдинга эгилганда оғриқли бўлади. Кўкрак қафаси мускулларидаги оғриқлар, қўлларни орқага узатганда кузатилади ва мускуллар тонуси аниқланади.

**Мускул-фасциал ёки қовурға-умиртқа оғриқлари** (висцерал) қуйидагича характерланади:

Доимий локализация.

Мускуллар гуруҳи ва тана ҳолати зўриқишдаги оғриқлар шартсиз боғлиқдир.

Сурункали кечишдаги оғриқлар кам интенсивли оғриқли, “умумий симптомлар” бўлмайди, балким ўткир жараҳатларда аниқ намоён бўлади.

Тўғри йўналишли пайпаслаш патологияни топишда аниқлик беради, айрим мускуллар гуруҳи пайпасланганда (чегараланган) маҳаллий оғриқлар, мускул гипертонуси ва триггерли зоналар кўплиги аниқланади.

Оғриқлар маҳаллий таъсир кўрсатилганда камайиши ёки йўқолиши кузатилади (ханталлар, гаримдорили пластирлар, массаж, акупунктура, электрофорез, оғриқли инфильтрацияли зонани новокаинли, гидрокортизонли блокада қилиш).

***Радикуляр оғриқ учун***, қовурғалараро невралгияси қуйидагича характерланади.

Касалликни ўткир бошланиши ёки сурункали кечишида касалликни тўсатдан қўзғалиши

Нерв жойлашган зонага мос жойда оғриқли локализация кузатилиши.

Умиртқа поғонаси ҳаракатлари билан боғлиқ бўлган оғриқлар.

Бўйин ва кўкрак умиртқаси радикулитидаги неврологик симптоматикаси.

Нерв толаларининг маҳаллий чиқадиган жойидаги тўсатдан маҳаллий оғриқлар бўлиши.

УАШ тактикаси. *Амбулатор даво*. Умиртқа поғонасини иммобилизация қилиш (қаттиқ тўшакли ётоқ), иссиқ қилиш, анальгетиклар – оғриқларни бартараф қилишда, даволашнинг асосий триада усулидан фойдаланиш. Маҳаллий-таъсирлаш усулини қўллаш – силлаш. Мануал терапия. Умиртқани тортиш, массаж, даволаш физкультура, физиотерапевтик муолажалар, блокада кенг қўлланилади. Санатор крорт даволаш касалликни профилактика қилишда ва даволашда асосий рол ўйнайди. Тўлиқ консерватив даволашга (3-4 ой) қарамай оғриқ давомийлик интенсивлиги кучайса, беморга шифохонада даволаниш таклиф қилади. Фалажланувчи ишиасларда, умиртқа дискининг чурраси сабабли от ёйи сиқилишидаги босим сабабли операцияларга мутлоқ кўрсатма бўлиб ҳисобланади.

***Ўраб олувчи темиратки*** varicella- zoster сувчечак билан касалланган беморлар орқа мия ганглияларида вирусни бўлиши ва вирус реактивлиги натижасида касаллик ривожланади. Вирус реактивацияси сабаблари ноаниқ бўлиб, иммун танқис ҳолатларда яъни, масалан, лейкоз ва лимфомалар, умиртқа поғонасида нурли даво олганда, умиртқа поғона ва орқа мия ўсмасида кузатилади. Касаллик ҳар хил ёшда кузатилади, ҳаттоки ҳомиладорлик вақтида ҳомила ичидалигида вирус varicella- zoster юқса кўкрак ёшдаги болаларда ҳам касаллик кузатилади. Касалликни клиник белгиларига асосланиб ташхис қўйилади.

*Клиникаси:* Касаллик шикастланган ганглиялар иннервация зоналаридаги гиперестезия ва нерв охирларидаги оғриқлар билан бошланади. Касалликнинг бир неча кунидан кейин, орқа мия нерв оҳирларининг битта ёки иккита иннервация зоналарида тошмалар пайдо бўлади. Тошмалар инфильтратив ва гиперемияли соҳаларда аввал папулалар пайдо бўлади. Ушбу папулалар везикулаларга ва пуфакларга айланади, улар эса ўз навбатида пустулага айланади. Кейинчалик қатқалоқ пайдо бўлиб, касалликнинг 10-14 – кунлари кўчиб тушади ва ўзидан гипопигментация қолдиради. Шикастланиш асосан бир томонлама бўлади. Тананинг ҳар қандай жойи шикастланиши мумкин. Лекин тошмалар қовурғалараро ва уч шохли нерв иннервацияси зонаси бўйича локализация қилади. Периферик лимфа безларининг катталаши кузатилади. *Асоратлари:* 1. Кўп кузатиладиган: постгерпетик невралгия (70-80% беморларда бир йил ичида ўтиб кетади, қолган беморларда йиллар давом этади), блефарит, кератит, увеит. 2. Камроқ кузатиладиган- периферик мускуллар фалажи. 3. Жуда кам холларда- менингоэнцифалит кузатилиши мумкин.

*Даволаш:* Маҳаллий: Маҳаллий дори воситаларини кўп ишлатиш иккиламчи бактериал инфекция ривожланишига олиб келишини беморларга тушунтириш керак. Каламинли салфеткаларни ишлатганда оғриқ камаяди, лекин уларни олиш оғриқлидир, шунинг учун оғриқларни камайтириш учун совуқ салфеткалар ишлатилади. Пленка хосил қиладиган ментолли дорилар ўта самаралидир. Маҳаллий ацикловир малҳами ишлатса бўлади.

Умумий даво: Аспирин, парацетамол, ёки кодеинли парацетамол буюрилади. Ацикловирни ичишга (800 мг кунига 5 марта 7 кун, дорини касалликни 72 соатдан кеч бўлмаган вақтда, тошма тошиши билан қабул қилиниши керак) буюрилади, бу касалликни давомийлигини ва атрофдагиларга юқиш ҳафини камайтиради. Ацикловир ўрнига баъзан кортикостероидлар қабул қилинади (преднизолон ичишга- 1-ҳафта – 50 мг/сут, 2-ҳафта – 25 мг/сут, 3-я ҳафта – 12,5 мг/сут).

**Умиртқа поғонаси нинг кўкрак қисми остеохондрози, қовурғалараро невралгияси, кўкрак қафаси жароҳатлари, ўраб олувчи темираткининг таққосий ташхислаш**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Касаллик турлари** | **Этиофакторлар** | **Оғриқлар характери** | **Оғриқлар пайдо бўлиш механизми** | **Клиник симптомлари** |
| **Умиртқа поғонасининг кўкрак қисми остеохондрози** | Ёши, гиподинамиклик. | Оғриқ тўмтоқ, санчувчан ва кўкрак қафасининг турли қисмларига локализация қилиши | Умиртқа поғонаси дисклари, тоғайлари шикастланади, натижада умиртқа поғоналар оралиғи торайиб, у ердан ўтадиган орқа мия нерв охирларининг сиқилиши кузатилади. | Вегетатив ирритативли синдром, рефлекторли ва компрессионли генезли |
| **Қовурғаларароневралгия** | Совуқ қотишдан ялиғланиш жараёни ривожланади | Локал оғриқлар, санчувчан характерли, босиб кўрилганда оғриқ кучаяди. | Нерв оҳирларининг яллиғланиши. | Оғриқлар яллиғланиш жараёнига боғлиқ, босиб кўрилганда оғриқлар кучаяди |
| **Ўраб олувчи темиратки** | Совуқ қотишда вириус сабабли келиб чиқади | Тошма тошадиган жойда куйдирувчи оғриқ кузатилади | Бу касаллик сувчечакнинг латентли вируси фаоллаши натижасида келиб чиқади. | Яллиғланиш орқа мия нерв оҳирларида ва умиртқа поғонаси ганглияларида, шунингдек иситма кўтарилиши, умумий интоксикация, нерв йўналиши бўйича экзантема ва сезувчанлик ошиши, 3-4 кунлардан кейин тошмалар тошиши кузатилади. |
| **Кўкрак қафаси жароҳатлари** | Турли хил жароҳатлар | Юрак соҳасида ёки жароҳат олган соҳада симиловчи оғриқлар бўлиши | Жароҳат натижасида қовурғалараро нервларнинг таъсирланиши ёки сиқилиши | Ҳарактда ёки тегиб кетганда оғриқлар кузатилиши |

**УАШ тактикаси**

УАШ биринчи навбатда юрак патологияларини инкор қилиши шарт: ЎМИ, ностабил стенокардия, ўткир кўкрак қафаси жароҳатлари, ўраб олувчи темиратки ва бошқа шошилинч биринчи тиббий ёрдам кўрсатиш ва шошилинч шифохонага юбориш талаб қилади.

Зарурат бўлса невропатолог маслаҳатига юбориш керак. Поликлиника шароитида тоифа хизматига асосланиб умиртқа полғонасининг кўкрак қисми остеохондрози нерв охирлари синдроми, яққол намоён бўлмаган қўзғалиши билан, қовурғалараро невралгиясини ташхислаш ва даволаш.

**Графикли органайзер: «каскад»**

1. Иерархик фикрлар тузилмасини аниклашни талаб килади
2. Тизимли, ижодий ва тахлилий фикрлашни фаоллаштиради ва ривожлантиради

1. Каскад тизимини тузиш жараёнида тизимли схема элементлари ва компонентларига ривожлантириш керак. Бу эса у ёки бу холатларни кайта урганиб чикишни талаб килади.
2. Агарда сиз тупик холатида булсангиз, фикр уйланг, бирламчи боскичга кайтинг, иккинчи боскичга утиш учун, хеч кандай хатоликларга йул куймадингизми, бошкача усуллардан фойдаланса буладими уйлаб куринг .
3. Сиз чапдан унгга караб ёзиб ургангансиз. Энди каскадни юкоридан пастга караб туширингчи. Бунинг учун асосий фикрни варогнинг юкори кисмига ёзинг.

Развивается в результате реактивации вируса varicella- zoster, находящегося в спинномозговых ганглиях у лиц, ранее перенесших ветряную оспу. Причина реактивации вируса большинстве случаев неизвестна, часто она наблюдается при иммунодефиците, например при лейкозах и лимфомах, а также при облучении позвоночника, опухолях позвоночника и спинного мозга. Заболевание встречается в любом возрасте, даже у грудных детей, если они были заражены вирусом varicella- zoster внутриутробно. Диагноз ставят на основании клинической картины.

Следует объяснить больному, что черезмерное использование местных средств может привести к вторичной бактериальной инфекции. Каламиновые примочки уменьшают боль, но их удаление очень болезненно, поэтому для уменьшения боли лучше применять примочки прохладной водой. Очень эффективны пленкообразующие препараты с ментолом. Местно можно применять мазь ацикловир.

Общее лечение: Назначать аспирин, парацетамол, или парацетамол с кодеином. Прием ацикловира внутрь (800 мг 5 раз в сутки в течение 7 суток, начинать прием следует не позднее 72 ч с момента появления сыпи) уменьшает длительность болезни.

***.***Частой причиной боли в груди, с которой обращаются больные в поликлинику, являются остеохондроз и грыжа межпозвоночных дисков в шейном и грудном отделах позвоночника. Боль при этих заболеваниях носит тупой, ноющий характер, может локализоваться в любом отделе грудной клетки, в том числе за грудиной. Усиливается при глубоком вдохе, движениях.

Болезни позвоночника, плечевых суставов

Остеохондроз шейных или грудных позвонков с грыжей межпозвонкового диска и пролапсом его то в спинномозговой канал.

Травматические повреждения позвоночника или плечевых суставов.

Первичные или метастатические опухоли позвоночника.

***Умиртка погонаси касалликлар***

***Ураб олувчи темиратки***

**Кукрак кафаси жарохатлари**

**3. Амалий қисм**

**УАШ мавзуга мос келадиган амалий кўникмаларни машғулот сўнгида бажара олиши шарт**

Талаба бемор билан мулоқат ўтказганда соғлом турмуш тарзи кўникмалари, савол-жавоб, кўрик ва текширув натижалар тахлили интерпретацияси, текширувлар, даволаш ишлари, тиббий хужжатларни тўлдириш, маслаҳат

бериш, қилинган ишлар аудити ва тиббий кутубхона билан ишлаш кўникмаларини билиши керак. Машғулот вақтида бемор касаллигини клиник муҳокама қилиш, таққосий ташхислаш ва УАШ тактикасини аниқлаши лозим. Талаба беморни текшируви вақтида этика ва диантологияга, амалий кўникмаларни бажарилиш аниқлиги, кетма-кетлиги, босқичма-босқич бажарилишига риоя қилиши шарт.

* Ритм бузилиши билан беморда текширув ўтказиш.
* Ритм бузилиши билан ЭКГ интерпретацияси ўтказиш.

**Кўкрак қафасидаги оғриқ**

НЦД, ЮИК стенокардия, ПИКС, миокардит, миокардиодистрофия, умиртқа поғонаси кўкрак қисми остеохондрози, қовурғалараро невралгия, кўкрак қафаси жароҳатлари, ўраб олувчи темиратки.

**Назорат саволлари.**

#### 

1. Умуртқа погонаси патологиялари билан боғлиқ бўлган кўкрак қафасидаги оғриқлар таққосий ташхиси.
2. Кўкрак олди девори патологиялари билан боғлиқ бўлган кўкрак қафасидаги оғриклар таққосий ташхиси
3. Елка камари мускуллари патологиялари билан боғлиқ бўлган кўкракқафасидаги оғриқлар таққосий ташхиси
4. Ўраб олувчи темиратки билан боғлиқ бўлган кўкрак қафасидаги огриклар таққосий ташхиси
5. Умиртка погонаси ва елка камари мускуллари патологиялари билан боглик булган кукрак кафасидаги огриклар УАШ тактикаси.
6. Шифохонагаюборишга курсатмалар
7. Умуртқа поғонаси, елка камари мускуллари ва ўраб олувчи темиратки касалликлари бор беморларни амбулатор даволаш.
8. Умуртқа поғонаси, кўкрак олди девори ва елка камари мускуллари патологиялари бор беморларни ишга лаёқатлигини аниқлаш.

### **Амалий Машғулот №6**

**Мавзу. Юрак уриб кетиши. Турли аритмиялар (юқори хавф гурухларини аниқлаш) ва блокадаларда УАШ тактикаси ва профилактикаси. Амбулатор шароитда даволаш тамойиллари. Стационаргача ёрдам. Режали ва шошилинч электроимпульстерапияга кўрсатмалар. Ритм бузилишлари профилактикаси.**

**Ўқитиш технологияси.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ўқув вакти: 6 соатТалабалар сони 8-10** | |
| **ЎқувМашғулотининг тузилиши.** | 1. Мавзувий Ўқув хонаси. 2. ЭКГхонаси. 3. УАШ хонаси. 4. Ўқув кулланма, фантом, муляж, таркатма материаллар, сборник ситуацион вазифалар тўплами,ва тестлар. 5. Телевизор, видео аппаратура, мультимедиа |
| **ЎқувМашғулотининг мақсади:** УАШни эрта ташхислаш ва таққосий ташхислаш, турли касалликларнинг ритм бузилишлари даво тактикасида оптимал вариант танлашга ўргатишиш шунингдек согликни саклаш бирламчи тизимида"УАШ квалификацион характеристикаси» талабига га асосан олиб бориш тактикаси. | |
| **Педагогик вазифасалар:**  1.Аритмияларни ташхислаш ва таққосий ташхислашдаги саволларни куриб чикиш: синусли тахикардия, нафас аритмияси, экстрасистолия.  2. Аритмияли беморларни курсатиш: синусли тахикардия, нафас аритмияси, экстрасистолия.  3. Ритм бузилишли беморлар клиник-лаборатор ва инструментал текширувлар натижаларини тахлил қилиш (синусли тахикардия, нафас аритмияси, экстрасистолия).  4.Синусли тахикардия, нафас аритмияси, экстрасистолия касалликларини таққосий ташхислаш.  5. Синусли тахикардия, нафас аритмияси, экстрасистолия касалликларини таққосий даволашга ўргатишиш.  6. УАШ квалификацион характеристикаси доирасида беморни олиб бориш тактикасидаги саволларни тахлил қилиш.  7.Даволаш тамойиллари. (номедикаментоз ва медикаментоз).  8. Олиб бориш, диспансер кузатиш ва мониторинг. | **Ўқув фаолияти натижалари:**  **Талаба билиши лозим**   1. Синусли тахикардия,нафас аритмияси, экстрасистолиялархосил бўлиш сабаблари ва механизми 2. Синусли тахикардия, нафас аритмияси, экстрасистолиялар клиник кечиши 3. Синусли тахикардия, нафас аритмияси, экстрасистолиялар ЭКГ узгаришлари. 4. Ритм бузилишларида таққосий ташхислаш. 5. Антиаритмик препаратлар уларнинг фармакодинамикаси. 6. КВП ёки ОП шароитида диспансер кузатиш и мониторинг қилиш. 7. Бирламчи, иккиламчи, учламчи профилактика тамойиллари. 8. **Талаба бажара олиши лозим.** 9. Синусли тахикардия, нафас аритмияси, экстрасистолияларда клиника ва ЭКГ натижаларига кура ташхислаш ва таққосий ташхислаш. 10. Ритм бузилишларида дори препаратларини тўғри танлаш. 11. Номедикаментоз маслахат шунингдек соглом турмуш тарзини таргиб қилиш. 12. ЭКГ олиш техникаси ва интерпретацияси. |
| **Ўқитиш усуллари** | Лекция, ситуацион масалалар, тестлар, демонстрация, видеокургазма, дискуссия, сухбат, мия хужуми уйинини ўргатишиш, Венн график органайзер-диаграммаси |
| **Ўқув фаолиятнинг ташкил қилишнинг шакли.** | Индивидуал иш, гурухда ишлаш, коллектив ишлаш . аудиторияда ва аудиториядан ташкари. |
| **Ўқитиш манбалари** | Ўқув кулланма, таркатма материал,графический органайзер- диаграмма Венна, ситуацион масалалар ва тестлар тўплами, ЭКГтўплами.  Телевизор, видео аппаратура, мультимедиа. |
| **Қайтаралоқа манба ва усуллари.** | Блиц-суров, тест, Ўқув топширикларини бажарганлиги презентацияси амбулатор карталарни тулдириш, амалий куникмаларни бажариш. ЭКГ олиш, ЭКГ интерпретацияси |

**1. Машғулот мохияти.**

**1.1.Назарий қисм**

Амалий Машғулот назарий қисмида аритмиялар: синусли тахикардия, нафас аритмияси, экстрасистолиларни эрта аниклаш, уларнинг клиникаси, классификацияси, таққосий ташхислаш ва ЭКГ натижаларини куриб чикиш.

# Юрак аритмияси–хар кандай юрак ритми, нормал сонда регуляр булмаган синусли ритм шунингдек электрик импулсларни юрак утказувчи тизимидаги бузилишлари.

Синусли тугун автоматизми бузилишига изохланган аритмия.

*Синусли тахикардия:* тўғри ритм сакланган холда тезлашиш ЮКС >90-160 марта./мин, нормал ритм сақланган холда шикояти, юрак уриб кетиши, огирлик хисси, юрак сохасида огрик. ЮКС 160 уд/мин.гача. 1 тон юрак чуккисида кучайган, маятниксимон ритм, ЭКГ да: 1- ЮКС кучайиши 160 уд/мин.гача, 2. R-R кискарган, 3. тўғри ритм сакланган, 4. ST тишча бошланиш қисмининг эгри пасайиши.

- бўлмачалар тахикардияси. Тахикардия манбаи бўлмачаларда жойлашган, синус тугундан ташкари. ЭКГ: узгарган синусли булмаган Р тишча, ритм тўғри ёки нотўғри, интервал PQ узайган, QRS комплекс узгармаган ёки абберант ўтказувчанлик сабабли кенгайган.

- АВ - тугунли ритм тезлашган ЭКГда: узгармаган ретроград АВ ўтказувчанлигида импульс бўлмачаларга утади ва инвертирланган Р тишча QRС комплексга кушилади ёки ундан кейин дархол юзага келади, агар АВ диссоциация булса синусли Р тишча сони QRS комплекси сонидан кам. QRS комплекс узгармаган ёки абберант ўтказувчанлик сабаб кенгайган.

- АВ тугунли тахикардия ЭКГ: ритм тўғри ЮКС – 180-250 мин. QRS комплекс узгармаган ёки абберант ўтказувчанлик сабаб кенгайган. Р тишча куринмайди QRS комплекс билан кушилиб кетади.

- ортодроп тахикардия ЭКГ: тўғри ритм, ЮКС 150-250 марта 1 мин. Р тишча QRS комплексидан кейин тушади ёки SТ сегментидан олдин.

*Синули брадикардия*: ЮКС < 90 уд/мин дан камайиши.

1. 1 минда ЮКС 59дан камайиши, 2. Тўғри синусли ритм. 3. PQ тишчани 0.71сгача узайиши. 4. ваготония белгилари: Р тишча текисланган, ST тишчанинг унча катта булмаган кутарилиши пастдан Т тишчанинг кутарилиши.

*Синусли аритмия* – синус тугунини норегуляр фаолияти натижаси хисобланиб, кузгалишни юзага келтирадиган нотекис импульслар пайдо бўлиши билан кечади. Ритм тезлашиш даврлари ритм камайиш даврлари билан алмашиниб туради. Синусли аритмия деб QRSкомплекслар орасидаги R-R лар масофаси хар хил булганда айтилади. Энг киска хамда энг узун R-R лар оралиги орасидаги фарк уртача R-R лар масофасидан 10% га ошади. Нафасли аритмия ва нафасга тегишли булмаган аритмия фаркланади. Нафас аритмиясида нафас олиш вактида ЮКС купаяди ва R-R лар оралиги аста-секин камаяди. Нафас чикариш вактида акси. Синусли нафас аритмияси купинча синусли брадикардия билан бирга келади. ЭКГда: Р тишча , РQ интервал ва QRSкомплекс хамда Т тишча одатда узгармайди, факат нафас олиш актида синхрон равишда R-R лар масофаси узаяди ва кискаради. Синусли нафас аритмияси одатда соглом одамларда айникса болалар ва ёшларда учрайди, беморлардан НЦД си бор булган ва жуда кам холларда ЮКТ касалликларида кузатилади. Нафасли булмаган синусли аритмия купинча ЮИК булган беморларда, уткир миокардит, инфаркт миокард, юрак усмаси, наперстянка дори препаратлари интоксикация ва б.к.кузатилади.

*Пароксизмал суправентрикуляя тахикардия*–юрак кискаришлари сонининг140-250 тагача тусатдан тезлашиб ва шундай тусатдан тугаши билан характерланадиган хуружлар хамда кейин регуляр ритм сакланиб колиши билан кечиши. Синоатриал, бўлмачалар ва атриовентрикуляр Қоринчалар усти тахикардияси фаркланади. ЭКГ белгилари: хар бир QRS комплексидан олдин пасайган, деформацияланган, икки фазали ёки манфий Р тишча нормал QRS пароксизмал тахикардия хуружидан олдинги картинага ўхшаб кетади баъзи холларда атриовентрикуляр ўтказувчанлик ёмонлашиб атриовентрикуляр блокада I ёки II даражаси юзага келади. Атриовентрикуляр тугун пароксизмал тахикардиясининг ЭКГ белгилари: 1. II, III ва аVF тармоқларда манфий Р тишча, QRS комплексидан кейин келиши ёки қўшилиб кетиши ва ЭКГ да қайд қилинмаслиги; 2. нормал (деформациясиз), пароксизмал тахикардия хуружи бошланмасдан олдинги QRS комплексга ўхшаш қоринчалар комплекси, (қоринчалар ўтказувчанлиги абберациясидан ташқари холатларда).

*Экстрасистолия* - бу юракнинг ёки бир бўлагининг вақтидан олдинги қўзғалиши бўлиб, эктопик ўчоқдаги патологик импульс таъсирида юзага келади. Бўлмачалар экстрасистолиясининг ЭКГ белгилари: Р тишчанинг ва ундан кейинги QRS комплекснинг вақтидан олдин пайдо бўлиши; Р тишчанинг деформацияси ёки қутбини ўзгариши; QRS комплексининг нормал келиши, синус тугунидан чиққан QRSТ комплексига ўхшаш бўлиши; экстрасистоладан кейин нотўлиқ компенсаторной пауза бўлиши.

Атриовентрикуляр тугундан чиққан экстрасистолия: вақтидан олдин ўзгармаган QRS қоринчалар комплекси келиши; QRS комплексидан кейин II,III ва аVF тармоқларда манфий Р тишча келиши Р тишча бўлмаслиги (Р ва QRS қўшилиб кетиши); нотўлиқ компенсатор пауза бўлиши.

*Қоринчалар экстрасистолияси*–қоринчаларнинг вақтидан олдин қўзғалиши ва қисқариши бўлиб, миокардни гетеротроф ўчоғидаги автоматизмга асосланади. Қоринчалар экстрасистолияси механизми асосида Пуркинье толалари ва Гисс тутами шохлари постдеполяризация в эктопик ўчоқлариre-entri механизми ётади.

Қоринчалар экстрасистолиясининг ЭКГ белгилари: Р тишчасиз вақтидан олдин QRS комплексини пайдо бўлиши; QRS комплексининг кенгайиши ва деформацияси; RS-Т ва Т тишча QRS комплексга нисбатан дискордантлиги; чап қоринча экстрасистолиясида QRS комплексининг асосий тиши I ва V5-V6 тармоқларда пастга қараган, III ва V1-V2 тармоқларда юқорига қараган бўлади.

Экстрасистолиялар якка ёки жуфт-жуфт бўлиши мумкин, иккита экстрасистолия баравар келиши, ёки гурухли ва тўда-тўда келиши мумкин. Ёнма-ён 5та ва ундан кўп келган экстрасистолия экстрасистолик тахикардия хуружи хисобланади. Аллоритмик экстрасистолия хам мавжуд бўлиб, тўғри кетма-кетликда экстрасистолия галланади. Битта нормал, битта экстрасистолия галланса, бигемения типда, иккита нормал, битта экстрасистола келса - тригемения; тўртта комплексли экстрасистола - квадригимения и т.д.

Экстрасистолиялар монотоп – битта эктопик ўчоқдан чиқувчи ёки политоп – бир нечта эктопик ўчоқдан чиқувчи бўлиши мумкин. Тез-тез учрайдиган политоп ва гурухли бўлмача экстрасистолалари хилпилловчи аритмияга ёки бўлмачалар тахикардиясига сабаб бўлиши мумкин. Лаун бўйича қоринчалар экстрасистолияси таснифи:

I. Монотоп экстрасистолия 1 соатда 30тадан кам.

II. Монотоп экстрасистолия 1 соатда 30тадан кўп.

III. Политоп экстрасистолия.

IV. А-жуфт-жуфт экстрасистолия.

IV. Б- гурухли экстрасистолия.

V. эрта R-устига Тли экстрасистолия.

Эрта Қоринчалар экстрасистоласида навбатдан ташкари R тишча навбатдаги Қоринчалар комплексидагт Т тишча устига тушади. (“R устига Т” куринишидаги экстрасистолалар) ёки 0,04 сек дан камрок туради. Политоп, гурухли ва эрта Қоринчаларэкстрасистоласи беморларда миокарда яккол органик узгаришлар билан кечиб аник холатларда Қоринчалар тахикардияси хамда Қоринчалар фибрилляциясини кучайтириши ва шунинг учун тусатдан улим сабаби бўлиши мумкин. Бу УАШ дан беморни зудлик билан албатта шифохонага жунатишни талаб килади. Чап қоринча экстрасистолияси ўнг қоринчаларга қараганда огиррок кечади.

**Лаборатор-инструментал текширувлар**

- ЭКГ-**текширувлар**

**Аритмияларни даволашда ишлатиладиган дори гурухлари:**

1. В- адреноблокаторлар

2. седатив препаратлар

**Экстрасистолияларни даволаш**

Антиаритмик препаратлар: хинидин (200 мг дан кунига 3-4м), лидокаин (100мг дан в/и.), новокаинамид (250-500мг ичишга кунига 4-марта), этмодин(100 мг дан кунига 4-6 марта) – Қоринчалар экстрасистоласида. Шунингдек пропраналол (10-40мг дан кунига 3-4 марта), верапамил (40-80 мг.дан кунига 3-4 марта)- Қоринчалар экстрасистолиясида.

**Диф. диагностика синусли тахикардия, брадикардия, экстрасистолияларда таққосий ташхислаш.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Аритмия турлари** | **механизм** | **Этиология** | **Клиник симптомлар** | **ЭКГ куриниши** |
| **Синусли аритмия** | Юрак ўтказувчанлиги тизими турли участкаларида электрик импульс ўтказувчанлиги бузилиши | Юрак касалликлари, под вегетатив, эндокрин, электролит, метаболик ва бошка бузилишлар. Интоксикация ва баъзи дорилар таъсирида. | Юрак уриб кетиши, юрак сохасида нохушлик, пульсига ёки секин ва чукур нафасда ёшрок кишиларда ЭКГ да ёркинрок намоён булади. | R-R ораликлар давомийлигининг узгариши, ЭКГ да синусли ритм асосида 0.15 с ошишининг сакланиши. |
| **Синусли тахикардия** | Синоатриал тугун асосий бошқаруви автоматизмининг ошиши. | Жисмоний ёки рухий зурикишда. СА тугунда ишемия ёки дистрофик узгаришлар, инфекцияларда , тана харорати кутарилганда, юрак етишмовчилиги бор беморларда | Юрак уриб кетиши, юрак сохасида огирлик хисси ва огрик. | Ритм тўғри, ЧСС 100 – 160 мин, интервал P-Q нормал ёки озрок кискарган, комплекс QRS комплекси узгармаган. |
| **Синусли брадикардия** | СА- тугун автоматизми камайиши. | инфекцияларда, инфаркт миокардида, мия ичи босими ошишида | ЧСС 59дан кам 1 мин да  Юрак сохасида ёкимсиз хислар. | ЧСС 59дан кам 1 мин да  Ритм тўғри, P-Q интервал узайган.0.71с ваготония белгилари: сглаженный P тишча текисланган ST озрок кутарилган . T тишча кутарилиши. |
| **Экстрасистолии** | Эктопик учок фаоллиги ошиши хисобига юракнинг бутунлай ёки алохида булимларининг вактидан олдин кискариши | Уткир миокард инфарктида, юрак сурункали ишемик касаллиги, АГ, ревматик порок, миокардит, тургун кон айланиш етишмовчилиги. | Юрак сохасида туртки кучининг ошиши. при исследовании пульс текширилганда вактидан олдинги пульс тулкини ёки навбатдаги пульс тулкинининг тушиб колиши. | Вактидан олдинги Р ёки QRS хамда тулик ёки нотулик компенсатор пауза билан бирга. |

**Назарий қисм «мия хужуми» усулида олиб борилади.**

Гоялар алмашинувининг стимуляция қилишмақсадида кулланилади. Повышает степень вовлеченности участников. Машғулот бошланишида энергетик таъсир курсатади. Аргументирлаш ва шахсий нуктаи назарини баён қилиш, юзага келган вазиятда оптимал карор кабул қилиш, муомала қилиш ва такризчини уз фикри тўғрилигига ишонтиришга ўргатишади. Хар бир талабага биттадан савол берилади.

1. Синусли тахикардиянинг пайдо бўлиш механизми.
2. Нафас аритмиясинингпайдо бўлиш механизми.
3. Экстрасистолияларпайдо бўлиш механизми.
4. Синусли тахикардия, нафас аритмияси, экстрасистолиялар клиник куриниши.
5. Суправентрикуляр экстрасистолияларнинг ЭКГ белгилари.
6. Қоринчаларэкстрасистолиясининг ЭКГ белгилари.
7. Суправентрикуляр экстрасистолияларда ишлатиладиган дори препаратлари.
8. Қоринчаларэкстрасистолияларда ишлатиладиган дори препаратлари.
9. Аритмияларнинг таққосий ташхиси.
10. ВОП тактикаси
11. Реабилитация

Талабалар саволларга жавоб бериб булганларидан сунг, Ўқитувчи унинг дарсга тайёргарлик даражасини бахолайди.

**1.2.Аналитик қисм**

**1.2.1. Муаммоли вазиятлар:**

1. 55 ёшли эркак киши, юрак сохасидаги сикувчи огрикдан шикоят килади, юрак музлаб колгандек хисси. Огриклар озгина жисмоний зурикишдан сунг бошланиб 10 дакика давом этади, нитроглицерин кабулидан сунг камаяди. Объектив: Бемор семиз. Упкасида: везикуляр нафас, хриплар эшитилади. Юрак чап чегараси урта умров чизигида, юрак тонлари бугик, аритмик, аортада II тон акценти, ЮКС ва пульс 78 та 1 мин. АД 140/90 мм рт.ст.

Кушимча текширув натижалари: УКТ ва УПТ патологик узгаришсиз. Протромбин индекси 96%, кондаги холестерин 7,6 ммоль/л. ЭКГ да: Электрик ось чапга силжиган. I, II ва aVL тармокларда , V5-6 да ST изолиниядан пастда хамда Т манфий. Тез-тез политоп Қоринчалар экстрасистолияси.

1. Юкоридаги белгилар характерли булган камида 5 та касалликни сананг;

2. Сизнинг тахминий ташхисингиз;

3. ВОП тактикаси;

4.Даво;

5. Қоринчалар ва суправентрикуляр экстрасистолияларда асосий ЭКГ белгилар.

1. С. 60 ёшли бемор, кардиореанимация булимига ёткизилди шикояти юрак сохасида кучли сикувчи огрикнинг чап кул ва кураклар орасига таркалиши, бош айланиши, хушдан кетиш, бош огриги, умумий холсизлик. Анамнезида: 20 йилдан буён АГ билан огрийди. Охирги 5 йилда юрак сохасидаги огриклар безовта килади, нитроглицериндан сунг камаяди, пульс секинлашиши, баъзан юрак уриб кетиши. Норегуляр даволанади. Объектив: умумий холати уртача огирликда. Хуши аник. Упкада везикуляр нафас, хриплар йук. Перкутор чап коринча гипертрофия белгилари. Аускультатив: юрак тонлари бугик, аритмик. АД 120/80 мм.рт.ст. Пульс 50 марта 1 минда. ЭКГда: Ритм синусли ЮКС 40-48 марта 1 мин. II, III aVF тармокларда ST изолиниядан юкори, баланд, Т тишча уткирлашган. Атриовентрикуляр бирикмадан чикадиган якка-якка экстрасистолалар бор.
2. Юракдан ташкари (а - физиологик, б -дорили, в- патологик)ва юрак синус тугуни дисфункцияси сабабли (синусли брадикардия, СССУ) юзага келадиган шикоят ва симптомларни сананг;

2. Сизнинг тулик тахминий ташхисингиз;

3. Информатив текшириш усуллари;

4. ВОП тактика;

5. Даво.

3. 48 ёшли бемор 8 йилдан буён АГ билан огрийди. Норегуляр даволанади. Охирги ярим йилда юрак уриб кетиш хуружлари кузатилиб, хуружлар 30 миндан 2 гача баъзан 5 соатгача давом этади, юрак сохасида огрикнинг туш оркаси ва чап кулга таркалиши, жисмоний харакатдан сунг хансираш ва хаво етишмаслик хисси. Объектив: юрак чегараси чапга силжиган, юрак тонлари бугик, аорта устида II тон акценти. АД 160/90 мм.рт.ст. Хуруж вактида ЭКГ: ЮКС -110 -180 марта 1 мин. Р тишча йук. R-R ораликлар хар хил V1дан V6 гача Т тишча баланд.

1.ЭКГ даги ушбу узгаришлар кайси касалликларда учрайди.

2. Сизнинг тахминий ташхисингиз;

3. ВОП Тактикаси

4. Текширув режаси

5.Даво.

4. 46 ёшли бемор 1,5 йилдан буён мунтазам равишда кунига 4-5 марта юрак уриб кетиш хуружларидан шикоят килади. Курувда: бемор озгин, кузгалувчан, эмоционал лабил, териси нам, кузларида ялтираш, йиглоки, таъсирчан. Упкада везикуляр нафас, хриплар йук. Юрак тонлари бугик, аритмик, юрак чуккисида систолик шовкин. АД 150/70 мм рт.ст. ЮКС-126 марта/мин. Корни юмшок, огриксиз. Жигар ковургалар ёйи чегарасида. УЗИда калконсимон безнинг диффуз катталашиши. ЭКГ да- хуруж вактида:ЮКС -140-200 марта 1 мин. Р тишча йук, R-R ораликлар хар хил. Вакти вакти билан ЮКС 120-130 марта 1 мин да , R-R ораликлар бир хил. Р тишча урнида узунлигига, шаклига, баландлигига кура бир хил катта катта тулкинлар куринади. V1дан V6 гача тармокларда Т тишча баланд.

1. Куйидаги ЭКГ узгаришлар кузатиладиган камида 4 та касалликни санаб утинг;

2.Сизнинг тахминий ташхисингиз;

3. ВОП тактикаси ;

4. Текширув режаси;

5.Даво.

5. 27 ёшли бемор бугимлардаги огрикдан, хансираш ва кичик зурикишда юрак уриб кетишидан, оёкларда шиш, диурез камайиши, тана хароратининг 38,20Сгача кутарилиши. 10 ёшлигидан ревматизм билан огрийди. Иккинчи фарзандига хомиладорлигида ахволи ёмонлашган. Об-но: умумий ахволи огир. Тери копламлари окарган, ёноклари кизарган, лаблари кукарган, акроцианоз. Упкада кучсиз жарангсиз везикуляр нафас, майда пуфакчали нам хриплар. Юрак чегаралари чапга ва унгга кенгайган. Аускультатив: чуккида карсилловчи I тон, периодик «бедана» ритми, упка артериясида II тон акценти. ЮКС 126 марта/мин. Пульс 102 удмарта/мин., аритмик, АД 90/70 мм рт.ст. ЭКГда Р тишча йук. Электрик ук унгга сурилган. R-R ораликлар хар хил.

1.Сизнинг тахминий ташхисингиз;

2. ВОП тактикаси;

3. Текширув режаси;

4.Даво.

5. Ушбу беморда юзага келиши мумкин булган асоратларни курсатинг.

1. А.исмли 36 ёшли бемор, тусатдан юрак уриб кетиши, умумий холсизлик, хаво етишмаслик хиссидан шикоят килади. Хуруж 2 соат давом этади. Узини 1 йилдан буён касал хисоблайди. Йил давомида 5 марта хуруж кузатилган. Хуружлар оралигида у амалий соглом. Умумий ахволининг ёмонлашиши навбатдаги сурункали тонзиллит кузгалишидан кейин бошланган.

Объектив: тери копламлари бирмунча цианотик, юрак тонлари бугикрок, ритмик, пульс тез ва кучсиз туликлигидан санаш кийин. ЭКГда Р тишча йук, QRS комплекс 0,14 сек кенгайган, RR ораликлар бир хил, 0,30 сек га тенг. УКТ: Нв-120 г/л, эр –3,5х1012/л, лейк.-10,6х109/л. СОЭ-35 мм/ соат. Пешоб тахлили узгаришсиз.

1. Ушбу беморда кандай ритм бузилиши аникланади.

2 Куйидаги ЭКГ узгаришлар кузатиладиган камида 4 та касалликни санаб утинг;

3.Сизнинг тахминий ташхисингиз;

4. ВОП тактикаси ;

5. Текширув режаси;

6.Даво.

7. Кабул булимига юрак сохасига туш оркасида куйдирувчи огриги булган беморни олиб келишди Огрик унинг чап кулига таркалишидан, хансираш, терлаш, юрак уриб кетишидан шикоят килади. ЭКГда – чукур Q тишча, I, aVL, V1-3 тармокларда ST сегментининг кутарилиши. Бемор кардиореанимация булимига ёткизилган. Курув вактида беморда кучли холсизлик, бош айланиши ва хушдан кетиш аникланди. ЭКГда регуляр, кенг, деформацияланган комплекслар 240 марта 1 мин тезликда, Қоринчалар комплекси элементларини аниклаб булмайди. (Q,R,S,T, сегмент ST).

1. Ушбу беморда кандай ритм бузилиши аникланади

2. Сизнинг тахминий ташхисингиз;

3. Шошилинч дорили даво препаратлар дозасини курсатган холда.

4. Шошилинч дорили даводан ташкари синусли ритмни кайта тиклаш учун яна кандай даво зарур.

1. 18 ёшли бемор даврий равишда юрак сохасида уювчи огриклардан, юрак уриб кетиш хуружлари вактида хаво етишмовчилик хисси, бош огриги, кулларнинг совкотиши. Хуруждан ташкари холатда узини соглом хис килади. Курувда умумий ахволи коникарли. Упкада везикуляр нафас, хрип йук. Юрак чегаралари узгармаган. Юрак тонлари жарангдор. Пульс 78 марта 1 мин., аритмик. АД 110/70 мм рт.ст. ЭКГ: ритм синусли,ЮКС -72-78 марта 1 мин. Синусли аритмия. PQ- интервал 0,11 с, QRS комплекс давомийлиги 0,13 с., QRS комплекс деформацияси. SТ сегменти ва Т тишча асосий тишчага нисбатан дискордант жойлашган. Якка якка суправентрикуляр экстрасистолалар. УКТ узгаришсиз.

1 Куйидаги ЭКГ узгаришлар кузатиладиган камида 4 та касалликни санаб утинг;

2.Сизнинг тахминий ташхисингиз;

3.Сизнинг ташхисингизни кайси синама тасдиклаши мумкин.

9. 22 ёшли беморда мунтазам равишда юрак уриб кетиши, хаво етишмаслиги, кул бармокларининг жимирлаши, бош огриши, юрак сохасида уювчи огриклар, вахима хисси. Хуруждан ташкари холатда узини соглом сезади. Анамнезидан: хеч кандай касалликлар билан огримаган. Курувда умумий ахволи коникарли. Юрак чегаралари узгармаган. Юрак тонлари жарангдор. Пульс 72 марта мин., аритмик, АД 110/70 мм рт.ст. ЭКГ да хуруж вактида: Ртишча йук, ЮКС -104-130марта в 1 мин. R-R ораликлар хар хил. ЭКГ хуруждан сунг: ритм синусли ЮКС 75 марта 1 мин. Интервал РQ 0,10 с, QRS комплекс давомийлиги 0,12 с, QRS комплекси деформацияси кушимча тулкин хисобига. SТ сегменти ва Т тишча асосий тишчага нисбатан дискордант жойлашган.

1.Ушбу беморда кайси ритм бузилиши кузатилади.

2.Хуружни камайтириш мақсадида кайси синама утказилади.

3. Шошилинч дорили даво препаратлар дозасини курсатган холда.

**1.2.2 Венн график органайзер-диаграммаси**

* 2-3 нуктаи назарни солиштириш ёки таккослаш учун кулланилади.
* Тизимли фикрлашни, таккослашни, анализ ва синтез утказишни шакллантиради. Венн график органайзер-диаграммас**и** коидалари билан таниши**ш.**
* Индивидуал ёки жуфтлашиб Венна диаграммасини хосил килади ва узаро кесишмайдиган доиралар ичини тулдирадилар
* Доиралар кесилиши жойида 2 ва 3 доиралар учун умумий булган томонларини ажрата оладилар.

**1.3. Амалий қисм**

***Аник мавзудаги Машғулот тугаганидан кейин талаба билиши лозим булган амалий куникма.***

Талаба соглом турмуш тарзини тарғиботқилиш куникмасини билиши, бемор билан муомаласи, суров ва курув, шунингдек олинган маълумотларнинг интерпретацияси, текширув, даволаш, тиббий хужжатларни тулдириш, маслахат, утказилган ишлар аудити хамда тиббий адабиётлар билан ишлаш куникмаси. Машғулот вактида беморни клиник тахлил қилиш, таққосий ташхислаш утказиш ва УАШ тактикаси аникланади. Беморни текширув вактида этика ва деонтология коидаларига риоя қилиш, аниклик, кетма кетлик, амалий куникмаларни бажаришда боскичма боскич амал қилиш.

1. Ритм бузилиши аникланган беморларни курувдан утказиш.
2. Ритм бузилиши аникланган беморларни ЭКГ Интерпретацияси.

**Юрак уриб кетиши.**

Синусли тахикардия, нафас аритмияси, экстрасиситолия, кон айланиш етишмовчилиги. анемия, тиреотоксикоз.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № этапа | интерпретация курсаткичлари | Бажарилмаган | Тулик бажарилган |
|  | пациента текшируви | 0 | 50 |
|  | УКТ |
|  | ЭКГ |
|  | Холтер мониторлаш |
|  | ЭхоКС доплерография билан |
|  | эндокринолог маслахати |
|  | Таққосий ташхис | 0 | 20 |
|  | Ташхис куйиш | 0 | 10 |
|  | УАШ тактикаси | 0 | 10 |
|  | Профилактика чора тадбирлари | 0 | 10 |
| ЖАМИ |  | 0 | 100 |

**2. Билим ва куникмаларни текшириш шакллари.**

- огзаки

- муаммоли масалаларни ечиш

- амалий куникмалар демонстрацияси

- СРС

**3. Текширувчи саволлар**

#### Синусли тахикардия, нафас аритмияси,экстрасистолияларда таққосий ташхислаш.

#### Синусли тахикардия клиникаси ва ЭКГ – диагностикаси.

#### нафас аритмиясиклиникаси ва ЭКГ – диагностикаси

1. супревентрикуляр экстрасистолиялар таққосий ташхиси.
2. Қоринчалар экстрасистолиялари таққосий ташхиси

#### Синусли тахикардия, нафас аритмияситаққосий даволаш.

#### экстрасистолияларда таққосий даволаш.

#### Синусли тахикардия, нафас аритмияси,экстрасистолияларда амбулатор даво.

**Амалий машгулот №7**

**Бош оғриғи. Гипертония касаллигини хавф гурухлари стратификацияси. УАШ тактикаси. Бирламчи звено шароитида гипертония касаллиги ва САГ профилактикаси.**

**Ўқитиш технологияси**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ўқув вақти: 6 соат** | |
| **Ўқув машғулотининг тузилиши** | Оилавий поликлиника.  Ўқув хона.  ЭКГ хонаси  УАШ хонаси.  Ўқув қўлланмалар, тарқатма материаллар, вазиятли масалалр ва тестлар тўплами  Компьютер, мультимедиа |
| **Ўқув машғулот мақсади:**   1. **УАШ ни гипертония касаллигихавф гурухлари стратификацияси, бирламчи звено шароитида гипертония касаллиги ва САГ профилактикаси, замонавий ташхислаш ва таққосий ташхислашга ўргатиш.** | |
| **Педагогик вазифалар:**  Артериал гипертониянинг хар хил вариантлар саволларини кўриб чиқиш  Гипертоник касалликгини ташхислаш саволларини кўриб чиқишни  **хавф гурухлари стратификациясини ўтказишни, гипертония касаллиги ва САГ профилактикасини кўриб чиқиш.**  Турли хавф гурухларида УАШ тактикасини аниқлаш  Гипертоник касаллигибилан оғриган беморларни кўриш | **Ўқув фаолияти натижаси:**  **Талаба билиши керак:**  1.Артериал гипертония пайдо бўлиш механизми.  2.Гипертензион синдром клиник белгилари.  3.Гипертония касаллигида хавф гурухини стратификация қилиш  4.Гипертония касаллиги бор беморларни шифохонага кўрсатма.  5.Гипертония касаллигини хавф гурухига кўра даволаш.  6.Гипертониякасаллигида амбулатор даво.  7.Гипертония касаллиги бор беморларни диспансеризацияси.  8.Гипертония касаллиги ва САГ профилактикаси.  9.Гипертония касаллиги ва турли САГ ли беморларни ишга лаёқатлигини аниқлаш.  **Талаба бажара олиши керак:**   1. Гипертония касаллиги ва САГ бор беморлар шикояти ва анамнезини тахлил қила олиши. 2. Хар хил вариантли артериал гипертензия шунингдек гипертония касаллигини ЭКГ ва клиник белгилари билан ташхислаш ва таққосий ташхислаш. 3. Артериал гипертензия билан кечувчи, шунингдек гипертония касаллигида медикаментоз давони тўғри танлаш. 4. Гипертония касаллиги ва САГда тўғри тактикани танлаш. |
| **Ўқитиш усуллари** | Дискуссия, суҳбат, вазиятли масалалар ва тестларни ечиш усуллари. |
| **Ўқув фаолиятини ташкиллаштириш шакллари** | Индивидуал ишлаш, кичик гуруҳларда, коллективлиишлаш. |
| **Ўқитиш манбалари** | Тарқатма ўқув материаллари, визуал материаллар, жадваллар, стендлар, ўқув қўлланмалар, ўқув материаллар, Беморлар ЭКГ си. |
| **Қайта алоқа усуллари ва манбалари** | Блиц-сўровлар, тестдан ўтказиш, ўқув топшириқларни бажарилган натижаларини презентацияси, амалаий кўникмаларни «профессионал даражада» бажарилиши. |

**1. Ўқиш мазмуни**

**1.1. Назарий қисм**

Кўплаб артериал гипертензияси бор беморлар тиббий ёрдам учун УАШ га мурожаат қилишади. Гипертоник касаллиги юрак-қон томир касалликлари ичида энг кўп тарқалган касаллиги бўлиб, ўлим кузатилиши юқоридир. Аҳолининг 60 ёшдан катталари ичида симптоматик склеротик артериал гипертензия ривожланиши кузатилади. АГ си бор беморларни даволашнинг оптимал тартибини танлаш жуда мураккаб. УАШ нинг сай ҳаракатлари нафақат АГ ни олиб бориш, балки дориларни тўғри танлаб, тиббий ёрдам кўрсатишдан ва уларнинг яшаш жойи ва уларнинг қайси гуруҳга кириш дислокациясини аниқлаш, ҚВП, ҚОП, ОП шароитида даволаш, ўз вақтида шифохонага юборишдан иборатдир. Кенг тарқалган ҳар хил патологияларни бартараф қилишда УАШ дан чуқур ва замонавий билимга эга бўлишлик беморни даволаш самарадорлигини оширишга ва ҳаёт тарзи сифатини оширишга қаратилган. Бу мавзу актуал бўлганлиги учун УАШ тайёрлашда ўқув дастурга киритилган.

Назарий қисмида қуйидаги саволлар кўриб чиқилади:

АГ нинг артериал босим кўрсаткичига нисбатан (БЖССТ, 1992) ва нишон аъзоларининг шикастланиш даражасига нисбатан қуйидагича таснифланади (БЖССТ, 1993).

АГ нинг кечишиш оғирлигига, симптомлар ва асоратлар ривожланиш тезлигига, шунингдек БЖССТ таснифидан ташқари яна яхши сифатли ва ёмон сифатли АГ шакли мавжуд. Ундан ташқари “бошсизлантирилган” гипертензия бўлиб, бу холатда систолик АБ 140 - мм.см.усдан паст, диастолик – 100 мм.см. ус ва юқори бўлиши кузатилади.

**Артериал гипертензияда артериал босим даражасига нисбатан таснифи**

**(ESH/ESC 2007).**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Тоифаси** | **САБ, мм см. ус.** | |
| Оптимал | <120 | <80 |
| Меъёрий | <130 | <85 |
| Юқорий меъёри | 130-139 | 85-89 |
| АГ 1- даража | 140-159 | 90-99 |
| АГ 2- даража | 160-179 | 100-109 |
| АГ 3-даража | >180 | >110 |
| ИСАГ | ≥140 | <90 |

**Гипертония касаллигининг босқичлари бўйича таснифи (ЖССТ 1993, 1996 йиллар.)**

ГК Iбосқич :нишон аъзоларда ўзгаришлар йўқ

ГК IIбосқич – бир ёки бир неча нишон аъзоларининг зарарланиши, функционал ўзгаришларсиз

ГК IIIбосқич- нишон аъзоларнинг зарарланиши, функционал ўзгаришлар

билан

**Артериал гипертензиянинг этиологик белгиларига нисбатан таснифи**

|  |  |
| --- | --- |
| А. Эссенциал ёки бирламчи гипертония (90-95%)  Б. Нейроциркулятор дистония  В. Иккиламчи гипертония (5-10%)  Сабаблари:  1. Буйрак касалликлари  Буйракнинг паренхиматоз касалликлари  Ўткиргломерулонефритлар  Сурункали нефритлар  Сурункали пиелонефритлар  Обструктивли нефропатиялар  Буйрак поликистози  Буйракнинг бириктирувчи тўқима касалликлари  Диабетик нефропатия  **Гидронефроз**  Буйракнинг туғма гипоплазия  Буйрак жароҳатлари  Реноваскуляр гипертония  Ренинсекретли ўсмалар  Реноприв гипертония  Тузларни бирламчи тутилиши (Лиддл синдроми, Гордон синдроми)  Турлича келиб чиқадан сурункали буйрак етишмовчилиги.  2. Эндокрин касалликлари  Акромегалия  Гипотиреоз  Гиперкальциемия  Гипертиреоз  Буйрак усти касалликлари:  А. пўстлоқ қисми шикастланиши:  (I) Кушинг синдроми  (II) Бирламчи альдостеронизм | (III) туғма буйрак усти гиперплазияси  Б. Мия моддасининг шикастланиши:  Феохромоцитома  Буйрак усти ташқарисида жойлашган хромаффин хужайрали ўсмалар  Ёмон сифатли ўсмалар  3. Аорта коарктацияси ва аортитлар  4. Хомиладорлик асоратлари  5. Неврологик касалликлар  Мия ичи босимининг ошиши  Мия ўсмаси  Энцефалитлар  Респиратор ацидоз  Уйқудаги апноэ  Оёқ – қўлларнинг тотал фалажи  Ўткир порфирия  Рух билан заҳарлиниш  Гейен-Барре синдроми  6. Дорилар ва экзогенли моддадалар:  Хомиладорликдан сақланиш гормонлари  Кортикостероидлар  Симпатомиметиклар  Кокаин  Тиаминли ёки моноаминооксидаза ингибиторлари сақлайдиган озиқ-овқатлар  Ностероидли яллиғланишга қарши дорилар  Циклоспорин  Эритропоэтин  7. Жарроҳлик асоратлари  ***Операциядан кейинги гипертония*** |

**Гипертония касаллиги**

ГК аста-секин бошланиб, кўп холларда тўсатдан бирламчи АБ ўлчанганда ёки диагностик кўрикда аниқланади. Бундай АГ шакли асосида бирламчи томирларни регуляция қилувси марказ, кейинчалик бу нейрогумарал ва буйрак механизмининг деструктив (невроз) ўзгариши кузатилади. Касаллик бошларида бу механизм функционал характерга эга бўлиб, АГ нинг кучайиб бориши натижасида уларга буйрак, юрак, марказий асаб тизими ва боўқа аъзоларнинг органик шикастланиши қўшилади.

Симптомлар, нишон аъзоларини шикастланишидан далолат беради:

- мия ва кўз: бош оғриғи, бош айланиши, кўришнинг бузилиши, транзитор ишимик атака, харакат ва сезувчанликнинг бузилиши;

- юрак: юрак уриб кетиши, кўкрак соҳасида оғриқ бўлиши, ҳансираш;

- буйраклар: чанқаш, полиурия, никтурия, гематурия;

- периферике артериялар: оёқ-қўлнинг музлаши, ўтиб кетувчи маймоқлиқ.

ГБ нинг II ва III босқичларида электрокардиограмма текширувида (ЭКГ), чап қоринча гипертрофияси (ЧҚ) кузатилади, яъни гипертензиянинг кардиал асоратларига хос ўзгаришлар характерланади. Касалликнинг II босқичида эхокрдиографик (ЭхоКГ) текширувда миокарднинг ЧҚ девори гипертрофияси натижасида, миокарднинг оғирлиги ошади. Рентгенологик текширувда ЧҚ гипертрофияси ва аорта атеросклероз белгилари кузатилади.

Гипертоник ангиоретинопатянинг 4 та босқичи ажратилади.

-бирламчи – артерия ва артериолаларни минимал сегментли ёки диффузли торайиши;

-иккиламчи – артерия ва артериолаларни ўта аниқ торайиши ва улар деворининг қалинлаши, қалинлашган артериолалар билан веналар босилиши (Салюс - Гун кесишув феномени); веналар қийшиқлиги ва кенгайиши;

-учламчи – артериолаларни нотекис торайиши ва яққол склерози, қизил рангли қон қуйилиш ўчоқлари ва бўшлиқлари; экссудатли тури “кўпчитилган пахта кўриниши”.

-тўртламчи – учламчи босқич белгилари, шунингдек икки томонлама кўрув нерви сўрғичлари шишиши; тўр парда шишиши ва унинг кўчиши; аниқ ўчоқли, сўрғич ва сариқ тана атрофида (юлдузли фигура); бир томонлама ёки икки томонлама кучайиб борувчи кўришнинг пасайиши ёки тўсатдан кўришнинг бузилиши.

Амалиётда ГБ нинг учта клиник вариантга ажратилган: кардиал, буйрак ва церебрал.

Кардиалвариант ИБС шаклли кучайиб борувчи кардиосклероз, зўриқиб борувчи коронал патологияли холат.

Буйракли вариантда эрта гиперфильтрация, даврий протеинурия, гематурия ва кейинчалик буйрак етишмовчилиги кузатилади.

Церебрал вариант типик церебрал кризлар билан, баъзан ишимик ва геморрагик инсультлар билан кечади.

Кўп холатлар бир вақтнинг ўзида юқоридаги белгилар биргаликда учраши мумкин.

Кардиал асоратлардан ГК бор беморларнинг 50%, бош мия қон томирлар бузилиши билан 30%, буйрак етишмовчилиги билан 5% ўлим билан тугайди.

ГК клиник кечишидаўзига хослиги – гипертоник кризлар пайдо бўлиши. САГ бор беморларда кам холларда учраб, фақат АБ юқорига кўтарилган фонида ривожланиши мумкин. ГК ги бор қари ёшдаги беморларда, криз холати учраши, АБ нинг ошиши даврида касалликнинг биринчи белгиларидан бири бўлиб ҳисобланади.

Гипертония касаллигининг 4 хавф гурухи мавжуд бўлиб, гурухларни аниқлашда АҚБ даражаси, беморда мавжуд ГК нинг хавф омиллари, нишон аъзоларнинг зарарланиши, уюшган клиник холатлар хисобга олинади.

**Қариялардаги артериал гипертензия кечиш хусусияти (склеротик АГ).**

- ёши 60 ёшдан >;

- АГ аорта ва унинг асосий шохлари томир эластлигининг пасайишида атеросклероз ривожланиши;

- систолик босимнинг изоляцияланган ёки нопропорционал ошиши;

- касаллик нисбатан енгил кечади, яҳши сифатли кешишга эга;

- систоликАД >160 ммсм.ус., диастолик<90 ммсм.ус.;

* Аорта устида II тон акценти, қўполметаллик, систолик шовқин, кураклар оралиғида яхши эшитилади.

**ДАВОЛАШ**

АГ нинг рационал фармакотерапия муаммоси бўлиб, яъни антигипертензив дори воситаларининг кўплигига қарамай бу касаллик долзарблигича қолмоқда. Замонавий дори воситалари АГ си бор беморлар учун фақатгина самарали гипотензив таъсир кўрсатмасдан, асоратлар олдини олишда ва аъзолар шикастланишидан асрайди. АГ касаллигида АБ ни пасайтиришга қаратилган асосий мақсадлардан бири, касалликнинг асоратларини олдини олишдир. АБ бошланғич кўрсаткичга нисбатан 20-25% га пасайтириш мумкин. АБ оптимал холати кўрсаткичи деб систолик 140 мм см.ус, диастолик - 90 мм см.ус дан паст ҳисобланади. АБ пасайиш чегараси гипертоник, энцефалопатия, кўз туби, буйрак перфузияси ва бошқа ҳаёт учун муҳим аъзолардаги ўзгаришлар симптомларини кучсизлантиради ёки бутунлай йўқотади.

**Даволашнинг умумий тамойиллари**

1. Беморлар билан ишончли муносабат ўрнатиш.
2. Даводан мақсад – бемор умрини узайтириш ва ҳаёт тарзини ўзгартириш.
3. Давонинг вазифалари- АБ 140/90 мм см.ус. гача пасайтириш ёки ёшга нисбатан (120-130/80 мм см.ус.- ёшларда, <140/90 мм см.ус. –карияларда).
4. Юрак қон томир касалликларини келтириб чиқарадиган ҳавф омилларини инобатга олиш.
5. Беморга номедикаментоз даво усуллари ва авзалликлари тўғрисида тушунтириб бериш.
6. Артериал гипертониянинг енгил ва ўртача кечишида, ҳали нишон аъзоларини шикастлани кузатилмаганда, даволаш чора-тадбирлари амбулатор шароитда АБ ни мониторинг қилинади.

**Номедикаментоз даво.**

Агарда беморларда диастолик АБ 90-100 ммсм. ус. Бўлса ва нишон аъзолари шикастланиши кузатилмаса, номедикаментоз давони самарадорлиги 3 ойдан кам бўлган вақт ичида баҳолаш мумкин эмас. Давони АБ ни кўтарадиган айрим дори воситаларини тўҳтатишдан бошланади (ностероид яллиғланишга қарши воситалар, кортикостероидлар, комбинирланган орал контрацептивлар, эстрогенлар). Номедикаментоз даво тана вазнини меъёрлаштириш, жисмоний спорт билан шуғилланиш, чекишни ташлаш, аутотренинг, туз миқдорини ва алкоголни чегаралашни ўз ичига олади. Семизлик АБ ни ошишига олиб келиши аниқ. Инсон 1 кг озганда систолик АБ2,5 ммсм. ус. Ўртача пасаяди, диастолик- эса1,5 ммсм. ус камаяди. Тана вазни индекси қуйидагича ҳисобланади:

H/W2, H- тана вазни (кг), W- бўйи (м). Агарда бу кўрсаткич 20-25 кг/м2 дан юқори бўлса, беморга озиш тавсия этилади.

**Жисмоний активлик**

АБ пасайтириш учун регуляр жисмоний машқлар бажариш лозим. Машқларни зўрайтиришни аста-секин олиб бориш керак. Қисқа вақтли изотоник зўриқишларга кўрсатмалар бор, масалан пиёда юриш. Изометрик зўриқишлар қарши кўрсатма хисобланади, чунки уларни бажаришда АБ кўтарилиши кузатилади.

**Аутотренинг**

Бемор асабийлашишдан сақланиши керак. Агарда буни қила олмаса, аутотренинг тавсия этилади.

**Пархезли терапия**

Овқатланишнинг асосий даволаш тамойилларига қуйидагилар киради:

1. Организмни энергия сарфланишига нисбатан рациондаги энергетик қувватни жиддий эътиборга олиш керак, чунки семизлиги бор беморларда – суткалик калория камайтирилади; пархезни антиатеросклеротик йўналиши ва уни эйкозопентаенли кислотага тўйинганлиги, тромбоцитлар агрегациясини камайтиради;
2. Суткалик эркин суюқлик миқдорини 1-1,5 листеъмол қилиниш миқдорини камайтириш;
3. Марказий асаб тизими ва юрак қон томир тизимини қўзғатувчи озиқ-овқатлар (гўштли ва балиқли шўрвалар, аччиқ чой, кофе), қорин дам бўлишига ва ичак қулдирашига олиб келадиган озиқ-овқатлардан (дуккаклилар, нўҳат, газли ичимликлар ва б.) истеъмол қилмаслик керак;
4. Пархез таомлар липотроп моддага бой ва ҳужайрали қобиққа эга озиқ-овқатлар, шунингдек денгиз маҳсулотларидан истеъмол қилиш тавсия этилади (денгиз балиқлари, қисқичбақа, омарлар, креветкалар, денгиз карами);
5. Ош тузини истеъмол қилиш чегараланади. Нимтатир озиқ-овқатлар истеъмол қилиш тавсия этилади. Суткалик рационда ош тузи истеъмоли 6 гр дан ошмаслик керак. Натижасида гипохлоремия ҳолати юзага келмаслик учун суткалик ош тузига 2 гр дан кам бўлмаслиги керак. Ош тузи ўрнига овқатларни тузлаш учун санасол -1,5-3,0 гр/сут қўллаш мумкин, ўз тами билан ош тузига яқин, натрий хлор сақламайди.
6. Алколгол истеъмол қилишни чегаралаш. Алкогол вазопрессор таъсир кўрсатади. Кундалик тоза спиртга нисбатан 20 мл дан кўп истеъмол қилиниши АБ ошишига олиб келиб, АГ ни даволашга қийинчилик туғдиради. Шунинг учун алкоголни суткалик истеъмоли тоза спиртга нисбатан 10-20 мл/сут ошмаслиги керак. Бунда АБ ни 5-10 ммсм. ус. Пасайишига олиб келади.
7. Сут ва қатиқ маҳсулотлари ва ўсимлик пархезлари, магний тузларига бой бўлиб, АБ пасайишига олиб келади.
8. Озиқ-овқатларнинг кальцийга тўйинганлиги фойдали бўлиб, иложи борижа ёғ ва кофеинлардан сақланиш керак. Қизил мия илдизи сақлайдиган озиқ-овқатлар истеъмол қилиниш тақиқланади.

**Медикаментоз даво.**

Замонавий тиббиётда ҳар хил таъсир механизмга эга бўлган гипотензив дори воситалари кенг қўлланилади. (Жадв. 5-16).

*Медикаментоз давога кўрсатмалар:*

- бирламчи топилган турғун АГ да диаcтолик АД>95 ммсм.ус.;

- нишон аъзолари шикастланганда;

- номедикаментоз давонинг смарасизлигида.

Гипотензив дориларни танлашда, уларнинг ножўя эффектларини ривожланишига олиб келадиган ҳавфни ва ортостатик гипотонияга ва АБ жудаям пасайиб кетишига олиб келмасликни инобатга олиш керак.Даво самардорлгини пасайтирадиган ҳавфларни йўқотиш керак.

**Гипотензив дори воситаларни қўллашдаги замонавий тактика.**

* АГ ни даволашдан мақсадни қуйидагича изоҳлаш мумкин: АБ юқори кўтарилганда касалликни ва ўлимни олдини олиш (дорили профилактика)
* Касалликни зўрайиб кетишини олидни олиш, асосан юрак гипертоник касаллиги (миокардгипертрофиясининг регрессияси);
* АБ ни бемор учун оптимал бўлган ҳолатда ушлаб туриш;
* Бемор ҳаёт тарзи сифатини яхшилаш.

**Шифохонада даволанишга кўрсатмалар**

1. Гипертоник кризларнинг ўртача оғирлик ва оғир кечишида;
2. Актив даволаниш даврида гипертоник кризнининг енгил кечиши кўп учрайди, криз сабабини аниқланмаса ва медикаментоз давони тўғри танланмаса;
3. Амбулатор шароитда комплексли даволанишга қарамай АБ пасайиши кузатилмаса;
4. Беморнинг ишга лаёқатлигини баҳолаш ва симптоматик гипертензияни инкор қилишда.

**Умумий кўрсатмалар**

Давони минимал самарадор дозалардан бошлаш.

Гипотензив таъсирни кучайтириш учун дорилар комбинациясини қўллаш.

гипотензиввоситани бошқасига ўзгартириш самара паст бўлганида ва ножўя таъсирлар кузатилганда амалга оширилади.

Давомий таъсирли препаратларниқўллаш

индивидуал танланган препаратлар билан доимий даволаш.

**Давони бошлаш**

Босқичма-босқич тамойилларига асосланиб олиб бориш.

Биринчи босқич: тиазидли диуретиклар ёки кардиоселектив а- адреноблокатор.

Иккинчи босқич: диуретиклар+ -а адреноблокатор.

Учинчи босқич: диуретиклар+ а- адреноблакатор+ АПФ ингибиторлари.

Баъзан бошқа гурух дори воситаларидан бошланади.

**Давонинг самарасизлик сабаблари**

1. Кичик дозада гипотензив воситаларини қабул қилиш, АБ оширадиган дорилар (антидепрессантлар, кортикостероидлар, НЯҚВ, симпатомиметиклар, тумовга қарши воситалар, алкалоидли споринлари, комбинирли орал контрацептивлар, психотроп моддалар).

2. Шифокор тавсиясини бажармаслик.

3. Буйрак артерияси стенози

4. Чекиш, қизил мия илдизи, кофеин истеъмол қилиши.

5. Семизлик.

6. Алкогол истеъмол қилиш.

7. Ош тузини меъёрдан кўп истеъмол қилиш.

8. Симптоматик артериал гипертония (кўп ҳолларда – буйрак касалликлари).

9. Ҳажмий зўриқиш (масалан, диуретиклар дозасининг етишмовчилиги ).

10. Аамфетаминлар, кокаин ва бошқа наркотиклар, анаболик стероидлар қабул қилиш.

Агарда даво самарасизлиги аниқланмаса, беморни мутаҳассис маслаҳатига юборилади. Кўрик вақтидаги артериал гипертонияни инкор қилиш учун, АБ ни шифохонадан олдин, амбулатор мониторинг ўтказиш йўли билан аниқлаш керак.

**Карияларда артериал гипертензияни даволашнинг умумий тамойиллари**

Умумий кўрсатмалар

* Изоляцияланган систолик артериал гипертензияни ҳам даволаш керак.
* Кўп ҳолатларда номедикаментоз даво самаралидир.
* Қарияларда ош тузини истеъмол қилишни чегаралаш ёшларга нисбатан, қарияларда юқори самарага эга.
* Медикаментоз дорилар ярим дозадан бериш билан бошланади.
* 70 ёшдан катта қарияларда, агарда жиддий ёндош касалликлар кузатилмаса, худди ёшларни даволаш усули бўйича даволанади.
* 80 ёшдан катта қарияларда асоратсиз АГда гипотензив даво мақсадга мувофиқ эмас (ҳаётнинг давомийлигига таъсир этмайди).
* АБ аста-секин пасайтириш керак.
* Қарияларда гипотензив дорилар кўплаб ножўя таъсирлар кузатилади.
* Шуни унутмаслик керакки, қариялар АБ га таъсир кўрсатадиган дориларни кўп қўллашади: НЯҚВ, антипаркинсоник воситалар, фенотиазин ҳосилалари.

Қарияларда артериал гипертензияни даволаш тамойиллари

М.С. Кушаковский (1995) маълумотларига кўра, қариялардаги АГ ни даволашда биринчи ўринда дигидропиридинли синфдан кальций антагонистлари (нифедипин 40мг/сут ва унинг аналоглари) қўлланилади. Улар юмшоқ диуретик таъсирга эга бўлиб, АГ нинг пастренинли шаклида ҳам, буйрак ва мия қон айланишида, артериялар деворлари эластлигига фаол таъсир кўрсатади. Кальций антагонистлар II авлоди ўта самарали ва узоқ таъсир этувчи хусусиятга эга *исрадипин* - 2,5-10мг/сут.

Иложи борича тиазидли диуретиклардан кичик дозада буюриш, яъни *гидрохлортиазид* – 12,5-25мг/сут. Гипокалиемия ҳолатида калий препаратлари эмас, калий сақловчи диуретиклар ёки комбинирланган дорилар, тиазидли ва калий сақловчи диуретиклар буюрилади. Қарияларда диуретиклар сийдик қопини дисфункциясини оғирлаштиради (масалан, сийдик туту олмаслик). Стенокардия ҳолатида диуретикларга қарши кўрсатма бўлганда, а-адреноблокаторларни кичик дозада буюрилади. Изоляцияланган систолик артериал гипертензияда АПФ ингибиторлари ва кальций антогонистлари самаралидир (асосан юрак етишмовчилигида). α1-адреноблокаторларни ўта эҳтиёткорона қўллаш талаб қилинади, чунки бу дори воситалари ортостатик гипотензия бош мия ишимиясига олиб келади.

**Ишга лаёқатлилик экспертизаси**

ГК да вақтинчалик ишга лаёқатсизлик муддатини аниқлаш:

* Iбосқич, криз I типи – 3-5 сут.
* IIА босқич, криз I типи – 7-10 сут.
* IIА босқич, криз II типи – 18-24 сут.
* IIБ босқич, криз I типи – 10-20 сут.
* IIБ босқич, кризII типи – 20-30 сут.
* IIIбосқич, криз II типи – 25-30 сут.
* IIIбосқич, (қайталаниш) – тиббий-ижтимоий экспертизаси (ТИЭ).

ТИЭ АГ си бор беморларда тез-тез криз холатлари, нишон аъзолари шикастланганда ва уларнинг функционал етишмовчилигида юборилади.

**Диспансеризация**

Диспансер назорат гурухи – **“Д3”.** Терапевт назоратидан ўтиб туради: йилига 2-4 марта касаллик кечиши даражасига қараб ҳаёт давомида назорат қилинади.

Бошқа мутаҳассислар текшируви: кардиолог, офтальмолог, невропатолог – кузатув йилига 1 мартадан кам эмас, эндокринолог, уролог – кўрсатмага асосланиб.

Қуйидаги текширувлар ўтказилиши шарт:

1. йилига 2-4 марта: умумклиник пешоб ва қон тахлиллари, Зимницкий синамаси.

2. йилига 1 мартадан кам эмас: қоннинг биохимик тахлили (липидлар, электролитлар, креатинин, мочевина, глюкоза), ЭКГ, ЭхоКГ, невропатолог ва офтальмолог маслаҳати.

Асосий чора тадбирлар:

* Соғлом турмуш тарзи кўникмаларига ўргатиш.
* Ҳавф омилларини коррекциялаш.
* Пархез.
* Психотерапия.
* Физиотерапия ва ЛФК.
* Меҳнат қилиш тавсиялари.
* АГ си бор беморларни медикаментозли профилактика ва алгоритмга хос даволаш. Касалликни турғун даволаниш даврида санатор-курорт давони кардиологик санаторияларда ўтказиш (ҳуружсиз даврда).

**Гипертония касаллигининг профилактикаси**

**Бирламчи профилактика.**

Бирламчи профилактика ўз ичига, ҳавф омилларини бартараф қилиш, АБ ошишига йўл қўймаслик, касалликни камайишига ва ГК тарқалишига қаратилган чора тадбирлар.

-**Ортиқча тана вазнли бемор (ТВИ> 25,0 кг/м) тана вазнни камайтириш шарт. ТВИ қуйидаги формула билан аниқланади: тана вазни** (кг)/бўйи (м). Тана вазнини қуйидаги ТВИ етгунгача камайтириш керак. ТВИ = 20-25кг/м.

-**Ош тузини кунига 5-6 граммгачакамайтириш лозим**. Ош тузининг 5-6 грамми, тахминан чой қошик ҳажмида бўлади. Шунинг учун овқат тайёрлаётганда ва тайёр бўлганда ош тузидан фойдаланмаслик тавсия этилади.

**-Регуляр жисмоний машқлар билан жисмоний фаолликни ошириш шарт.** Масалан: тоза ҳавода 30-45 дақиқа ҳафтасига 3-4 марта пиёда юриш.

Машқларни бажарганда зўриқишлар меъёр даражасида бўлиши керак ва бемордан унчалик катта зўриқиш талаб қилмаслиги керак. Юқорига кўтарилиб чиқувчи машқлар бажаришдан сақланиш керак.

**-Алкогол истеъмол қилувчи беморларга,** кунлик алкогол миқдорини этанол спиртига нисбатан 20-30 граммгача эркакларга, аёлларга эса 10-20 граммгача чегаралаш лозим. Бу суткалик 60-90 мл ароқ ёки эркаклар учун 240-360 мл вино ва аёллар учун 360 мл ароқ ёки 120-240 мл вино. Агарда бутунлай алкоголдан воз кечилса энг самарали ҳолат юзага келади**.**

**- Мева ва сабзавотларни истеъмол қилишни кўпайтириш лозим,** тўйинган ёғ кислотали озиқ-овқатларни иложи борича камайтириш лозим.

Кўпроқ жисмоний маданиятга асосий эътибор беришни талаб қилади. Бу ҳолат ўз навбатида бемордаги гипертоник касаллидаги асаб-қон томир аппаратини ҳимоялайди, яъни асаб тизимига боғлиқ бўлган ҳолатларни – бош оғриғи, бош айланиши, бошдаги шовқин ва оғирлик, уқусизлик, умумий ҳолсизлик кузатилади.

Машқлар оддий, ритмик ва шошмасдан бажарилиши керак. Шунинг учун эрталабки гигеник машқларларни регуляр бажарилиши ва доимий пиёда сайир қилиши талаб қилинади, асосан 1 соатдан кўпроқ кечки уйқудан олдин.

**“Соғлом юрак” нинг замонавий европа кўрсаткичлари**

**0 3 5 140 5 3 0**

0 - чекмайди

3 – 3 дақиқа пиёда юриш., ёки 3 км/кунига, ёки 30 дақиқа енгил жисмоний машқлар

5 – кунига 5 порция мева ва сабзавотистеъмол қилиш (камида 400 гр/кунига)

140 – САБ 140мм.см.ус. паст кўрсаткич

5 – қондаги УХ 5 ммоль/лдан паст бўлиши

3 – ХСЛППЗ 3 ммоль/лдан паст бўлиши

0 – ортиқча вазнни бўлмаслиги.

**Иккиламчи профилактика.**

Профилактиканинг бу тури, касалликни эрта даврида яъни, касалликни даволаш ва асосий симптомлари кузатилмасдан, касаллик асоратлари юзага келмасдан олдини олишга қаратилган чора тадбирлар. Бундай чора тадбирларни амалга ошириш учун АБ кўтарилиб турадиган беморларни аҳоли ичида СКРИНИНГ ўтказиш йўли орқали аниқланади.

XXI асрда АГ касаллигини пайдо бўлмаслиги учун, муаммоларни олдини олишга кенг эътибор берилди., яъни юрак қон-томир касалликлар асоратларини олидини олишда **бирламчи профилактика** чора тадбирлари ўтказиш – ҳавф омилларини йўқотиш ва камайтириш ( гиподинамияни йўқотиш, соғлом турмуш тарзи, салбий одатларларни йўқотиш, АГ касаллиги наслида бор беморларни динамик кузатиш). Аниқланишича, бирламчи профилактика бемор умрини10-20 йилга узайтириб, инсульт ва миокард инфаркти учрашини 8 мартагача камайтиради. Профилактика замоннинг бошқа касалликларини пайдо бўлишини олдини олиб ва умрни узайишини таъминлайди.

АГ касаллиги профилактикасини олиб боришда **иккиламчи профилактика** ҳам асосий рол ўйнайди – АГ нинг ҳуружларини, фатал ва нофатал асоратларини олдини олишга қаратилган бўлиб, поликлиника шароитида АГ касаллигини даволаш асосий мақсади бўлиб ҳисобланади.

Профилактик чора тадбирларни санитар –оқартув ишлар дориасида олиб борилганда, ўқув дастурлардан фойдаланилади ( артериал гипертензия мактаби). Бу эса АГ бор аҳолини ўз соғлиғига, соғлом турмуш тарзи маслаҳатларига, профилактика ва даволаш чора тадбирларига риоя қилишни талаб қилади.

**1.2. Тахлилий қисм**

**1.2.1. Вазиятли масалалар:**

1. Бемиор Н., 50 ёш, шикояти бошнинг тепа-энса соҳасидаги оғриққа, юрганда ҳансирашга, тинч ҳолатда нафас сиқилишига, юрак уриб кетишига, 10 йилдан бери АБ нинг ошиб туришига. Текширув вақтида нафас сиқилиши, кўпиксимон балғамли йўтал, кўкрак қисмининг сиқилиши ва АБ 245/135 мм см.ус кўтарилгани кузатилди. Умумий аҳволи ўғир, тери ранги рангпар ва нам. Ўпкада нафас кучсиз ва икки томонлама кўп нам ҳириллашлар бор. Юрак чегаралари 2 см чапга силжиган, аорта устида II тон акценти, юрак чўққисида систолик шовқин эшитилади. Юрак тонлари ритмик, бўғиқлашган, тахикардия 140 марта дақиқасига. Жигар қовурға ёйидан 1-2 см чиқиб турибди. Шишлар йўқ. ЭКГ ритм синусли, чап қоринча гипертрофияси белгилари кузатилади.

Клиник ташхис қўйинг. Текширув режаси ва даволашни белгиланг.

|  |  |
| --- | --- |
| Саволлар | **Жавоблар** |
| Қандай касалликлар тўғрисида ўйлаш мумкин? | ГБ IIдр. бош мия ва юрак шикастланиши билан. Асораити: Гипертоник криз. Ўпка шиши. |
| Қўшимча текширув усуллари. | УҚТ, УСТ, холестерин, липидлар, мочевина, криатинин, қондаги қанд миқдори, коагулограмма, ЭхоКГ, кўкрак қафаси рентгеноскопияси. |
| УАШ тактикаси ва даволаш. | АПФ ингибитори, В адреноблокаторлар, аспирин, нитратлар в/и, диуретиклар, ганглиоблокаторлар, наркотик анальгетиклар. |

2. Бемор Б. 40 ёш, қорин соҳасида кучли оғриққа шикоят қилади. Оғриқ қорин остида, сиқувчан характерга эга, ҳансираш, умумий холсизлик кузатилади. Но-шпа билан оҳриқ қолмади.

Анамнезидан: 4 йилдан бери ЮИК билан касалланган. Ўтказган касалликлари –ОЯК, сурункали холицестит.

Объектив текширилганда: Умумий аҳволи ўртача оғирликда, тери ранги рангпар, муздек, ёпишқоқ намли. Ўпкада везикуляр нафас, юрак тонлари бўғиқлашган, ритмик. Пульс 56 зарба дақиқасига, кичик тўлишида. АБ 90\60 мм.см.ус. Қорин юмшоқ, эпмгастрия соҳасида оғриқ кузатилади.

ЭКГ: ритм синусли, ЧСС -56. Тўлиқ АВ блокада. Rтишчасининг йўқлиги ваQSтишчалар III,IIваaVFтармоқларда аниқланади.

1. Таҳминий ташҳис қўйинг

2. УАШ тактикаси

ЖАВОБ: Чап қоринча орқа деворининг ЎМИ, Q тишчаси билан, шошилинч ёрдам кўрсатиш ва шифоҳонага юбориш.

3. Бемор 27 ёш, юрак соҳасидаги санчувчан оғриққа, юрак соҳасидаги ноҳушлик, юрак уриб кетиши, иш қобилиятининг пасайиши, кайфиятнинг ўзгаришига шикоят қилади. Юрак ҳажми ўзгаришсиз. Аускультатив:юрак чўққисида майин систолик шовқин эшитилади. Рs 100 зарба дақиқасига, аритмик. ЭКГ да: кам ҳолларда қоринча усти экстрасистоласи кузатилади..

**1.**Янаям яқинроқ ташҳислар:

А. НЦД

Б. Ностабил стенокардия

В. Миокардит

Г. ЎМИ

ЖАВОБ: А.

**2.**Ушбу ҳолатда қандай дори воситалари маъқул

А. Хинидин 250-750 мг 2 маҳал кунига

Б. Пропранолол 40 мг кунига

В. Дипирамид 100 мг кунига

Г. Умумий амалиётда кузатув

ЖАВОБ: Б

4. Бемор 62 ёш, нафақада, стенокардия ва гипертоник касаллик билан касалланиб келади. Шикояти: бош оғриғи, ҳансираш, юрак уриб кетиши, кичик жисмоний зўриқишдан кейин кўкрак соҳасида сиқувчи оғриқ кузатилиши. Анамнезидан: аҳволининг ёмонлашишини стресс билан боғлайди.Объектив текширилганда: териси нам. Ўпканинг пастки чегараларида кучсиз нам ҳириллашлар эшитилади. Юрак тонлари бўғиқ, юрак чўққисида систолик шовқин эшитилади. ЧСС ва пульс -100 зарба дақиқасига. АБ-160/90 мм.см.ус. ЭКГ: ритм синусли ЧСС-100 зарба дақиқасига. PQ - 0,20 сония. I, aVL, V5-6 QRS тармоқларда R тишчаси ҳисобига, S тишча ҳисобига III aVF V1-3 кенгайган ва деформацияланган. QRS комплексининг давомийлиги0,16 сония. ST сгменти асосий тишчага нисбатан дискордант жойлашган.

1. Юқорида келтирилган белгилар учрайдиган 5 та касалликни айтинг;

2. Сизнинг тахминий ташхисингиз;

3. Ташхисни тасдиқлаш учун қўшимча текширув режаси;

4. УАШ тактикаси ва даволаш.

5. 70 ёшли аёл оҳирги 2 ой ичида ҳушидан кетиш ҳуружига шикоят қилади. Қизининг гапига қараганда, ҳуруж 3-4 дақиқа давом этиб, беихтиёрий сийдик ажралиши кузатилади. Анамнездан- оҳирги 2 йилдан бери АБ 180/90 мм.см.ус. ошиб туриши кузатилди. Объектив текширилганда: бемор тўлачадан келган, қовоқ терисида ксантелазмалар, яноқ томирларининг эгрилиги кўринган. Юрак тонлари бўғиқлашган, ритмик, юрак чўққисида систолик шовқин эшитилади. ЧСС ва пульс 42 зарба дақиқасига. АБ 170/80 мм.см.ус..ЭКГ: Тўлиқ АВ диссоциацияси. Р-Р оралиқ -5 ва R-R оралиқ-15 катта катак. Р тишча ва QRSкомплекс орасидаги боғлиқлик сақланмаган. I, aVL, V5-6 QRS тармоқларда S тишчаси ҳисобига, R тишча ҳисобига III aVF V1-3 кенгайган ва деформацияланган. QRS комплексининг давомийлиги0,12 сония. ST сгменти асосий тишчага нисбатан дискордант жойлашган.

1. Юқорида келтирилган ЭКГ даги ўзгаришлар, қандай касалликларда кузатилади;

2. Сизнинг тўлиқ тахминий ташхисингиз;

3. Ушбу беморда артериал гипертензиянинг қайси тури ва самарали гипотензив дори воситаларини буюринг;

4. УАШ тактикаси ва даволаш;

6. Бемор Т. 68 ёшда, кўп йиллардан бери ЮИК ва ГК билан касалланган. 5 йил олдин МИ ўтказган. Оҳирги 2 йил ичида шифокор маслаҳатига асосланиб, аспирин, дигоксин ва диуретиклар ичиб юради, чунки беморда ҳансираш ва оёқларда шишлар кузатилган. АБ нинг ошганда адельфан ичиб юрган. Оҳирги 3 ҳафта ичида эрининг тавсияси билан мустақил кунига 2 маҳал 1 таблеткадан атенолол 50 мг ичиб юрган.текшурув вақтида бош айланишига ва кунига 1-2 марта2-3 дақиқа ҳушидан кетишга, ҳолсизлик, ҳансирашнинг кучайишига шикоят қилади. Объектив текширилганда АБ 130/60 мм.см.ус. ЧСС ва пульс 40 зарба дақиқасига. Ҳамма тармоқларда PQ тишлари - 0,22 сония, регуляр QRS комплексининг 1:2 нисбатда тушиб қолиши кузатилади. I, aVL, V5-6 QRS тармоқларда S тишчаси ҳисобига, R тишча ҳисобига III aVF V1-3, QRS комплекси rSR кўринишида кенгайган. QRS комплексининг давомийлиги0,16 сония.

1. Юқорида келтирилган ЭКГ даги ўзгаришлар, қандай касалликларда кузатилади;

2. Пульснинг камайишига нима олиб келди.

3. Сизнинг тўлиқ тахминий ташхисингиз;

3. УАШ тактикаси ва режали даволаш;

7. Бемор Г., 55 ёш, поликлиникага санитар-курорт ҳаритани тўлдириш учун мурожаат этди. Анамнезидан: 4 йилдан бери АБ кўтарилиб турган. Отаси миокард инфарктидан вафот этган, акасида ҳам АБ ошиб туради. Амбулатор шароитида даволаниб юрган. АБ ошганда адельфан ичиб турган. Объектив текширилганда: бемор тулачадан келган.Ўпкада везикуляр нафас. Юрак чегаралари: ўнг чегара ўнг тўш олдида, юқори чегараси III қ/о, чап чегараси -3 см ўрта ўмров чизиғидан ташқарида. Аускультатив: юрак тонлари бўғиқлашган, ритмик, аорта устида I Iтон акценти эшитилади. Пульс 84 зарба/дақиқасига, ритмик. АБ 170/100 мм.см.ус. Жигар катталашмаган.

1. АБ ошиши билан кечадиган касалликлар гуруҳини санаб ўтинг;

2. Сизнинг тахминий ташхисингиз;

3. Текширув режаси;

4. Асосий гипотензив дорилар гуруҳини санаб ўтинг.

8. 58 ёшли бемор 4 йилдан бери АБ 160/90 мм см. ус.кўтарилиши кузатилган. Олдинлари бош оғриганда кузатилганда адельфан ичиб юрган. Йилига 1-2 марта шифохона давосини олган. 8 ойдан бери шифокор маслаҳатига кўра кунига 2 маҳал берлиприл 5 мг ва гипотиазид ҳафтасига 2 марта ичиб юрган. Даволаш фонида АБ 120- 130/80 мм.см.ус. турган. Сўнги 2 ой ичида қийноқли қуруқ йўтал безовта қилган, асосан ҳолати горизонтал ҳолатда бўлганда кузатилган. Таниш шифокорга мурожаат қилган. Сурункали бронхит қўзғалиш даври деб ташхиси қўйилган, бромгексин, ампициллин, кальций глюконат дарилари буюрилган. 10 кунлик даво самара бермаган. Объектив текширилганда: ички аъзоларда ўзгаришлар топилмаган. АБ 130/80 мм.см.ус.

1. Сизнинг тахминий ташхисингиз;

2. Қуруқ йўтал сабабини кўрсатинг;

3. УАШ тактикаси;

4. Текширув режаси;

5. АГ олиб келадиган асосий ҳавф омилларини санаб ўтинг.

9. Бемор Н., 50 ёш, шикояти бошнинг тепа ва энса соҳасидаги бош оғриғига, юрганда ҳансирашга, тунги нафас етишмовчилик ҳуружи, юракнинг ўта уриб кетишига шикоят қилади. Анамнездан: 8 йилдан бери АБ ошиши кузатилади. Сўнги йилларижисмоний зўриқишдан кейин тўш орқасида оғриқлар кузатилган, оғриқлар чап қўлга узатилган. Оғриқлар тинч ҳолатда 2-5 дақақиқа давом этади. Объектив текширилганда: ўпкада везикуляр нафас. Юрак тонлари бўғиқлашган, ритмик, аорта устида II тон акценти. АБ 180/100 мм.см.ус. Шишлар йўқт. ЭКГ: ритм синусли, ЧСС- 88 зарба дақиқасига. PQ - 0,18 сония. I, aVL, V5-6 тармоқларда R тишча баланд, III aVF V1-3 тармоқларда S тишча чуқур. QRS комплексининг давомийлиги 0,10 сония. STсегменти қийшиқ пасайган.

1. АБ ошиши билан кечадиган касалликлар гуруҳини санаб ўтинг;

2. Сизнинг тахминий ташхисингиз;

3. Текширув режаси;

4. Даволаш (номедикамнтоз ва медикаментоз).

10. Бемор А., 66 ёш, тўсатдан тунда нафас олишнинг етишмовчилик ҳуружи, бош оғриғи билан уйғонган. Анамнезидан: 15 йилдан бери гипертоник касаллиги билан касалланиб келган. 3 йил олдин миокард инфарктини ўтказган. Объектив текширилганда: умумий аҳволи оғир. ҳолати ортопноэ ҳолатда. Нафасда яққол ҳансираш кузатилади. Ўпкада ҳар-ҳил калибрли нам хириллашлар кузатилади. Юрак тонлари бўғиқ, аорта ва ўпка артерияси устида II тон акцент, юрак чўққисида от дупири эшитилади. ЧСС 100 зарба дақиқасига, ритмик. АБ 210/120 мм.см.ус. Қорин юмшоқ оғриқсиз. Периферик шишлар йўқ.

1. Бемор аҳволини ёмонлаштирадиган сабабни кўрсатинг;

2. Сизнинг тўлиқ тахминий ташхисингиз;

3. Дориларни дозасини кўрсатиб шошилинч ёрдам кўрсатиш.

**1.3. Амалий қисм**

**УАШ мавзуга мос келадиган амалий кўникмаларни машғулот сўнгида бажара олиши шарт**

УАШ хонасида УАШ талабалар билан бирга беморни кўрикдан ўтказиши керак. Қабулда вақтида паспорт қисмида беморнинг ёшига ва касбига эътибор берилади. Беморнинг шикоятлари катта аҳамиятга эга. Бемор ҳаёт тарихидан ҳавф омиллари, ўтказган касалликлари аниқланади. Беморнинг касаллик тарихидан, касалликнинг давомийлиги, амбулатор ва шифохона давоси, текширув натижалари, дорилар самарадорлиги ҳақида маълумот беради. Беморнинг шифокор маслаҳатларини қанчалик бажарганлиги катта аҳамиятга эга, беморнинг ҳозирги ёки қайта ташрифи, бемордаги АБ кўтарилганлиги ва умумий ахволини ёмонлашганлигини билан боғлиқлигини билдиради. Объектив кўрикда беморнинг ҳозирги холатига, ташқи кўринишига, яъни артериал гипертензия холати бўлиши мумкин, аъзоларда физикал текширувлар ўтказилади, чап қоринча гипертрофия борлиги, пульс характери ва АБ ошганлигига аниқланади ва эътибор берилади. Артериал гипертензияда нишон аъзолари бўлиб кўз холатлари текширилади. Беморни текшириш вақтида этика, диантологияларга ва босқичма-босқич амалий кўникмаларни бажарилишига эътибор берилади.

2. Билим, кўникма ва унинг бажарилишини назорат қилиш шакли

* Оғзаки
* Ёзма
* Вазиятли масалалрни ечиш
* Ўзлаштирилган амалий кўникмаларни демонстрация қилиш

**Изоҳ: Бошланғич билим ва кўникма даражаси- буталаба учун минимум билимбўлиб, талабанинг «ҳавфсизлик» тамойилларини таъминлайди.**

**3. Назорат саволлари.**

1. Артериал гипертониянинг таққосий ташхиси.
2. Гипертоник касаллик ва склеротик АГ ни ташхислаш.
3. ГК ва склеротик АГ нинг таққосий ташхиси
4. Артериал гипертонияда УАШ тактикаси.
5. ГК ва склеротик АГ си бор беморларни олиб бориш тактикасии ва диспансеризацияси.
6. ГК ва склеротик АГ си бор беморларни амбулатор даволаш.
7. ГК ва склеротик АГ си бор беморларни ишга лаёқатлигини аниқлаш.
8. Диуретикларнинг таъсир механизми.
9. В-блокаторларнинг таъсир механизми.
10. АПФ ингибиторининг таъсир механизми.
11. Кальций антагонистларининг таъсир механизми.
12. Артериал гипертонияси бор беморлар диспансеризацияси.
13. Артериал гипертониянинг бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактикаси.

**Амалий машғулот№ 8**

**Мавзу: Хансираш ва бўғилиш синдроми. ЎСОК ва БА ни бирламчи звено шароитида даволаш ва профилактика ишлари (хуруж ва хуруждан ташқари вақтда кузатиш ва амбулатор даволаш). Санатор-курорт давога кўрсатма. Астмани назорат қилиш ва қадамба-қадам даволаш.Ҳансираш, бўғилиш синдроми. СНЕ билан огриган беморларни олиб бориш.**

**Ўқитиш технологияси**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ўқиш вақти: 6 соат** | |
| **Дарснинг тузилиши** | 1. Ўқув тематик хона. 2. ҚВП 3. Ўқув қўлланмалар, фантомлар, муляжлар, тарқатма материаллар, вазиятли масалалар тўплами ва тестлар. 4. Телевизор, видео аппаратура, мультимедиа |
| Ўқув дарсининг мақсади: УАШни “Умумий амалиёт шифокорининг квалификацион характеристикаси”да назарда тутилган талабларга мос равишда Талабаларга кон айланиш ва упка етишмовчилиги билан беморларни уз вактида диагностикаси, дифференциал диагностикаси, энг кулай даволаш тактикаси ва беморларни олиб боришни тугри алгоритмини ургатиш. | |
| **Педагогик вазифалар:**   * + - 1. УАШ га хансираш ва бугилиш билан кечувчи касалликларни диагностикасини ургатиш       2. УАШга СУОК ва бронхиал астма фаркларини укитиш       3. УАШга хансираш ва бугилиш билан кечувчи касалликларда шошилинч ёрдам курсатиш ва дифференциалланган терапияни ургатиш ( препарат танлови, доза, юбориш усули, давомийлиги, комбинация, ножуя таъсирлари).       4. УАШга ишга яроклилик даражасини аниклашни ургатиш.       5. Даволаш усули мухокамаси (номедикаментоз ва медикаментоз).       6. Беморни КВР ва ОП шароитида олиб бориш, кузатиш ва мониторинги принциплари мухокамаи.       7. Ушбу касалликда бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактика принциплари мухокамаси. | **Ўқитиш фаолиятининг натижалари:**  ***-Талаба билиши шарт:***  - Хансираш, бугилиш синдроми билан кечадиган касалликлар этиопатогенези.  - нафас етишмовчилигини клиникаси ва классификацияси  - Ташхис лаш мезонлари критериялари  - Даволаш стандартлари  -Консултацияга йулланма учун курсатмалар  - амбулатор шароитда даволаш  - Реабилитация чора тадбирлари.  ***Талаба бажара олиши шарт:***  -беморни профессионал сураб суриштириш ва куриги  - тахминий диагноз куйиш  - текширишлар режаси буюриш  - клиник, лаборатор-инструментал текширувлар натижалари интерпретацияси (ЭКГ, ЭхоКС)  - дифференциал диагностика утказиш  - клиник диагноз куйиш ва асослаш  - шошилинч холатларда бирламчи врачлик ёрдамини курсатиш  - мос давони буюриш  - беморга курсатмалар бериш |
| **Ўқитиш услублари** | Мия штурми усули, намойиш қилиш, графикли органайзер- концептуал жадвал, видеотасвир томоша қилиш, бахс, сухбат, тестлар ва вазиятли масалалар ечиш. |
| **Ўқитиш фаолиятини ташкил қилиш шакллари** | Индивидуал тарзда иш юритиш,гурухларда ва жамоа бўлиб ишлаш, аудитор, аудиториядан ташқари вазифалар бажариш. |
| **Ўқитиш ускуналари** | Тарқатма визуал ўқув материаллар, видеофильмлар, муляжлар, графикли органайзерлар, тиббий хариталар мажмуаси, жадваллар ва стендлар. |
| **Қайта алоқа услуб ва ускуналари** | Оғзаки назорат: назорат саволлари, гуруҳларда ўқув машғулотларини бажариш, амалий кўникмаларни бажариш, ТМИ. |

**1. Машғулот ўтказиш жойи**

Ички касалликлар №1 кафедраси, КВП, кундузги стационар

**2. Машгулот таркибий кисми**

**Теоритик кисм**

Амалий машгулотда бугилиш билан кузатилувчи касалликларни теоритик кисми ва уларнинг дифференциал диагностикаси куриб чикилади.

Бронхоспастик синдром – симптомокомплекс, бронх утказувчанлиги бузилиши билан кузатилади ва генезида етакчи уринни бронхоспазм эгаллайди. Хуружнинг бевосита сабаби булиб эндоген ва экзоген тасирловчиларга нооддий юкори реактивлиги хисобланади. БА нинг атопик патогенетик механизми диагностикаси куйидаги схема буйича утказилади:

Бронхиал астма касллигининг хамма клинико-патогенетик вариантларида енгил, урта огир, огир даражалари фарқланади. **Енгил даражаси:** бугилиш хуружлари қисқа, ҳафтада 1-2 марта юзага келади; кечки симптомлар ойда 2 мартадан куп эмас; хуруж орасида бемор узини яхши ҳис қилади; ташқи нафас курсаткичлари- ОФВ 80% дан кам эмас; ПСВ нинг кунлик узгариши 20% дан куп эмас; бронхолитик ингаляциясидан сунг бу курсаткичлар нормага қайтади. **Урта огир даражаси:** симптомлар ҳар куни безовта қилади ва исқа муддатли В2-агонистлар қабул қилинади; тунги буғилишлар ҳафтасига бир мартадан куп ва уйқцни бузилиши билан кечади. ОФВ 60-80 % ни ташкил қилади; ПСВ ни суткалик узгариши 30% дан юқори. **Оғир даражаси:** симптомлар доимий; жисмонй фаоллик чегараланган; тунги буғилишлар куп; ОФВ1 60% дан кам; ПСВ нинг суткалик узгариши 30% дан юқори. БАнинг ҳар қандай огирлик даражасида оғир ва ҳаёт учун хавфли асоратлар келиб чиқиши мумкин. Вақт утиши билан астма касаллигининг оғирлик даражаси ҳам узгариши мумкин.

**Бронхиал астмани қуйидаги асосий шакллари фарқланади:**

Аллергик, инфекцион - аллергик ва аралаш.

Бронхиал астма атопик аллергик турида иммунологик механизм ётиб, унинг асосида IgE куп миқдорда ишлаб чиқарилиши ётади. Бу эса уз навбатида семиз хужайраларни қонга куп миқдорда яллиғланиш медиаторлари чиқишига сабаб булади. Бу купинча анамнезида аллергия кузатилган беморларда болалик давридан ривожланади ва бундай беморларда тери, провакацион синамалар мусбат булиб, бошқа аллергик белгилар (аллергик ринит, конъюнктивит, атоник дерматит) кузатилади.

Инфекцилон - аллергик бронхиал астмада аниқ бир антигенга сенсирбилизация аниқланмайди. Касаллик бошланиши эса респиратор вирусли инфекция утказганлик билан боғлик булади. Асосан, беморла вирусли касаллик утказганларидан бир неча кундан сунг хансираш, йутал, буғилиш хуружи пайдо булади. Ҳам атопик ва инфекцион аллергик белгилар кузатиладиган беморлар бронхиал астманинг аралаш шаклга киради.

**Бронхиал астма хавфли асоратларидан бири астматик статус. Унинг қуйидаги босқичлари фарқланади.**

1. Боскичида буғилиш хуружлари чузилган булиб, симпатомиметикларга рефрактерлик ривожланади ва бронхларнинг дренж функцияси бузилади. Хуружлар 12 соат ва ундан ортиқ давом этади. Бемор аҳволи оғир, қон газ ҳолатида кам ифодаланган гипоксемия, гиперкапния ва нафас алколози кузатилади.
2. Боскичида «соқов упка» - бронхлар дренаж функцияси бузилиши кучаяди улар қуюқ шиллиқ билан тулади) упкк аускультациясида нафас эшитилмайдиган сохалар пайдо булади. Коннинг газ ҳолати кескин бузилиб, артериал гипоксемия ва гиперкапния ривожланади. Бемор аҳволи ута оғир: цианоз, тери совук тер билан қопланган, тахикардия пульс минутига 120 тадан юқори, АКБ бирмунча кутарилган.
3. Босқичда қонда газлар миқдорини кескин узгариши сабабли гипоксемик ва гиперкапник комалар ривожланади. Нафас юзаки, кескин сустлашган, купинча турли аритмиялар кузатилиб, АКБ тушади. Талваса, уткир психоз, онгни бузилиши (кома) каби симптомлар ривожланади. Агар астматик хуружлар уз вактида бартараф этилмаса улим билан якунланиши мумкин.

**Бронхиал астма ташхиси**

Касалликни ташхислашда асосан бемор шикоятлари, анамнези, объектив курик натижалари ва лаборатор инструментал текширувларга асосаланиб ташхис куйилади.Қуйидаги симптомлардан (белгилардан) *биронтаси* беморларда кузатилса астма ташҳиси аниқдир)

1. Ҳуштакли нафас олиш – баланд ҳуштакли курук хириллаш, айниқса ёш болаларда (текшириш вақтидаги нормал нафас олиш астманинг йуқлигидан дарак бермайди).
2. Бронхообструкциянинг қайтувчанлиги ва узгарувчанлиги, нафас чиқаришнинг энг юқори тезлиги (Ю.Н.Т.) пикфлоуметр ёрдамида улчанади. Бронхиал астмада B2-агонистни ингаляциясини қабул қилгандан сунг 15-20 минут утгач Ю.Н.Т.15% кутарилади ёки Ю.Н.Т. нинг суткалик курсаткичи 20% ортиқ булганда (бронходилятатор қабул қилинмаган беморларда 1 суткали курсаткич 10% ташкил қилади) ёки жисмоний машқлардан сунг 6 минут утгач Ю.Н.Т. курсатгичи 15% га камаяди.
3. Аллергологик анамнез ва наслий аллергик касалликларга мойиллиги борлигини аниклаш;
4. –Бронхиал астма учун аниқ намоён буладиган буғилиш хуружи, яъни бир неча минут давом этадиган ва одатий бронхолитиклар билан кайтадиган буғилиш хуружи характери, йутал купинча хуруж охирида кузатилади ва кам миқдорда ёпишқоқ балғам ажралиши билан якунланади. Хуруж булмаган пайтларда перкуссия ва аускультацияда упкада патологик шовкинлар эшитилмайди.
5. Тери аллергик синамалари (аппликацион, скарификацион, тери ичи) утказилади.
6. Таъсирлантирувчи синамалар (ингаляцион, назал, конъюктивага).
7. лаборатор ташхислаш усулларига

* тугри ва нотугри Шелли базофил тести;
* лимфоцитлар бласттрансформацияси тести;
* семиз хужайралар деструкцияси билвосита тести ;
* Праустниц-Кюстнер реакцияси;
* Аллерген мавжуд булганда адреналин киритганда лимфоцитлар гликогенолизи;

1. Кузғатувчи овқат аллергенлари билан элиминацион пархез
2. Қон зардобида иммуноглобулин Е даражасини аниқлаш;
3. Радио-аллерго-сорбент тести.

Аллеригик синамалар ва махсус текшиурвлар аллергологик марказларида утказилади. Бронхиал астма касаллигида клиник кон тахлилида: эозинофилия, баъзида лейкоцитоз булиши ва ЭЧТ ошишади. Балгам умумий тахлилида: балғам шишасимон, микроскопияда – эозинофиллар, Куршман спираллари, Шарко-Лейден кристаллари булиши ва махсус аллергологик текширувларда: тери синамалари - (скарификацион, аппликацион, тери ичи ) - баъзида -провокацион синамалар (конъюнктивал, назал, ингаляцион). Мусьат реакция аниқланади. Кукрак қафаси рентгенограммасида: касаллик узок вақт давом этганда упка суратини кучайиши, упка эмфиземаси белгилари аниқланади.

Спирометрия – упка ташқи нафас функциясини аниқлашда асосий текшириш усули булиб, упка тириклик сиғими, нафас чикариш тезлигини аниқлайди. Ушбу усуллар билан бир қаторда ЭКГ да 2- ва 3 - стандарт уланишларда Р-тишча юқори булади.

**Бронхиал астма даволашни умумий дастурига киради:**

1)беморларни уқитиш дастури ;

2) огирлик даражасини бахолаш ва мониторинг;

3) касалликни кузгатувчи омилларни бартараф этиш ва уларни назорат қилиш;

4) медикаментоз давони индивидуал схемасини ишлаб чиқиш;

5) бугилиш хуружи ва астматик статусда тез ёрдам;

6) диспансер кузатув. БА ни самарали даволаш купинча аллерген билан контактни йукотиш ва уни таъсирини камайтириш билан боглик.

**Дори воситалар буюриш мезонлари.**

1. Бронхиал астма этиологик давосида эътиборни атроф мухитдаги ва хужаликдаги сабаб булаётган аллергенларни ва таъсирловчи агентларни йуқотишга, зарур булганда рационал ишни таъминлаш, инфекция учоқларини санацияси, психотерапияни қуллаган ҳолда асаб –психологик шикастланишни олдини олишга эътибор қаратилади.

2.Патогенетик давода асосий вазифа—бронх утказувчанлигини тиклаш хисобланади. Шу максадда бронхообстуруктив синдромни асосини—бронхоспазм, бронхлар шиллик кавати шиши, дискринияни бартараф килувчи ва унинг ривожланишини олдини олувчи дори воситалари тавсия килинади.

1.Бронхиал астмани атопик шаклида – аллергенни аниклаш ва бартараф этиш, специфик десенсибилловчи терапия (гистамин, гистоглобулин, поливакциналар ва хок.).

2.Инфекцион аллергик шаклида - антибактериал терапия – бронх-упка тизимининг турли инфекцион яллигланиш учокларини даволаш.

3.Дисгормонал патогенетик вариантда –аёллар жинсий гормони—оленодрен чикарилиши ва алмашинуви бузилишларини коррекция килиш учун глюкокртикоидлар етишмовчилиги коррекцияси (ГКС терапия, бекотид ва бекломет ингаляцияси, буйрак усти бези пустлоги функцияси фаоллиги -кортикотропин, этимизол ва хок.).

4.Ваготоник вариантда - атровент, беродуал, эфантин, беллоид ва хок.

Бронхила астма давоси кузиш даврида режали даволашни , шошилинч терапияда хуружни босилишига каратилган, шунингдек ремиссия давридаги даволашларни уз ичига олади.

К**упчилик астма беморлари икки хил турдаги дори воситаларига муҳтож.**

1.Деярли ҳар бир астматик беморга нафас қисиш хуружини тухтатиш учун тез таъсир қилиб, бронхларни кенгайтирувчи дори воситалари зарур.

2.Аксарият беморлар бундан ташқари ҳар куни профилактик дорилар, (касалликнинг олдини олувчи дорилар) яъни упкани химоя қилади ва нафас қисишнинг олдини оладиган дори воситаларини қуллашга муҳтож.

Бронхиал астмада асосон кулланиладиган дори воситалар:

2. Яллигланишга карши препаратлар – базис даво сифатида хуружларни профилактикаси учун кулланилади, лейкин бартараф этиш учун эмас.

А) Ингаляцион глюкокортикоидлар: бекотид, беклокорт, пульмикорт ингокорт, беклоджет, бекломет.

Б)Тизимлм глюкокортикоидлар: преднизолон. Юбориш йули перорал ёки парентераль.

В) Семиз хужайра мембранаси стабилизаторлари Кромонлар: натрий кромогликат (интал), натрий недокромил (тайлед, расм2).Асосан бронхиал астмани енгил персистик кечишида ингаляция йули билан буюрилади.

Г) Антилейкотриен препаратлар: монтелукаст (сингуляр, расм 3), пранлукаст, зафирлукаст – перорал буюрилади. .

3. Бронхолитиклар –Бугилиш хуружларини бартараф этиш учун.

А) Метилксантин: теофиллин, эуфиллин, аминофиллин, теодур, теопэк, теотард. Перорал берилади.

Б) Ингаляцион В2 – агонист киска таъсирга этади: сальбутамол, беротек астмопент. Таъсир этиши вакти 4 соатдан 6 соатгача. Факат ингаляцион буюрилади. Бронхлар силлик каватини бушаштиради, мукоцилиар клиренс оширади.томирлар утказувчанлигини пасайтиради, семиз хужайралардан медиатрларни чикишини камайтиради.

В) Узок таъсир этувчи ингаляцион В2-агонистлар формотерол, сальметерол. Таъсир этиш давомийлиги 12 соат.

Г) холинолитиклар – атровент , аэрозоль.Хуружни тез бартараф этишда кулланилади.

4. Аллергенспецифик иммунотерапия (АСИТ): экстракти юборилади. Экзоген бронхиал астма билан 5 ёшдан 50 ёшгача беморларга юборилади.Факват тери остига аста дозани ошириб бориб, 3 ой мобайнида аник вактлар орасида юборилади. Аллергенлардан ташкари бронхиал астма билан беморларга гистаглобулин. Охирги 10 йилда амалиётда назал ва сублингвал йуллари билан хам аллергенлар киритилади.

1. аллергологик анамнез ва наслий аллергик касалликларга мойиллик борлигини аниклаш;
2. клиник намоён булиши –БА нинг атопик формаси учун аник намоён буладиган бугилиш хуружи, яъни бир неча минут давом этадиган ва одатий бронхолитиклар билан кайтадиган бугилиш хуружи характерли, йутал купинча хуруж охирида кузатиладива кам микдорда ёпишкок балгам ажралиши билан тугайди. Хуруж булмаган пайтларда перкуссия ва аускултацияда упкада патология йук.
3. Тери аллергик синамалари (аппликацион, скарификацион, тери ичи).
4. Кузгатувчи синамалар (ингаляцион, назал, конъюктивага).
5. лаборатор диагностика методлари:

* тугри ва нотугри Шелли базофил тести;
* лимфоцитлар бласттрансформацияси тести;
* семиз хужайралар деструкцияси билвосита тести ;
* Праустниц-Кюстнер реакцияси;
* Аллерген мавжуд булганда адреналин киритганда лимфоцитлар гликогенолизи;

1. Куйидаги кузгатувчи овкат аллергенлари билан элиминацион пархез
2. Кон зардобида иммуноглобулин Е даражасини аниклаш;
3. радио-аллерго-сорбент тести.

3-8 текширувлар аллергологик марказларда утказилади.

Биологик профилактика воситаларига интал киради. У физик нагрузкада пайдо буладиган бронхоспазмни эффектив олдини олади. Инталнинг фармокологик аналоги кетотифен(задитен)—антигистамин препарат хисобланади.

Кузиш тинчиганда ва ремиссия даврида стратегик даво—реабилитациянинг амбулатор боскичи утказилади. Реабилитацион боскичнинг асосий вазифаси касаллик кузиши профилактикаси ват улик ва узок ремиссияга эришиш хисобланади. Бунинг учун турли номедикаментоз даволаш методлари (специфик гипосенсибилизация, иглорефлексотерапия, физиотерапия, баротерапия, санатор-курорт даволаш) кулланилади. Касалликнинг хар кандай патогенитик тури учун патогенетик терапиянинг универсал вазифаси бронхоспазмни, шиш ва гиперсекрецияни камайтириш йули билан бронх утказувчанлигини тиклаш хисобланади. Курсатилган механизм буйича таъсир килувчи препаратларга бронхкенгайтирувчилар (адреномиметиклар, метилксантинлар, холинолитиклар), интал ва кортикостероидлар киради. Даволашнинг ушбу боскичида беморнинг иммун холатини, БА нинг кечиш огирлигини, асоратлари ва ёндош патологияларни, шунингдек куллаб кувватловчи ва рецидивга карши терапияни хисобга олган холда иммуномодуляторлар билан даволаш хам кулланилади.

Енгил ва урта огир кечувчи инфекцияга боглик БАли беморларга рецидивга карши терапия, яьни реаферон 15.000 ЕД хар кг тана массасига, курс 5 та инъекция, йилнинг бахор-кузги пайтларида килинади. Огир кечувчи БА билан беморларда йил давомида иммунопрофилактика—1 ойда 2 марта 1млн ЕД. м/И га инъекция килинади.

Бронхолитиклар, интал, транквилизаторлар билан куллаб кувватловчи даво буюрилганда хронотерапия принципи кулланилади. Бронх утказувчанлиги сутканинг турли пайтларида ёмонлашишини тушунтириш керак: яъни ФВД нинг максимал патологик силжишига кура бронх утказувчанлиги аникланади ва ритм топилади. Шунга кура хар бир беморга оптимал дори воситаси кабул килиш интервали белгиланади, шунингдек тунги соатларда хам.

**Даволаш режаси**

Кайси дори воситаларини қуллаш кераклигини осон эслаб қолиш учун светофор рангларидан фойдаланишингиз мумкин.

**1 ЯШИЛ** – **“Юравер”** дегани. Фақат қуллаб-қувватлаб турадиган, сақлайдиган дорилар.

**2 САРИҚ – “ДИҚҚАТ!”**. Хуружларнинг олдини оладиган, тухтатадиган дорилар.

**3 ҚИЗИЛ – “ТУХТА!”**. Шифокорга мурожаат этинг.

**1. ЯШИЛ – “ЮРАВЕР”.**

Нафас олиш функцияси бузилмаган.

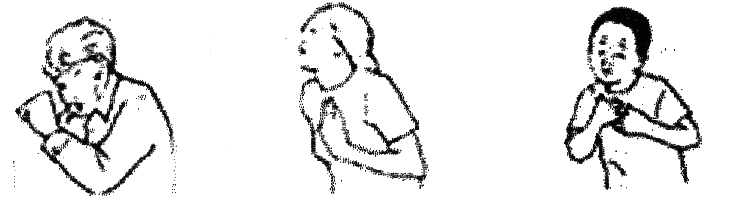
Йутал ва ҳуштаксимон нафас йуқ.

Ишлаш (болага эса - уйнаш) мумкин.

Саклайдиган дорилар қабул қилинг

Бу дориларни жисмоний зуриқишдан 20 дақиқа олдин кабул килинади. .

**2. САРИҚ – “ДИҚҚАТ!”**



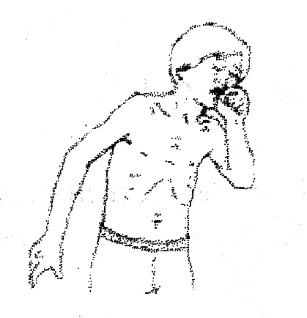
Йутал Ҳуштаксимон нафас Кукрак қафасининг

сиқиши

Тунда бугилиш хуружидан уйгониш.

Дори воситаларини қабул қилиш.

**3. ҚИЗИЛ – “ТУХТА – ХАВФ БОР!”**

\* Дори ёрдам бермаяпти

\* Кучли бугилиш

\* Юриш қийинлашди

\* Гапириш қийинлашди

\* Қовургалар ораси “тортилгандай”

\* Бурун катаклари керилади

Тезда шифокорга мурожаат қилиш зарур!

Реабилитацион боскичнинг асосий вазифаси касаллик кузиши профилактикаси ват улик ва узок ремиссияга эришиш хисобланади. Бунинг учун турли номедикаментоз даволаш усуллари (махсус гипосенсибилизация, иглорефлексотерапия, физиотерапия, баротерапия, санатор-курорт даволаш) кулланилади. Касалликнинг хар кандай патогенитик тури учун патогенетик терапиянинг универсал вазифаси бронхоспазмни, шиш ва гиперсекрецияни камайтириш йули билан бронх утказувчанлигини тиклаш хисобланади. Курсатилган механизм буйича таъсир килувчи препаратларга бронх кенгайтирувчилар (адреномиметиклар, метилксантинлар, холинолитиклар), интал ва кортикостероидлар киради. Даволашнинг ушбу боскичида беморнинг иммун холатини, БА нинг кечиш огирлигини, асоратлари ва ёндош патологияларни, шунингдек куллаб кувватловчи ва рецидивга карши терапияни хисобга олган холда иммуномодуляторлар билан даволаш хам кулланилади.

Енгил ва урта огир кечувчи инфекцияга боглик БАли беморларга рецидивга карши терапия, яьни реаферон 15.000 ЕД хар кг тана массасига, курс 5 та инъекция, йилнинг бахор-кузги пайтларида килинади. Огир кечувчи БА билан беморларда йил давомида иммунопрофилактика—1 ойда 2 марта 1млн ЕД. м/И га инъекция килинади.

**Назарий билимни сураш «Мияга хужум» усулини куллаган холда утказилиши мумкин**

***«Мияга хужум» усули***

**Максад:**  Ушбу метод фикр алмашинувини стимуляциялаш учун кулланилиб, иштирокчиларни катнашиш даражасини оширади, уз фикру назарида колиш ва исботлашни ургатади, юзага келтирилган вазиятда оптимал карор кабул килишга олиб келади.

Укитувчи талабага машгулот мавзуси буйича саволлар беради:

1. Хансираш ва бугилиш синдроми терминига таъриф беринг.

2. . Юрак ва упка етишмовчилиги диагностик критерийларини санаб беринг.

4.Нафас етишмовчилиги диагностикаси учун лаборатор-инструментал текширув усулларини сананг.

5. Бронхиал астма ривожланишига олиб келадиган хавф омилларини курсатинг.

6. Бронхиал астма ва СУОК амбулатор шароитда даволаш..

**3. Аналитик кисм**

**Вазиятли масалалар:**

1. Бемор 42 ёш, нафас йуллари тез-тез шомоллагани сабабли балгамни кийин ажралиши ва хуружсимон йутал, енгил физик зурикишларда хам хансираш ва тез чарчашга шикоят килди. Анамнезидан: 12 йилдан бери БА билан касал. Касалликни хуруж кимаслиги учун кунда 10-15 мг преднизолон кабул килган ва вентолин билан ингаляция килган. Объектив: экспиратор хансираш, цианоз, НОС-30та. ЮКС 120/мин, АКБ 150/90мм.сим.уст. перкутор упка устида кутичасимон товуш. Аускультатив упка устида таркалган хуштаксимон хириллашлар. ОФВ1<60%.

1.Сизнинг тахминий ташхисингиз

2.Беморда кандай турдаги нафас етишмовчилиги кузатиляпти

3. Текширувлар режаси

4. Бронходиятаторлар гурухини курсатинг

5. УАШ тактикаси

2. Бемор 54ёш. Шикоятлари кийин ажралувчи йирингли балгам билан йутал, жисмоний харакатда хансираш, бугилиш хуружлари, унг ковурга ёйи остида огрик ва огирлик хисси, ва оёклардаги шишга. Бир неча йиллардан буён касал ва куз ва бахорда кузиб турган. Обьектив: диффуз цианоз, буйин веналари буртган, бармок учлари катталашган. НОС 28/мин, тана харорати 38,80 С. Упка устида перкутор кутичасимон товуш. Аускультатив сусайган везикуляр нафас фонида таркалган курук хуштаксимон ва нам хириллашлар. Юрак тонлари бугиклашган, ритмик. ЮКС 90/мин. АКБ 120/70 мм.сим.уст. жигар +5см. ОФВ1, Тифно коеффициенти камайган, упкада колдик хажм ортган.

1. Юкоридаги симптомлар кузатиладиган 5та касалликни сананг.

2. Сизнинг тулик тахминий ташхисингиз

3.Текширувлар режаси.

4.Ушбу холат учун кандай ЭКГ узгаришлари характерли

5.УАШ тактикаси

3. Бемор 18 ёш. Шикоятлари бугилиш, хансираш важисмоний харакатда хаво етишмаслик хиси. Анамнезидан хеч кандай касаллик билан касалланмаган. Илик цианоз, ЧД 28 1 мин. Аускультацияда упкада дагал нафас хуштаксимон хириллашлар. Юрак тонлари аник ритмик.

1. Дастлабки ташхис.

2. Кандай асорати бор

3. Асосий текширув усули

4. УАШ тактикаси

4. Бемор 58 ёш, 5 йилдан буён ЮИК ва ГК билан огрийди, суги 2 йилда хансираш, тунда курук йутал, оёкларда шиш пайдо булган. Обьектив: упка устида пастки кисмларида нам хириллашлар. Юрак тонлари бугиклашган, аорта устида 2 тон акценти. ЮКС ва пульс 90та/мин, ритмик. АКБ 150/90 мм.сим.уст. Жигар + 2 см. Болдирларда шиш.

1. Сизнинг тахминий ташхисингиз .

2. Ушбу беморда кандай асорат

3. Информацион текширув усуллари

4. УАШ тактикаси

**3.1. Амалий кисм**

**Мазкур мавзу бўйича УАШ машғулотт тугагандан кейин бажара олиши керак бўлган кўникмалар рўйхати**

1. Хансираш ва бугилиш билан кечадиган касалликларга чалинган беморларни кўрикдан ўтказиш.

2. Хансираш ва бугилиш билан кечадиган беморларни лаборатория-инструментал ва бошқа текшириш (клиник ва биокимёвий таҳлиллар, нажас, сийдик, қусуқ массаси, ҳазм аъзоларининг рентгенолок текшируви, ЭФГДС таҳлиллари) маълумотларини тўғри таҳлил қила олиш

3. Хансираш ва бугилиш билан кечадиган касалликларнинг этиологиясига қараб дори препаратларини ёзиб бериш.

**5. Назорат саволлари.**

1.Сурункали нафас етишмовчилиги этиологияси, клиникаси, ташхиси.

4.Сурункали нафас етишмовчилиги қиёсий ташхиси.

5.Сурункали нафас етишмовчилигида бронхиал астма ва УСОК амбулатор даволаш.

6.Бронхиал астма ва УСОК билан беморларнинг диспансер кузатуви.

**Амалий машғулот № 9**

**Бўғим синдроми. Артрозларни бирламчи, иккиламчи, учламчи профилактикаси ва диспансеризация тамойиллари.**

**Ўқитиш технологияси**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ўқитишвақти: 6 соат** | |
| **Ўқувмашғулоти структураси** | 1. Ўқув мавзу хонаси.  2. ЭКГ хонаси  3. УАШ хонаси  4. Тест ва вазиятли масалалар тўплами, тарқатма материал, фантомлар, муляжлар.  Телевизор, видео аппаратура, мультимедиа |
| **Ўқув машғулоти максади:** - **Артрозларни бирламчи, иккиламчи, учламчи профилактикаси ва диспансеризация тамойиллари** буйича УАШни ўқитиш. | |
| **Педагогик вазифа:**  1. УАШни Ўқитиш - бўғим синдромли касалликлар, артрозлар диагностикасига ; этиологиясига боғлиқ клиник кечиш хусусиятлари .  2.УАШга бўғим синдромли, артрозли касалликларни хос давосини ургатиш ( препарат танлаш, доза, киритиш усули, давомийлиги, комбинацияси, ножуя таъсири).  3. Ихтисослашган стационарда ёки КВП (ОП) шароитида бўғим синдромли, артрозли касалликларни даволаш вариантларини танлашда УАШни таништириш. | **Ўқув фаолияти натижалари:**  1.Бўғим синдромли артрозли касалликлари. клиник куринишлари;  2.этиологиясига боғлиқартрозлар клиник кечиш хусусиятлари .  3.Бўғим синдроми, артрозли касалликлари дифференциаль диагностикаси.  4. Бўғим синдроми, артрозли касалликлари давосининг турли куринишлари.  Кила олиш***:***   1. Бўғим синдроми, артрозли касалликларини лаборатор-инструменталь ва клиник таккослаш , ташхислаш. 2. Конкрет бўғим синдроми, артрозли касалликларида тугри препарат танлови |
| **Ўқитиш методи** | «Галерея буйича давра»методи.  демонстрация, видео, мунозара, сухбат, вазиятли масала ва тест ечиш |
| **Ўқув фаолиятининг ташкилий шакли** | Индивидуаль, гурухда, коллектив, аудиторная, аудиторнаядан ташқарида ишлаш. |
| **Ўқув материаллари** | Тарқатма материаллар, видеофильмлар, муляжлар, график органайзерлар, клиник тахллиллар, бўғим рентгенораммалари тиббий карта тўплами, таблицлар, баннерлар, рентгенограмма тўплами |
| **Қайта богланиш воситаси ва усули** | Блиц-совол, тест, ўқув вазифаси бажарилганлиги натижаси презентацияси, тиббий карта тўлдириш, «профессиональ сўров» амалий кўникмасини бажариш |

**Назарий қисм**

**Остероартроз (ОА)** – бўғинларнинг дегенератив дистрофик касаллиги бўлиб, бўғин тоғайининг бирламчи дегенерацияга боғлиқ бўғин юзасининг ўзгаришлари ва остеофитлар ҳосил бўлиши натижасида бўғинлар деформациясига олиб келиш билан характерланадиган касалликдир.  
ОА ривожланишининг асосий сабаби тоғайнинг бўғин юзасига тушаётган механик юклама билан бу юкламага қаршилик кўрсатиш имкониятлари орасидаги номуносиблик бора-бора тоғайнинг дегенерацияси ва деструкциясига олиб келади.  
Ушбу ҳолат биринчидан механик юклама ҳаддан ортиқ бўлганда, масалан, оғир жисмоний иш тез-тез такрорлашуви ўхшаш харакатлар билан кечганда, бир хил бўғинларнинг юкланишида ёки спорт машғулотлари билан жуда кучли шуғулланганда айниқса ортиқча семирганларда кузатилади.   
Тоғайга юкламани хаддан ортиқ ошишида сабаблар ичида-соғлом тоғайнинг бўғин юзасига нормал конгруэнтликни бузилишидир. Бўғин юзаси конгруэнтлигини бузилиши скелет ривожланишининг туғма аномалияларида, сон дисплазиясида, шунингдек статиканинг бузилишларида – сколиозда, кифозда, гиперлордозда, силлиқ товонда ва бойламларнинг бўшашиши билан боғлиқ бўғинлар харакатлигини ошишларида, қолаверса, тоғайнинг физик-кимёвий хусусиятларини кескин ўзгариши, оддий юкламага ҳам барқарорлигини камайтиради.  
Артрозда асосан оёқ бўғинларидан – тоз, сон ва тизза, шунингдек оёқ панжасининг бош бармоғини асос бўғими шикастланади. Қўлларда кўпроқ дистал ва проксимал фалангалараро бўғинлар шикастланади.  
  
Касаллик бошланиши сезилмайди. Биринчи белгилар қачон пайдо бўлганлиги аниқ эмас. Бемор кўп ҳолда ўзидаги касаллик қачон бошланганлигини аниқлай олмайди. Сездирмай харакат келганда бўғимларда қарсиллаш ва ифодаланган жисмоний юкламада, дам олишда тез ўтиб кетувчи кучсиз периферик оғриқлар кузатилади. Секин аста оғриқ ифодаланганлиги кучайиб боради, улар ҳар қандай юкламадан сўнг пайдо бўлади, оғриқ давомийлиги узайиб боради, баъзида тунда ҳам пайдо бўлади.  
  
«Яллиғланишли оғриққа» (артритдаги) нисбатан артроздаги оғриқ синдроми асосан механик характерга эга, яъни оғриқ касалланган бўғинга юклама тушганда, юрганда ва оёқ босганда пайдо бўлади, тинч ҳолатда кузатилмайди. Реактив синовит мавжуд беморларда стартли номланувчи оғриқлар кузатилади, яъни оғриқ беморнинг биринчи қадамларидан бошланади ва тез ўтиб кетади, давомли жисмоний юкламадан сўнг оғриқ қайталанади.  
  
Бўғин бўшлиғида йирик суякли ёки тоғайли синиқча («бўғин сичқончаси») мавжудларда тўсатдан ўткир оғриқ пайдо бўлиши мумкин, бемор шу бўғинда ҳар қандай харакат қилиш имконини йўқотади, бу бўғим блокадаси деб номланади.  
  
Артрознинг ифодаланган босқичида оғриқ турганда ва юрганда кузатилади, кечга бориб кучаяди, бу характерли ўзгариш суякнинг бўғим юзасида юкламага чидамлилиги камайганлигидан даракдир, чунки амортизатор-тоғайнинг йўқолиши натижасида суякка босим анча ошади, суяк тўсинчалари (балки) спонгиоз суяги томонга эгилади.  
  
Оғриқ синдромидан ташқари, артрознинг бошланғич босқичида бўғимларда харакат қилганда кучсиз крепитация, тинч ҳолатдан фаол ҳолатга ўтишда қисқа муддатли харакатнинг қийинлашуви, регионар мушакларнинг тез толиқиши кузатилади. Харакатнинг чегараланиши кучайиб боради, чунки оғриқлар кучаяди ва пайли мушакли контрактуралар ҳосил бўлади, шунингдек остеофитоз шаклланади.  
  
Синовиал қобиқнинг ва капсуланинг қалинлашуви, четли остеофитларнинг шаклланиши, тоғай ва суякнинг парчаланишидан эпифизларнинг бўғин юзаларини дезинтеграциялашуви ва ним чиқишлари секин аста бўғин деформациясини ҳосил қилади ва авж олдиради.   
  
Вақти-вақти билан бўғим соҳасида шишади, тери температураси ошади, пальпацияда оғрийди, айниқса бўғим бўшлиғи бўйича (реактив синовит), баъзида бўғим бўшлиғида кўп бўлмаган суюқлик аниқланади. Шунингдек тенодобурсит ривожланиши мумкин.  
  
Бўғим рентгенографияси. ОА нинг уч клиник-рентгенологик босқичлари фарқланади: 1 босқич-маълум йўналиши бўйича бўғим харакатланишини кучсиз чегараланиши: рентгенограммада-бўғим чуқурчасининг четлари бўйича катта бўлмаган суякли ўсимталар, шунингдек бўғим тоғайининг оссификация оролчалари, кейинчалик уларни эпифиз билан қўшилиши, бўғим бўшлиғи кучсиз торайган; 2-босқич – бўғим харакатчанлигини умумий чегараланиши, харакатланишида қўпол қарсиллаш, регионар мушакларнинг ўртача ифодаланган атрофияси, рентгенограммада-ифодаланган суякли ўсимталар, бўғим бўшлиғини меъёрига нисбатан 2-3 марта торайиши, субхондрал склероз топилади; 3-босқич-бўғимнинг ифодаланган деформацияси, харакатланишининг кескин чегараланиши; рентгенограммада-бўғим бўшлиғини деярли тўлиқ йўқолиши, эпифизларнинг бўғим юзаларининг ифодаланган деформацияси ва зичланиши, катта миқдордаги четли ўсимталар ҳисобига бўғим юзасининг кенгайиши, «бўғим сичқонлари», уларни суякка, бўғим капсуласига ва периартикулар тўқималарга кириб бориши кўринади.  
  
**Қиёсий ташҳислаш.** Кўп бўғимлар шикастланишида ва айниқса реактив синовит мавжудлигида, ЭЧТ нинг кучсиз ошишида остеоартрозни баъзида бўғимларнинг яллиғланишли касалликлари билан ва биринчи галда РА билан қиёсий ташхислаш талаб қилинади. Бунда РА хос белгиларнинг йўқлигига аҳамият берилади: касалликни ўткир бошланишига ва нисбатан унинг тез авж олишига ифодаланган фаолликли яллиғланиш белгиларини йўқлигига: (кучли оғриқлар, экссудация, маҳаллий тери температуранинг ошиши ва б), ифодаланган эрталабки боғлиқли ва бўғимларда харакатланишни кескин чегараланиши, ревматоидли тугунчалар, анкилозлар, тана ҳароратининг кескин чегараланиши, ревматоидли тугунчалар, анкилозлар, тана ҳароратининг ошиши ва ЭЧТ нинг кескин ошиши. РА нинг рентгенологик белгиларини инобатга олиш зарур (бўғим юзасидаги нақшлар, остеопороз ва анкилозланиш), синовиал қобиқни ва синовиал суюқликни морфолоик текшириш аҳамияти.  
  
Даволаш. Даволаш ўз таркибига бўғим тўқималаридаги маҳаллий жараёнга таъсир қилувчи усуллар билан бирга бутун организмга таъсир қилувчи усуллардан иборат бўлиши керак. Шундай қилиб, остеоартрозни даволаш фақат маҳаллий бўлиши керак эмас.  
  
«Базисли» даво сифатида артепарон ва мукартрон препаратлари қўлланилиши мумкин. бўғим тоғайига биокимёвий ўхшашлигидан бу препаратлар унинг тўқимасига онсон кириб боради, протеолитик ферментларнинг фаоллигини пасайтиради (тоғайни мукополисахаридларини парчаланишини чақирувчи) ва дегенератив жараён ривожланишини тўхтатади.   
  
Артепарон ҳафтасига 2 марта 1 ампуладан 8 ҳафта сўнгра бир ойда 2 марта 4 ой қилинади. Мукартрон- кун ора 1 ампуладан 10 кун давомида, сўнгра 2 марта ва 1 марта ҳафтасига. Жаъми курсга 25-30 та инъекция. Шуни ёдда тутиш зарурки, биостимуляторлар аллергик реакцияларда ўсмали жараёнлар мавжудлигида қарши кўрсатилган.  
  
Умумий ва маҳаллий қон айланиши ва модда алмашинув жараёнларини яхшилаш учун дори-дармонлар кенг қўлланилади, шунингдек физио-бальнеотерапия усуллари қўлланилади.  
  
Бу айниқса артрознинг ишемик тури ёки оғриқ синдромининг томирли тури мавжудларни даволашга тегишлидир. Бу ҳолларда албатта томирли стимулловчи медикаментоз дорилар-но-шпа, ниношпан, бутадион буюрилади.  
  
Артрозни асосий сабаби юкламани кескин ошиши эканлигини инобатга олиб, Ушбу касалликни босими усулларига шикастланган бўғимга юкламани камайтириш киради. Артрозли беморга стереоипли харакатлар зарарлидир. Суякни таянч функциясини ошириш мақсадида анаболик стероидларни-нерабол, ретаболил буюриш тавсия қилинади. НСЯҚ препаратлардан кўпроқ пирозолон унумлари (бутадион, реопирин), индометацин (метиндол) вальтарен буюрилади.

**Профилактика**

**1.** **Бирламчи профилактика**ташқи хатарли омиллар билан курашишга (бўғимларни доимий микрошикастланишдан ва улар фаолиятининг давомли юк таъсирида зарар-ланишидан сақланишга, тана вазнининг меъёрлашувига эришишликка) қаратилади

**2.** **Иккиламчи профилактика**меҳнат ва дам олиш режаларини тартибга солиш орқали жараён зўрайишининг олдини олишга асосланади.

**А.** Остеоартрозда шикастланган бўғим юзасига тушадиган юкни камайтириш керак.

**Б.** Меҳнат билан тўғри таъминлаш муҳим аҳамиятга эга. Остеоартрозли беморларга оғир жисмоний меҳнат, ёмон метеориологик (тебраниш ва гипоксия) шароитда, узоқ вақт оёғда тик туриб ишлаш ман этилади.

Биринчидан, Гўштли, ёғли, ширин таомлар истеъмолини чеклаш. Айниқса, кечаси ортиқча еб қўйишдан сақланиш ва иложи борича кам-камдан, кунига 4-5 маҳал овқатланиш. Тузни ортиқча истеъмол қилмаслик. Кўпроқ сабзавотлар, мевалар, резаворлар, сут маҳсулотлари ва кунига ичган суюқлигингиз 2,5 литр исьеъмол қилиш.

Озиш. Шунда узоқ вақтгача касалликнинг кучайиши ортга чекинади. Иккинчидан, касалланган бўғимларнинг зўриқишини камайтириш. Агар қўл-оёқларингизнинг учлари шикастланган бўлса, узоқ вақтгача тез юришдан сақланинг. Оғир нарсалар кўтармаслик, оғир жисмоний характлар қилмаслик.

Агар қўл бўғимлар безовта қилса, оғир сумка (3 кг.дан ортиқ) кўтармаслик. Кирларни қўлда ювмаслик.

Хаста бўғимларнинг мушак корсетини мустаҳкамлаш учун кунора махсус машқлар бажаришга ҳаракат қилиш. У ҳаракат бўғимларидаги қон айланишини яхшилайди ва унга кўпроқ кислород ва озиқлантирувчи моддалар етиб боришини таъминлайди. Озроқ пиёда сайр қилиш (кунора 20-30 дақиқадан), сузиш ҳам фойдали.

Артрозда югуриш, сакраш, бирдан ўтириб-туриш, узоқ бир жойда ўтириш ёки бир ҳолатда тик туриш тавсия этилмайди.

**Ролли ўйинларнинг намунавий тузилиши:**

40 ёшли бемор, бўғимдаги оғриққа, эрталабки карахтлик, тана хароратининг даврий ортиши, ўнг тирсак бўғими сохаси тери ости тугуни, умумий холсизликка шикоят қилади. Анамнезидан бу оғриқлар 5-6 йилдан бери безовта қилади. Норегуляр даволанган. Турмушга чиққан, боллари йўқ ( тухумдонлар дисфункцияси).

Объектив кўрик: Умумий ахволи нисбатан қониқарли, иштахаси пасайган, иккала қўл 2 ва 3 бармоқ фалангалараро сохасида ўртача деформация, қолган бўҳимларда ўзгариш йўқ. АД 110/70мм.см. ус, пульси 80 та/мин.Юрак тонлари бўғиқлашган, ритмик. Ўпкада везикуляр нафас. Қорин юмшоқ, оғриқсиз, жигар катталашмаган, ўнг тирсак бўғими сохасида 2,1 см тери ости тугуни, думалоқ шаклда .

Бемор муаммоси:

1) Стационар, поликлиника, санаторийда тўлиқ давонинг йўқлиги.

2) Бола кўришни ҳохлаши.

УАШ тактикаси:

1) Бемор билан психологик контакт .

2)Анамнез йиғиш (сурункали тонзиллит, отит ва б.).

3) Норегуляр давонинг сабаби.

4) Cийдик умумий анализи , кафт бўғимлари рентгенографияси, латекс- тест, реакция Ваалер-Роуз реакцияси.

Гурух билан студентни “бемор” рулини мухокама килишиш. Сунг бу беморда кандай текширишлар килишни хал килиш. Олдин врач-талаба кейин колган гурух талабалари жавоб бериши керак. Уйин охирида хар бир талабани аналитик бахолаш.

Машғулотнинг амалий кисми – ревматология булимида домла назоратида талабанинг бемор куриги.

Мавзувий курик учун 2-3 та бўғим зарарланишли бемор куйидаги маълумотлар билан булиши: УКА, УСА, ревматоид фактор, СРО, серомукоид, сиал, сулема синамаси, АСЛО, АСК, АСГ, сийдик кислота, кукрак кафаси ва бўғим рентгенографияси. Курик вақтида этиборимизни бўғим зарарланиши характерига, огрик синдромига, шишга, бўғим харакати чекланишига, кайси бўғимлигига, куннинг кайси вақтида безовта килиши ва нима билан боғлиқлигига каратиш керак.

Бўғим зарарланиш характери кетмв-кетлигига куп этибор килиш керак.

Бўғим зарарланишида физикаль текширувлар, бўғим харакати чекланиши, шиш, махаллий температура, кизариш борлиги.

**« ГАЛЕРЕЯ БУЙЛАБ ДАВРА» МЕТОДИНИ БАЖАРИШ.**

Максад: шу муаммо буйича тўлиқ билим ва информацион бахолаш критикасини талабаларга ургатиш.

Хар бир кичик гурухда 10 минут бир масалани езма ечиш ва уларни алмаштириш. Олдинги гурух хатосини топиш ва сунги жавоб вариантини тузиш. Бу метод талабадан шу булим буйича диккатни максимальной йигиш ва яхши назарий таергарликни талаб килади.

Намуна: машғулот мавзуси «Бўғим синдроми (артрозлар прфилактикаси)». Уч кичик гурухга биттадан куйидаги саволлар берилади:

-Артрозларни бирламчи профилактикаси.

-Артрозларни иккиламчи профилактикаси .

-Артрозларни учламчи профилактикаси

Шундай килиб ўқитувчи 30 минутда мавзу буйича гурухнинг тайёргарлигини ва ўз фикрида қолишини билиб олади.

**Аналитик кисм**

**Вазиятли масала:**

50 ешли туладан келган аёл харакат вақтида буғимларда қирсиллаш, тизза бугимларида жисмоний юкламада кучаювчи ва тинч холатда йуколувчи вакти-вакти билан оғриқлар аникланади. Охирги йилларда огриқлар кучайган. Бугун кечаси тусатдан тизза буғимида кучли оғриқ пайдо булди, бу бемор харакатини кескин чеклаб қуйди. Курикда тизза буғими шишган, пайпаслаганда оғриқли ва иссиқ, харакат чекланган.

**Савол:**

1. Тахминий ташҳисингиз

2. УАШ тактикаси;

3. Информатив текширув усуллари;

4. Шу касалликка оид стандарт даво усуллари

**Жавоб:**

1. Бирламчи полиостеоартроз, тизза буғими шикастланиши билан,БФЕ
2. Категория-2
3. УҚА, УСА, БҚА (СРБ, РФ, серомукоид, протеинограмма), иммунологик текширувлар Р-графия буғим, пункция синовиал суюқлик текшируви; АД, ЭКГ.
4. ГКС, НЯҚВ, Хондропротектор

52 ёш туладан келган бемор алкогол истемол қилгандан сунг кечкурун чап оек 1 - бармоқ буғимида кучли огриқ пайдо булди. Бугим шишган, кизарган, тана хароратининг 40ºС гача ошиши, калтираш кузатилган. Бугимда оғриқ озгина харакатланганда, кўрпа тегганда кучаяди.УҚА.L-15.10; СОЭ-36мм/соат.

**Савол:**

1. Тахминий ташҳисингиз

2. УАШ тактикаси;

3. Информатив текширув усуллари;

4. Шу касалликка оид стандарт даво усуллари

**Жавоб:**

1.Подагра. Подагрик артрит 1бош бармоқ буғими шикастланиши билан

2.Категория-2

3.УҚА, УСА, Реберг синамаси, Рентгенография

4.Аллопуринол, Колхицин, Индометацин

42 ёшли эркак огир юкни бирдан кўтаргандан сунг елка сохасида кучли оғриқ пайдо булид, унг қулини характиролмаган. Елка мушагини босганда кучли оғриқ сезади. Оғриқ кечаси кучаяди, кул кафти мушаклари кучсизлиги пайдо булди, кафт териси оқарган, кўкарган. Бошқа ички аъзоларида ўзгариш йуқ.

**Савол:**

1. Тахминий Ташҳисингиз

2. УАШ Тактикаси;

3. Информатив текширув усуллари;

4. Шу касалликка оид стандарт даво усуллари

**Жавоб:**

1.Пай чузилиши

2. Категория-2.

3.Рентгенография

4.Боғлам, НЯҚВ мазлар.

Бемор 58 еш, вакти-вакти билан оек бугимларида жисмоний юкламада кескин кучаювчи огрик, ярим соат давом килувчи эрталабки карахтлик, харакатда кисирлаш, умуртка погонаси бел сохасида нохуш сезгига шикоят килади. Узини 10 йилдан буен касал хисоблайди. Объектив:       тизза бугимларида деформация  ва харакат чегараланган. Тизза ва болдир-товон бугимлари харакатда кисирлаш аникланади. Умуртка погонаси паравертебрал сохаси, тизза ва болдир-товон бугими пайпаслаганда огрикли.

УКА: Hb-123 г/л, Л-7,3х10   /л, ЭЧТ-20 мм/соат, канд – 4,9 ммоль/л, ПТИ – 90%

КБА: умумий оксил – 79,2 г/л; альбумин- 53%, глобулин1 – 4%, ревматоид омил – 0, сийдик кислота – 335 мкмоль/л, АСЛ – О – 125 ед, холестерин-5,2 ммоль/л, СРО -1. Умуртка погонаси бел сохаси рентгенографияси: умуртка танаси шакли узгариши, субхондрал остеосклероз учоклари, остеофитлар.

Тизза бугими рентгенографияси: бугим тиркиши торайиши, субхондрал остеосклероз, йирик остеофитлар, эпифизларда – суяк тукимаси кистасимон узгариши.

**Савол:**

1. Тахминий Ташҳисингиз

2. УАШ Тактикаси;

3. Шу касалликка оид стандарт даво усуллари

4. Касаллик окибати ва иш кобилияти экспертизаси

**Жавоб:**

1. Бирламчи полиостеоартроз, тугунсиз, икки томонлама гонартроз III даража, секин ривожланувчи кечиши, икки томонлама болдир-товон бугимлари зарарланиши, спондилёз. БФЕ 2 даража.
2. Категория-2. Ревматология булимига госпитализация.
3. НЯКВ ва анальгетиклар,      любрикантлар,      физиодаво,  самараси булмаса– хирургик даво.
4. Касаллик окибати емон сифатли, хает учун яхши сифатли. Иккиламчи синовит ривожланса – вактинча иш кобилиятини йукотади.

**Амалий қисм**

**Ушбу тематика бўйича машғулот охирида УАШ эгаллаши лозим бўлган кўникмалар рўйхати**

1. Артроз билан беморлар кўригини ўтказиш.
2. Артроз билан беморлар клиник тахлиллари ва бўғим рентгенограммаси интерпретацияси.

**Бўғимда синдроми**

Артрозлар профилактикаси.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Босқич № | Кўрсаткичлар/интерпретация | Бажармади | Тўлиқ бажарди |
|  | Бемор кўриги | 0 | 50 |
|  | Умумий қон таҳлили |
|  | Умумий пешоб таҳлили |
|  | Ўткир фазали синамалар |
|  | Сийдик кислота |
|  | Қонни LE-ҳужайралар, ревмо-омил, HLA-В27 ва бошқаларга текшириш. |
|  | ЭКГ |
|  | ЭхоКГ |
|  | Бўғимлар рентгенограммаси |
|  | Синовиал суюқликни текшириш учун бўғим пункцияси |
|  | Травматолог консультацияси |
|  | Биопсия |
|  | Дифференциал диагностика | 0 | 20 |
|  | Ташхисни қуйиш | 0 | 10 |
|  | УАШ тактикаси | 0 | 10 |
|  | Профилактик чора-тадбирлар | 0 | 10 |
| ЖАМИ |  | 0 | 100 |

**Назорат саволлари.**

Остеоартрозларда артралгиянинг ўзига хослиги.

Остеоартрозларнинг бирламчи а ва б профилактикаси

Остеоартрозларнинг иккиламчи а ва б профилактикаси

Остеоартрозларнинг учламчи а ва б профилактикаси

**Амалий машғулот №10**

Диспепсия (жиғилдон қайнаши, кўнгил айниши, қусиш). Бирламчи звенода секреция бузилиши билан кечадиган касалликлар: меъда ва 12 ичак яра касаллиги, ўт йўллари дискинезияси, холецистит, постхолецистэктомик синдромда ва меъда операциясидан кейинги холатларни даволаш ва профилактикаси

**Ўқитиш технологияси**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ўқитиш вақти: 6 соат** | | |
| **Ўқув машғулотининг структураси** | | 1. 1.Ўқув тематик кабинет. 2. 2.УАШ кабинет . 3. 3.Ўқув қўлланмалари, фантомлар, муляжлар, тарқатма материал, тест ва вазиятли масалалар тўплами. 4. Телевизор, видео аппаратура, мультимедиа |
| **Ўқув машғулотлари мақсади:** Бирламчи звенода секреция бузилиши билан кечадиган касалликларга,постхолецистэктомик синдром, операция қилинган меьда касалликларида оптимал даво тактикасини тузишга, ҳамда соғлиқни сақлашнинг бирламчи бўғини шароитида беморларни “Умумий амалиёт врачининг квалификацион характеристикаси”да кўрсатилган тамойиллар асосида олиб боришга ўргатиш. | | |
| Педагогик вазифалар:  1.“Диспепсия”синдроми билан кечувчи касалликлар ташҳиси саволларини куриб чикиш.  2. Меъда ва 12 ичак яра касаллиги, ўт йўллари дискинезияси, холецистит, постхолецистэктомик синдромда ва меъда операциясидан кейинги холатларли беморларни курсатиш.  4. “Диспепсия”синдроми билан кечувчи касалликлар клиник-лаборатор-инструментал текшириш маълумотларини мухокама килиш.  5. “Диспепсия”синдроми билан кечувчи касалликлар қиёсий ташҳислаш.  6. “Умумий амалиёт шифокорининг квалификацион характериктикаси”бўйича УАШ тактикасини мухокама килиш.  7. Даволаш асосларини мухокама килиш.  8. КВП ва ОП шароитида беморларни олиб бориш, кузатиш ва мониторинг асосларини мухокама килиш.  9. Ичак функционал касалликларда бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактика асосларини мухокама килиш. | Ўқитиш жараёни натижалари:  УАШ билиши керак:  1. Диспепсия билан кечувчи касалликларда жиғилдон қайнаши, кўнгил айниши, қусиш келиб чиқишининг сабаблари ва механизмлари.  2. Диспепсия билан кечувчи касаллилардажиғилдон қайнаши, кўнгил айниши, қусиш қиёсий ташҳиси.  3. Диспепсия билан кечувчи касаллиларда даволаш асослари(медикаментоз ва номедикаментоз).  6. ҚОП ва ОП шароитида диспепсия билан кечувчи касалликлари билан касал беморларни олиб бориш, кузатиш ва мониторинг асосларини мухокама килиш.  7. Диспепсия билан кечувчи бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактика асослари.  УАШ килиши керак:  1. Диспепсия билан кечувчи касалликларда жиғилдон қайнаши, кўнгил айниши, қусишташҳисида шикоят ва анамнез маълумотларини таҳлил қилиш.  2. Диспепсия билан кечувчи касалликларда лаборатор инструментал ва клиникаси бўйича ташҳислаш ва қиёсий ташҳислаш.  3. Диспепсия билан кечувчи касалликларда самараси исботланган медикаментоз воситаларини тўғри танлаш.  4. Номедикаментоз даволаш усуллари хакида маслахат бериш.  5. ҚОП ва ОП шароитида мониторинг утказиш. | |
| **Ўқитиш усуллари** | « Аклий хужум» усули; график органайзер- Венна диаграммаси, намойиш, видеокўрув, муҳокама, суҳбат, тестларни ,вазиятларни масалаларни ечиш | |
| **Ўқиш жараёнини ташкиллаштириш шакллари** | Якка тартибда ишлаш, гуруҳларда ишлаш, жамоа, аудитория, аудиториядан ташқари. | |
| **Ўқитиш воситалари** | Тарқатма ўқув материаллари визиуал материаллар, видеофильмлар, муляжлар, график органайзер, тиббиёт варақалари комплекти , жадваллар, стендлар. | |
| **Қайта боғланиш воситалари ва имкониятлари** | Блиц-сўров, тестлаштириш, презентация ўқув вазифаларини бажариш натижалари ,тиббиёт варақаларини тўлдириш ,”мутахассислик сўрови”амалий кўникмаларини бажариш | |

**1. Назарий қисм**

Дарс тахлилида машғулотнинг қуйидаги қисмларига эьтибор берилади:

**Сурункали тошсиз холецистит**

**Сурункали холецистит –** ўт чиқарувчи тизимнинг мотор – эвакуатор функциясининг бузилишлари билан кечувчи ўт пуфагининг яллиғланишидир.

Сурункали холецистит – кенг тарқалган касалликлардан бири бўлиб, ОИТ касалликларининг 1000 аҳолига нисбатан 6 – 7 холатни ташкил қилади. Кўпроқ 40 ёшгача бўлган куп туққан аёллар, семизлик ва қабзият билан азият чекувчилар кўпроқ касалланадилар. 50 ёшдан сўнг эркак ва аёллар ўртасида касалланиш деярли бир хил бўлади. Аксарият холларда иш фаолияти психо - эмоционал юкламалар билан боғлиқ бўлган, кам харакатли хаёт фаолиятига эга беморлар касалланади.

**Ўт пуфаги** (33 расм) жигар унг булагининг пастки юзасида, ут пуфаги чукурчасида жойлашган, нок шаклидаги аъзо булиб,унинг туби,танаси ва буйни фарқланади. Ут пуфагининг туби энг кенгайган жойдир. Ут пуфаги тулиб турганда бир оз олдинга чикиб, қорин деворига тегиб туради.

Ўт пуфаги танасининг олдинги торайган кисми ут пуфагининг буйинчасихисобланади, у ут найига кушилиб кетади. 3—4 смли ут найи жигардан келаётган умумий жигар йули билан кушилиб, умумий ут йулини хосил қилади. Умумий ўт йули меъдаос­ти бези йули билан биргаликда ун икки бармоқли ичакка очилади. Ўт пуфагининг девори сероз парда, нозиктузилган мускул парда ва бурмалар хосил килиб жойлашган шиллик пардадан ибо­рат. Мускул каватдан умумий ут йулининг ун икки бармок ичакка очиладиган жойида кисувчи мускул халкалижом хосил булади. Корин парда ут пуфагини факат пастки томондан урайди. Ут пуфагининг хажми 50—60 см булиб, жигарда ишланиб чиккан утнинг ортиқча кисмини сақлаб туради.

Ўт шираси жигар хужайраларида тинмасдан ажралиб туради ва ут йуллари системаси оркали ун икки бармоқ ичакка куйилади. Утнинг ортикчаси ут пуфагида сакланади.

Ўттаркибида ўткислоталар,пигментлар,холесте­рин моддалари булади. Пигментлар хаётинитугатган эритроцитларнинг парчаланишидан вужудга келади. Пигментларнинг бир кисми ичак девори орқали қонга сурилса, купрок қисми ахлатга ранг беради ва ташқарига чикади. У

Ўт ичакка куйилмай колганда (ут йули яллигланиб бекилса, тош булса) нажасрангсиз булади. Одамда бир кеча-кундузда уртача 800—1200 мл ут ишланади. Ут овкат моддасини, айникса ёгларни парчалаб, уларнинг шимилишида фаол иштирок этади.

**Таснифи:**

**Кечиши бўйича:**

**-** Енгил кечиши – (авж олишлар йилда 1 – 2 марта)

- Ўрта оғирликда кечиши – (авж олишлар йилда 3 ва ундан куп)

- Оғир кечиши – (авж олишлар ойда 3 ва ундан куп)

**Жараён босқичлари бўйича:**

- авж олиш босқичи

- сунаётган авж олиш босқичи

- ремиссиялар

**Ўт пуфаги ва ўт йўлларининг функционал холати буйича**

- Ўт қопи ва ўт чиқарув йўлларининг гипертоник дискинезияси.

- Ўт қопи ва ўт чиқарув йўлларининг гипотоник дискинезияси.

- Ўт чиқарув йўлларининг дискинезияларисиз.

- “Ишламаётган” ўт пуфаги

**Этиология ва патогенези**

Инфекциялар, аксарият холларда шартли патоген флора – ичак тёқчаси, стафиллококк, қорин тифи таёқчаси, лямблиялар келтириб чиқаради. Ўтнинг ўзи бактериоцид хусусиятга эга, аммо ўтнинг таркиби узгарганда ва айниқса ўт димланганда бактериялар ўт йўли орқали ўт пуфагига кўтарилади. Инфекциялар таъсири остида холе кислота литохол кислотасига айланади. Нормада бу жараён фақат ичакда кечади. Агарда бактериялар ўт пуфагига кирса, ушбу жараён шу ерда кечади. Литохол кислотаси шикастловчи таъсирга эга ва у ўт пуфаги деворида яллиғланиш чақиради, ушбу узгаришларга инфекция ҳам кушилиши мумкин. Дискинезиялар ўт пуфагининг спастик қисқариши, атониясига сабаб бўлади, бу эса ўт димланишига олиб келади. Аввал бу узгаришлар фақат функционал характерда бўлиши мумкин. Кейинчалик ўт пуфаги ва сфинктерлар харакатларининг номутаносиблиги юзага келади, бўлар ўт пуфаги ва ўт йўлларининг мотор функциясининг иннервациясининг бузилиши ва гуморал бошқаруви бузилиши билан боғлик. Нормада бошқарув қуйидагича амалга оширилади: ўт пуфагини қисқариши ва сфинктерларни бўшашиши – вагус,сфинктерлар спазми, ўт пуфагини тулиши – симпатик нерв орқали бошқарилади. Гуморал механизм – ўн икки бармоқли ичакда 2 та гормон ишлаб чиқарилади: холецистокинин ва секретинвагус каби таъсир қилади ва шу йўл билан ўт пуфаги ва унинг йўлларига бошқарувчи таъсир кўрсатади. Ушбу механизмни бузилиши вегетоневрозларда, ошқозон ичак тизими яллиғланиш касалликларида, овқатланиш ритмининг бузилишларида кузатилади.

**Дисхолия** – ўтнинг физик – кимёвий хоссаларининг бузилишидир. Ўт пуфагидаги ўтнинг концентрацияси жигарникигақараганда 10 баробар юқори. Меъёрда ўт билирубин, холестерин(сувда эримайди, шу сабабли, эрувчан коллоид эрувчан холатда ушлаб туриш учун холатлар керак бўлади.), фосфолипид, ўт кислоталари, пигментлардан иборат. Нормада ўт кислоталари ва унинг тузлари(холатлар) холестеринга нисбаттан 2:1 нисбатда бўлади, агарда холестерин миқдори ошса, масалан 10:1, у чукмага туша бошлайди ва ўз навбатида тошлар хосил бўлишига олиб келади. Дисхолиялар холестерин (қандли диабетда, семизликда, оилавий гиперхолестеринемияларда), билирубин (гемолитик анемиялар ва х.), ёғ ва ёғ кислоталарининг куп микдорда бўлиши билан кечади. Шу билан бирга утнинг инфицирланиши муҳим рол уйнайди.

Касалликни ривожланишида алиментар омилнинг ахамияти катта: норегуляр овқатланишлар орасидаги катта интервалларнинг бўлиши ва кечқурун куп миқдорда гўштли, аччик, ёғли овқатлар ейиш ўз навбатида Одди сфинктерини спазмига ва ўтнинг димланишига олиб келади. Ундан тайёрланган,ширин махсулотлар, балиқ, тухумнинг куп миқдорда бўлиши, клечатканинг етишмаслиги ўт рН ни пасайишига ва унинг коллоид турғунлигини камайишига олиб келади.Амалиётда кўпроқ юқоридаги кўрсатилган омиллар комбинацияланади.

**Клиника.**

1. Оғриқ синдроми: оғриқларнинг турғун локализацияси характерли – ўт пуфаги нуктасида ва ўнг ёнбошда, кўпроқ ёғли, қовурилган, совуқ газланган сув ва пиво истеъмолидан кейин кучаяди. Оғриқ характери турлича бўлиши мумкин. Нокалкулез холециститда оғриқлар тумтоқ, калкулез холециститда эса чидаб булмас кескин бўлади. Оғриқларни силкинишлар, юриш, юк кўтариш, баъзан психоэмоционал зурикишлар келтириб чиқариши мумкин. Оғриқлар асосан куракка, ўнг елкага, буйиннинг ўнг соҳасига таркалади. Оғриқлар маҳаллий иссиклик таъсиридан кейин ва спазмолитиклар қўллагандан сўнг колади. Бел соҳасида ҳам оғриқлар кузатилиши мумкин. Агар оғриқлар 4 сотдан зиёд давом этса– демак жараён ўт пуфагидан ташқарига тарқалган.
2. Диспепсия синдроми ошқозонга ўтнинг тушиши оқибатида юзага келади. Бунда оғизда аччиқ таъм сезгиси, айрим вақтларда эпигастрал соҳада оғирлик хисси пайдо бўлади. Баъзан кўнгил айниши ва қайд қилиш қушилади.
3. Ичак диспепсияси. Қорин дам бўлишига мойиллик, баъзан сутли пархезни кўтара олмаслик, тез тез ич кетишлар, қабзиятлар кузатилади. Холецистопанкреатитда суюқ қўланса хидли суюқ ич кетиш бўлади. Ўн икки бармоқли ичакдан ошқозонга рефлюкс кузатилади, бу субъектив оғизда аччиқ таъм сезгиси билан кечади. Ўтни рефлюкси натижасида аста секин ошқозон шиллиқ қавати атрофияга учрайди. Баъзан холецистит турлича шаклда кечиши мумкин:
4. Ойлаб давом этувчи чўзилувчан субфебрил харорат кўтарилиши. Бундай холатларда холециститни хисобга олмаган холда турли хил сурункали инфекция учоқлари(сурункалитонзиллит, ревматизм, туберкулез) хақида уйлайдилар.
5. Холецистокардиал синдром. Вагусни висцеро – висцерал рефлекси билан боғлик юрак соҳасидаги оғриқлар билан намоён бўлади. Оғриқлар юрак чуққиси соҳасида жойлашади, бемор уларни локализациясини бармоқ билан кўрсатиб берадилар. Оғриқлар давомли, симилловчи, хуружсимон характерда бўлиши мумкин(ЭКГ да ўнг кукрак ва lll стандарт тармокларда манфий Р тулкинлар бўлиши мумкин). Баъзан ритм бузилишлари эктрасистолиялар кўринишида бигимения, тригимения турида бўлиши мумкин. Ташхисни аниқлаштириш учун оғриқларни овқат билан боғликлигини хисобига олиш керак. Оғриқлар аввал ўнг ёнбошда бўлиб, сўнг юрак соҳасига узатилиши мумкин.
6. Бўғим синдроми. Бу холатда беморлар ревматизмдан даволанадилар, текширувларда эса яллиғланиш белгиларини топа олмайдилар. Холециститни давосидан сўнг оғриқлар йуколади.
7. Аллергик синдром. Бунда айрим озиқ махсулотларини, айниқса сутни, айрим дориларни кўтара олмаслик аниқланади.
8. Қондаги узгаришлар – авж олиш фазасида – ЭЧТ ошиши, нейтрофилли лейкоцитоз, лейкоцитар формуланинг чапга силжиши, асоратли кечганда билирубин, трансаминазалар миқдорининг ошиши хос. Бунда анемия ва тробоцитопения кузатилмайди. Ремиссия пайтида нейтропенияни кузатишимиз мумкин. Унинг аниқ сабаби хали аниқланмаган. Қузиш давридан холи пайтда яққол нейтропения(4000) деярли 20% да аниқланади. Лейкопения шунингдек яра касаллигида ҳам аниқланиши мумкин. Нейтропениянинг мавжудлигига қарамасдан беморларда бактериал ва вирусли инфекцияларга сезувчанлик аниқланмайди.
9. Неврастеник синдром.

Холециститнинг шаклларини билмаслик гиподиагностикага олиб келади. Объектив: асоратланмаган холециститда бемор умумий ахвол кам ўзгаради. Холестазда сариқлик кузатилиши мумкин. Тил оқ ёки жигарранг қараш билан қопланиши мумкин. Ўт пуфак сохаси пальпацияда оғриқли бўлади, аммо семиз кишиларди диафрагмани юқори туриши хисобига бу аниқланмаслиги хам мумкин. Ўт пуфаги истискосида кўпинча ўт қопи бужмайган, хажми кичиклашган, атроф туқималар билан битишмалар хосил қилган бўлади, бунда яллиғланиш жараёни қушни аъзоларга утиши мумкин.

Мусбат симптомлар:

- Кер симптоми –турган холатда ўт қопи палпациясида нафас олганда оғриқ аниқланади.

- Мерфи симптоми – утирган холатда ўт қопини пальпациясида нафас олганда оғриқ бўлади.

- Мюссе (френикус - синдром). Туш умров - сургичсимон мушаги оёқчалари ораси босилганда оғриқ бўлади.

Ташхислаш. Лаборатор маълумотлар.

* 1. Авж олиш даврида қон тахлили: нейтрофил лейкоцитоз, ЭЧТ нинг 15 – 20 мм/с гача ошиши, С – рефаол оксилнинг ортиши, альфа-1 ва гаммаглобулинларнингошиши, сиал кислоталарини ошиши хос.
  2. Дуоденал зондлаш, ўт пайдо бўлиши,миқдори ва вақти аниқланади. Агарда шиллиқ аниқланса уни микросқопик текширилади. Лейкоцитоз ва лямблияларни мавжудлиги ташхисни тасдиқлайди. Б-кисмдаги утда узгаришлар ўт пуфагида, С-кисмдагиўтда узгаришлар ўт йўлларида эканлигини кўрсатади.
  3. Рентгенологик текширув. Агарўт қопи яхши кўринса, демак у склерозланган. Шунингдек вена ичи холецистографияси ҳам ўтказилади. Тошлар рентгеннегатив бўлиши мумкин, аммо улар ренген контраст фонида яхши кўринади. Айрим пайтларда томография ҳам қилинади. Дискинезияларни мавжудлигида яллиғланиш белгилари булмайди. Аммо ўт пуфаги кучли чўзилган бўлади ва секин ёки тез бўшашади.
  4. Қон зардобида билирубиннинг 51 мкмоль/л дан кўтарилганида ва клиник яккол сариқлик билан кечганда уни сабабини аниқлаш учун эндоскопик панкреатикохолеангиография (ЭРПГХ) бажарилади.Шунингдек радиотелевидиние, сканерлаш, амалиётлари ўтказилади.

Ўт қопини олиб ташлангандан сўнг юзага келувчи ва бевосита ўтказилган операция билан боғлиқ бўлган касалликлар бўлиб қуйидагилар хисобланади: 1) ўт қопининг бўлмаслиги синдроми; 2) ўт йўлининг чўлтоғи синдроми; 3) стенозловчи холангит ва папиллит. Постхолецистэктомик синдромнинг клиникаси ўнг қовурға ёйи остида тўмтоқ оғриқлар, ўт коликасининг қайталама хуружлари (тош хосил бўлганида), холангит симптомлари билан характерланади. Ташхисни вена ичи холеграфияси, ретроград холангиопанкреатография орқали тасдиқлаш мумкин. Баьзан холестз белгилари, яллиғланиш устунлик қилганида – солангит симптомлари кузатилади. Кўпинча диспептик ва ичак бУТТлишлари кузатилиб, улар айниқса кўп миқдорда ва ёғли овқат ейилганидан сўнг кучаяди. Давоси ўт йўллари дискинезияси ва холецистит давоси билан бир хил, тошлар ва стриктуралар бўлганида қайта операция қилинади.

Эрта ва кечки операция қилинган меьда касалликлари фарқланади. Уларга: Демпинг синдром, гипогликемик синдром, олиб келувчи халқа синдроми, анастамознинг пептик яралари киради. Демпинг синдромда одатда овқатдан сўнг 10-15 дақиқа ўтгач (айниқса ширин ва сутли махсулотлардан сўнг) тўсатдан кескин холсизлик, терлаш, артериал гипотония, тахикардия, бош оғриғи, ифодаланган мушак гипотонияси ва ётишга бўлган кучли мойиллик кузатилади. Баьзан қоринда кесувчи оғриқлар, ғулдираш бўлиб, ич кетиши билан якунланади. Гипогликемик синдромда тўсатдан холсизлик, бош айланиши, овқатдан 2-3 соат ўтиб кескин қорин очиши, учликлар титраши, тахикардия, гипотония юзага келади. Қонда гипогликемия кузатилади. Бемор ахволи овқат егач яхшиланади. Олиб келувчи халқа синдромида эпигастрал сохада, ўнг қовурға ёйи остида оғриқлар, енгиллик келтирувчи кўплаб қайт қилиш кузатилиши мумкин. Овқатдан сўнг қайт қилишлар оқибатида беморлар ўзини овқатдан чеклайди.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Операция қилинган меьда касалликлари | Ривожланиш механизми | Клиник манзара | Ташхислаш | Даволаш |
| Демпинг синдром. Бильрот II бўйича меьда резекцияси ўтказган беморларнинг 30-40%ида учрайди. | Меьда сақламасининг эвакуациясини тезлашиши ва овқат массаларининг ингичка ичак бўйлаб тезкор пассажи → ингичка ичакнинг бошланғич қисмида осмотик фаол моддаларнинг нофизиологик юқори концентрацияси тўпланиши → томир ичи суюқлигининг ингичка ичакка ўтиши ва АҚХнинг камайиши → томирлар ўзанининг импрессо- ва волюморецепторлари таьсирланиши → катехоламинлар, серотонин, ацетилхолин, брадикининнинг қонга ташланиши. | Овқат вақтида ёки 5-20 дақиқа ўтиб, айниқса ширин ва сутли овқатлардан сўнг беморда кучли холсизлик, терлаш, юрак уриб кетиши, уйқучанлик, юз оқариши ёки гиперемияси, бош айланиши, гипотония, кам холларда АҚБ ошиши, баьзан хушдан кетиш рўй беради. Эпигастрал сохада оғирлик ва дискомфорт, кўнгил айниши, баьзан қайт қилиш, кекириш, метеоризм, ич кетиши кузатилади. Вақт ўтиши билан иштаха пасаяди, тана массаси камаяди, астения, психик депрессия ривожланиб, ишига оилага бўлган қизиқиш камаяди. Кўпинча диэнцефал синдром пайдо бўлиб кескин холсизлик, юрак уриб кетиши, парестезиялар билан кечади. Хуруж кўп миқдорда пешоб ва нажас ажралиши билан якунланади. Хуруж 10 дақиқадан бир неча соатгача давом этади. | Хос бўлган симптоматика. Рентгенологик текширувда: барий аралашмасининг меьда чўлтоғидан тез эвакуация бўлиши (“ташланиши”) ва ингичка ичак бўйлаб тезлашган пассаж. | Пархездан енгил хазм бўлувчи углеводлар, сутли махсулотлар, ўта иссиқ ёки совуқ овқатлар чиқариб ташланади. Биринчи ва иккинчи овқатларнинг ўрни алмаштирилади. Овқатдан сўнг 30 дақиқа давомида ўринда ётиш ёки креслода ярим ётган холатда бўлиш тавсия этилади. Антисеротонин препаратлари буюрилади (резерпин, перитол). Консерватив даво самарасиз бўлган оғир холлар реконструктив гастроеюнодуоденопластикага кўрсатма бўлади. |
| Гипогликемик синдром (кечки демпинг синдром) меьда резекциясини ўтказган беморларнинг 5%ида учрайди. | Оч ичакка бир вақтда кўп миқдорда сўрилишга тайёр углеводлар тушади → қонда қанд миқдори ортади → инсулин кўп миқдорда хосил бўлади→ кейинчалик гипогликемия ривожланади. | Овқатдан 2-3 соат ўтиб ривожланади. Ўта кучли очлик хисси, кўкрак остида сўрувчи оғриқлар, холсизлик, кўплаб тер ажралиши, юрак уриб кетиши, бош айланиши, кўз олди қоронғулашуви, қизиб кетиш, бутун тананинг қалтираши, баьзан хушни йўқотиш кузатилади. Бемор ётишга мажбур бўлади. АҚБ пасайган, қонда қанд миқдори паст кўрсаткичларгача тушиб кетади. ГС бир неча дақиқадан 2 соатгача давом этади. | Хос бўлган симптоматика. Глюкоза берилгач гликемик эгрилик бўлиши. Қонда глюкозанинг тез ва ўткир кўтарилишидан сўнг кескин ва аввалги кўрсаткичдан ҳам камроққа пасайиши рўй беради. | Гипогликемия хуружларини ўрнини қоплаш. Бемор ГСнинг мушкул вазиятларига тушиб қолмаслик учун ўзи билан доимо қанд ёки печенье олиб юришга мажбур. |
| Олиб келувчи халқа синдроми. Бильрот II бўйича меьда резекцияси ўтказган беморларнинг 5-10%ида учрайди. | Дуоденал сақламаларнинг эвакуациясининг бузилиши оқибатида ейилган овқатнинг бир қисми олиб кетувчи эмас, балки олиб келувчи ичакка ўтиб қолади. | Беморлар овқатлангандан сўнг 30мин-1соат ўтиб қовурға ёйи ва кўкрак остидаги оғирликка, кўнгил айнишига, кўп миқдордаги, суюқ ва ўт билан қайт қилишга шикоят қиладилар. Қайт қилиш енгиллик келтиради. Кўплаб қайт қилиш электролитлар йўқотилишига, ҳазм қилишнинг бузилиши ва тана массасининг камайишига олиб келиши мумкин. | Рентгенологик белгилари бўлиб контрастнинг оч ичакнинг олиб келувчи қисмида узоқ вақт ушланиб қолиши, унинг перистальтикасининг бузилиши, ичак халқасининг кенгайиши хисобланади. | Овқатлангандан сўнг овқатнинг олиб келувчи халқага ташланишини олдини олиш мақсадида чап ёнбошда ётиш тавсия этилади. Прокинетиклар қўлланилади (метоклопрамид, лоперамид, бромоприд). Оғир холларда реконструктив операция қилинади. |
| Постгастрорезекционанемия. меьда резекциясини ўтказган беморларнинг 15%ида учрайди. | Темир танқислиги анемияси анастамознинг пептик яраларидан қон кетишидан келиб чиқиши мумкин бўлиб, бу симптомсиз бўлиши ҳам мумкин.Уни ривожланишига ингичка ичак бўйлаб пассажнинг тезлашиши ва атрофик энтерит оқибатида темирнинг ионизацияси ва сўрилишининг бузилиши кенг имкон беради. Ички фактор синтезининг камайиши витамин В12 утилизациясини камайтиради → гиперхром анемия ривожланади. | Анемиянинг клиник манзараси. | Анемиядаги диагностик текширув натижалари.. | Темир сульфат, темир лактат, феррокал, ферроплекс, ферамид, ферроградумет, тардиферон ва бошқалар қўлланилади. Ферротерапия аскорбин кислотасини қабул қилиш билан бирга олиб борилади. Витамин В12 танқислигида оксикобалмин ёки цианокобалмин қўлланилади. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ПХЭС кўринишлари | Клиник кўриниши | Даволаш |
| Ўт қопи бўлмаслиги синдроми (холедох ёки Одди сфинктерининг спазми) | Холецистэктомиядан сўнг операция қилинган беморларнинг тахминан 50%ида Одди сфинктерининг гипертонуси бўлади деб хисобланади. Одатда унинг спастик холатида типик иррадиация берувчи ўткир, давомли бўлмаган оғриқлар юзага келади. Ёғларни кўтара олмаслик кузатилади. Оғриқлар психоэмоционал зўриқиш оқибатида ҳам юзага келиши мумкин. Хатто кучли оғриқлар вақтида ҳам иситма, сариқлик, тери қичиши бўлмайди. | Ўткир оғриқлар даврида спазмолитиклар қўлланилади. Мухим омиллардан бўлиб авайловчи пархез (№5 индивидуал қабулни хисобга олиб), тез-тез овқатланиш хисобланади. Иссиқлик аппликациялари, новокаин ёки магний сульфат билан электрофорез, диатермия, индуктометрия, УВЧ буюриш мумкин. |
| Обструкционсиндром. “Унитилган тошлар” (97% холда) ва ўт йўлларида қайтадан хосил бўлган тошлар (3% холда)оқибатида ҳамда сурункали панкреатит, ўт йўли чўлтоғининг дивертикулити оқибатидаги умумий ўт йўли стенози оқибатида келиб чиқади. | Холедохолитиазнинг клиник манзараси ўнг қовурға ёйи остидаги, баьзан ўнг елка ва куракка узатилувчи оғриқлар билан характерланади. Оғриқлар ўт қопини олингунича бўлган оғриқлар билан бир хил бўлади. Колика хуружлари одатда пешоб рангининг тўқлашуви, тери қичиши, баьзан сариқлик ва нажас рангининг оқариши билан кечади. Хуруж махалида ҳарорат ошиши ва қалтираш кузатилиши мумкин. Хуружлар орасида қориннинг юқори қисми ёки ўнг қовурға ёйи ости сохасида доимий оғриқлар, овқатдан сўнг кўкрак ости сохасида оғирлик кузатилади. | Холедохдаги кўндаланг ўлчами 1см.дан кам тошлар 50 % холларда 4-6 ҳафта давомида спонтан тушиб кетади. Т-симон дренажлар билан чайиш ва тошларни локал парчалаш (литотрипсия) тошларнинг тушишини тезлаштириши мумкин. Сариқлик борлиги, ўт йўллари диаметрининг 1 см.дан катталашиши, холангит клиникаси бўлган холлар холедохотомияга кўрсатма бўлади. |
| Ўт қопи йўлининг ортиқча чўлтоғи | Сиптоматология аниқ белгиларга эга эмас. Кўпинча ўнг қовурға ёйи остида оғриқ хуружлари, баьзан иситма, сариқлик билан бирга кузатилади. | Оғриқ синдроми ва ўт гипертензиясининг белгилари қайта операция учун кўрсатма хисобланади: ўт қопи йўлининг ортиқча чўлтоғи олиб ташланади. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ПХЭС кўринишлари | Клиник кўриниши | Даволаш |
| Ўт қопи бўлмаслиги синдроми (холедох ёки Одди сфинктерининг спазми) | Холецистэктомиядан сўнг операция қилинган беморларнинг тахминан 50%ида Одди сфинктерининг гипертонуси бўлади деб хисобланади. Одатда унинг спастик холатида типик иррадиация берувчи ўткир, давомли бўлмаган оғриқлар юзага келади. Ёғларни кўтара олмаслик кузатилади. Оғриқлар психоэмоционал зўриқиш оқибатида ҳам юзага келиши мумкин. Хатто кучли оғриқлар вақтида ҳам иситма, сариқлик, тери қичиши бўлмайди. | Ўткир оғриқлар даврида спазмолитиклар қўлланилади. Мухим омиллардан бўлиб авайловчи пархез (№5 индивидуал қабулни хисобга олиб), тез-тез овқатланиш хисобланади. Иссиқлик аппликациялари, новокаин ёки магний сульфат билан электрофорез, диатермия, индуктометрия, УВЧ буюриш мумкин. |
| Обструкционсиндром. “Унитилган тошлар” (97% холда) ва ўт йўлларида қайтадан хосил бўлган тошлар (3% холда)оқибатида ҳамда сурункали панкреатит, ўт йўли чўлтоғининг дивертикулити оқибатидаги умумий ўт йўли стенози оқибатида келиб чиқади. | Холедохолитиазнинг клиник манзараси ўнг қовурға ёйи остидаги, баьзан ўнг елка ва куракка узатилувчи оғриқлар билан характерланади. Оғриқлар ўт қопини олингунича бўлган оғриқлар билан бир хил бўлади. Колика хуружлари одатда пешоб рангининг тўқлашуви, тери қичиши, баьзан сариқлик ва нажас рангининг оқариши билан кечади. Хуруж махалида ҳарорат ошиши ва қалтираш кузатилиши мумкин. Хуружлар орасида қориннинг юқори қисми ёки ўнг қовурға ёйи ости сохасида доимий оғриқлар, овқатдан сўнг кўкрак ости сохасида оғирлик кузатилади. | Холедохдаги кўндаланг ўлчами 1см.дан кам тошлар 50 % холларда 4-6 ҳафта давомида спонтан тушиб кетади. Т-симон дренажлар билан чайиш ва тошларни локал парчалаш (литотрипсия) тошларнинг тушишини тезлаштириши мумкин. Сариқлик борлиги, ўт йўллари диаметрининг 1 см.дан катталашиши, холангит клиникаси бўлган холлар холедохотомияга кўрсатма бўлади. |
| Ўт қопи йўлининг ортиқча чўлтоғи | Сиптоматология аниқ белгиларга эга эмас. Кўпинча ўнг қовурға ёйи остида оғриқ хуружлари, баьзан иситма, сариқлик билан бирга кузатилади. | Оғриқ синдроми ва ўт гипертензиясининг белгилари қайта операция учун кўрсатма хисобланади: ўт қопи йўлининг ортиқча чўлтоғи олиб ташланади. |

**"Айлана стол" усули.**

**Мақсад:** Мухокама жараёнига барча талабаларни жалб қилган холда уларнинг билимларини назорат қилиш.

**Усулнинг асосий мазмуни.**

Айлана бўйлаб масала ёзилган варроқ берилади. Ҳар бир талаба унга ўзи тўғри деб топган жавоб вариантини ёзади ва кейинги қатнашчига узатади. Бошқаси ўз навбатида жавобни ўз варианти билан тўлдириши керак бўлади. Мухокама жараёнида нотўғри жавоблар ўчирилиб, бу нарса дарс сўнгидаги якуний бахолашгда хисобга олинади.

1. Ўт қопининг оператив олиб ташланишидан сўнг юзага келувчи типик касалликларни санаб беринг.
2. Постхолецистэктомик синдромнинг клиникаси.
3. Постхолецистэктомик синдромда текширув усуллари.
4. Операция қилинган меьда касалликларини ёзинг.

**Жавоблар:**

1. Ўт қопининг бўлмаслиги синдроми; ўт қопи йўлининг чўлтоғи синдроми; стенозловчи холангит ва папиллит ва бошқ.

2. Постхолецистэктомик синдромнинг клиникаси ўнг қовурға ёйи остида тўмтоқ оғриқлар, жигар коликасининг қайталама хуружлари (тошлар хосил бўлганида), холангит симптомлари билан характерланади.

3. Вена ичи холеграфияси, ретроград холангиопанкреатография.

4. Эрта ва кечки операция қилинган меьда касалликлари фарқланади. Уларга киради: Демпинг-синдром, гипогликемик синдром, олиб келувчи халқа синдроми, анастамознинг пептик яраси.

**1.1 Аналитик қисм**

**Вазиятли масалалар:**

1. Бемор 34 ёшда, УАШга овқатланганидан сўнг пайдо бўлувчи эпигастрал сохада ва ўнг қовурға ёйи остидаги оғирлик ва ёйилган оғриқларга, ўқтин-ўқтин енгиллик келтирувчи, кўплаб, ўт билан қайт қилишга шикоят қилиб мурожаат қилди. Анамнездан 6 ой аввал ошқозон яра касаллиги бўйича операция қилинган (Бильрот II бўйича). Кўрилганда: умумий ахволи ўрта оғирликда, тўйиниши паст даражада, Юрак: тонлари ўрта жарангликда, ритмик. Пульс 98та/мин. АҚБ 100/60 мм.сим.уст. Ўпкаларида везикуляр нафас эшитилади. Қорни юмшоқ, эпигастрал сохаси бир оз оғриқли. Овқат қабил қилган захоти ўнг қовурға ёйи остида шиш кузатилиб, қайт қилиши билан йўқолади. Жигар ва талоғи катталашмаган. Ич келиши қабзиятга мойил.

1.Юқоридаги симптомлар кузатилувчи камида 4 та жаррохликдан кейинги касалликларни кўрсатиб беринг.

2. Тахминий ташхис;

3. Информатив текшириш усуллари;

4. Энг информатив текшириш усули ва унда бўладиган ўзгаришлар;

5. УАШ тактикаси.

**Жавоблар:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Жавоблар | Балл |
| 1 | Демпинг-синдром, гипогликемик синдром, олиб келувчи халқа синдроми, анастамознинг пептик яраси. | 15 |
| 2 | Олиб келувчи халқа синдроми | 25 |
| 3 | Барий билан рентгеноскопия, ЭФГДС | 20 |
| 4 | Барий билан рентгеноскопия:олиб келувчи халқанинг антирефлюкс қисқариши | 20 |
| 5. | Оператив даво учун хирургга юбориш. | 20 |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Бемор 38 ёшда. УАШга овқатдан сўнг, айниқса ширинликлар истеьмолидан кейин 10-15 дақиқа ўтгач кескин бўладиган холсизлик, совуқ тер босиши, бош айланиши, кўнгил айниши, юрак уриб кетишига шикоят қилиб келди. Анамнезидан: бемор 12 б.и. яра касаллиги бўйича операция ўтказган. Бемор аҳволи горизонтал холатда яхшиланганлиги учун овқатдан сўнг дархол ётиб олишга харакат қилади. Кўздан кечирилганда бемор озғин, тери ва кўринарли шиллиқ қаватлари оқарган, тоза. Ўпкаларида везикуляр нафас эшитилади. Юрак: тонлари ўрта жарангликда, ритмик. Пульс дақиқасига 100та. АҚБ 100/60 мм.сим.уст. Тили илдиз сохасида оқ караш билан қопланган. Қорни юмшоқ, эпигастрал сохада оғриқли. Жигар ва талоғи катталашмаган.

1. Тахминий ташхис;

2. Қўшимча текшириш усуллари;

3. УАШ тактикаси беморни олиб боришни тўлиқ ёритиш билан бирга (медикаментоз ва номедикаментоз). \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Бемор 29 ёшда. УАШга овқатдан сўнг 30-40 дақиқа ўтиб эпигастрал сохада оғриқлар бўлиши, уларнинг операциядан аввалгига қараганда кучлироқ ва давомлироқлигига, кўнгил айнаши ва зарда қайнашига шикоят қилиб мурожаат қилди. Анамнездан: 2 ой аввал беморда ошқозон резекцияси, гастроэнтероанастамоз қўйиш билан бирга операцияси ўтказилган. Обьектив: бемор тўйинганлиги ўрта даражада, тери ва кўринарли шиллиқ қаватлари одатдаги рангда, тоза. Юрак – тонлари ўрта жарангликда, ритмик. Пульс дақиқасига 80 та. АҚБ 120/60 мм.сим.уст. Ўпкаларида везикуляр нафас эшитилади. Тили оқ караш билан қопланган. Қорни юмшоқ, эпигастрал сохада локал оғриқли. Жигар ва талоғи катталашмаган. Ич келиши қабзиятга мойил.

1. Қайси 3 та касалликларда юқорида келтирилган шикоятлар кузатилади?

2. Тахминий ташхис;

3. Текшириш усуллари;

4. УАШ тактикаси беморни олиб боришни тўлиқ ёритиш билан бирга (медикаментоз ва номедикаментоз).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Бемор Х. 35 ёшда. УАШга охирги 2 ой давомида ўнг қовурға ёйи остидаги коликасимон оғриқларга, баьзида овқатдан сўнг кўнгил айниши ва қорин дам бўлишига шикоят қилиб келди. Анамнездан: ярим йил аввал ўт-тош касаллиги бўйича операция қилинган (холецистэктомия). Обьектив: t 36,6 С Юрак – тонлари ўрта жарангликда, ритмик. Пульс дақиқасига 80 та. АҚБ 110/70 мм.сим.уст. Ўпкаларида везикуляр нафас эшитилади. Қорни юмшоқ, ўнг қовурға ёйи ости оғриқсиз. Ортнер, ўнг тарафлама френикус симптомлари манфий. Жигар ва талоғи катталашмаган. УҚТ, УСТ ўзгаришсиз.

1.Юқоридаги симптомлар кузатилувчи камида 4 та касалликни санаб беринг;

2. Тахминий ташхис;

3. Информатив текшириш усуллари;

4. УАШ тактикаси;

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Бемор Х. 36 ёшда. УАШ.га ўнг қовурға ёйи остидаги овқатдан сўнг бўлувчи тўмтоқ, тортувчи оғриқларга, уларни ўнг куракка узатилишига, ич келишининг нотурғунлигига ва уни ёғлик ёки кўп миқдорда овқатдан сўнг кучайишига шикоят қилиб келди. Анамнездан: ярим йил аввал ўт-тош касаллиги бўйича операция қилинган (холецистэктомия). Охирги 3 ойда юқоридаги шикоятлар безовта қилмоқда. Обьектив: Юрак – тонлари ўрта жарангликда, ритмик. Пульс дақиқасига 70 та. АҚБ 120/60 мм.сим.уст. Ўпкаларида везикуляр нафас эшитилади. Қорни юмшоқ, ўнг қовурға ёйи ости оғриқли. Ортнер, ўнг тарафлама френикус симптомлари манфий. Жигар ва талоғи катталашмаган. УҚТ, УСТ ўзгаришсиз.

1.Юқоридаги симптомлар кузатилувчи камида 4 та касалликни санаб беринг;

2. Тахминий ташхис;

3. Информатив текшириш усуллари;

4. Ушбу ташхисни тасдиқлашда хал қилувчи ахамиятга эга бўлган қўшимча текшириш усулини айтинг.

5.УАШ тактикаси;

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Бемор 31 ёшда. УАШ.га эпигастрал сохадаги даврий тўмтоқ оғриқларга, оғиз қуриши ва оғизда аччиқ таьмга, кекириш, кўнгил айниши, иштаха пасайишига шикоят қилиб келди. Анамнездан 2 ой аввал ошқозон я.к. бўйича операция қилинган (Бильрот 2 бўйича меьда резекцияси). Кўрилганда: Юрак – тонлари ўрта жарангликда, ритмик. Пульс дақиқасига 80 та. АҚБ 110/60 мм.сим.уст. Ўпкаларида везикуляр нафас эшитилади. Қорни юмшоқ, эпигастрал диффуз тарқалган оғриқлар. Жигар ва талоғи катталашмаган.

1.Юқоридаги симптомлар кузатилувчи камида 4 та касалликни санаб беринг;

2. Тахминий ташхис;

3. Информатив текшириш усуллари;

4. УАШ тактикаси беморни олиб боришни тўлиқ ёритиш билан бирга (медикаментоз ва номедикаментоз).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. Бемор Х. 35 ёшда. УАШга эпигастрал сохадаги, орқага узатилувчи, баъзан белбоғсимон характердаги оғриқларга, уларнинг ёғли овқатдан сўнг кучайишига, зарда қайнашига, оғиз қуришига, кекиришга, қайт қилишга, иштаханинг пасайишига, ич кетишларга шикоят қилиб келди. Анамнездан: ярим йил аввал ўт-тош касаллиги бўйича операция қилинган (холецистэктомия). Операциядан сўнг юқоридаги шикоятлар безовта қилмоқда. Обьектив: Бемор ориқлаган. Юрак – тонлари ўрта жарангликда, ритмик. Пульс дақиқасига 90 та. АҚБ 110/60 мм.сим.уст. Ўпкаларида везикуляр нафас эшитилади. Қорни юмшоқ, эпигастрал соха оғриқли. Чап тарафлама френикус симптомлари мусбат. Жигар ва талоғи катталашмаган.

1.Юқоридаги симптомлар кузатилувчи камида 5 та касалликни санаб беринг;

2. Тахминий ташхис;

3. Информатив текшириш усуллари;

4. Нажас тахлилида қандай ўзгаришлар бўлади..

5.УАШ тактикаси;

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8. Бемор 34 ёшда, УАШ.га охирги вақтда пайдо бўлган сабабсиз холсизликга, иштаха йўқлиги, озиш, эпигастрал сохада оғирлик ва ноаниқ оғриқларга, нажаснинг “кўмирсимон”қорайиб келишига шикоят қилиб келди. Узоқ йиллар мобайнида яра касаллиги билан оғриган. 2 йил аввал ошқозан яра касаллиги бўйича операция қилинган (Бильрот 1 бўйича). Охирги 10 йил мобайнида касаллик авжланиши кузатилмаган. 20 йил аввал вирусли гепатит “А” ўтказган. Обьектив кўрилганда бемор тўйинганлиги паст даражада. Тери ва шиллиқ қаватлари оқарган, чап ўмров ости сохасида катталашган лимфа тугунлари аниқланади. Cor – тонлари бўғиқлашган, ритмик пульс дақиқаига 95та. АҚБ 100/70 мм.сим.уст. Ўпкаларида везикуляр нафас эшитилади. Тили кир-кулранг караш билан қопланган. Қорни юмшоқ, пальпацияда пилорик қисмда оғриқли.

1. Юқоридаги шикоятлар ва симптомлар билан кечувчи 2 тадан кам бўлмаган касаллик ва 3 тадан кам бўлмаган асоратни санаб беринг;

2. Тахминий ташхис (асосий, асоратлар);

3.Информатив текшириш усуллари;

4. Ушбу бемордаги касалликнинг бошланғич босқичларида УАШ қандай диспансер назоратини ўтказиши керак;

5. УАШ тактикаси.

**1.2..График органайзер «балиқ скелети».**

«Балиқ скелети» схемасининг мақсади муаммолар доирасини тУТТб чиқиш ва уларни хал қилишга уриниб кўришдан иборат ва у тизимли, аналитик ва ижодий фикрлашни ривожлантиради.

Схеманинг кечиши: талабалар схемани тузиш қоидаси билан танишадилар. Индивидуал ёки жуфтликда юқоридаги суякларга муаммо олди холатни, пастки суякларга шу муаммо борлигини тасдиқловчи фактларни ёзиб чиқишади.

Кичик гурухчаларга бирлашиб, схемаларини таққослашади ва тўлдиришади.

Кейин натижалар намойиш қилинади. Тўлдирилган схеманинг намойиши муаммо олди холатларнинг ўзаро боғлиқлилигини ва уларнинг умумий характерини кўришга имкон беради.

ноаниқўхшаш латент касаллик

клиника симптомларкечишисимуляцияси

диспепсия

диагностика

----------------------------------------------------------------------------------------------------

Лаборатория бемор аппаратура иқтисодий

етишмовчилиги ўз вақтида етишмовчилик камчиликлар

келмади

Врач в рачврачврач

паст билимлиэтиборсиз халатсиз ўз устида ишламайди

Диспепсия

Диагностика

----------------------------------------------------------------------------------------------------

Ҳамшира ҳамшира ҳамшира

халатсиз билимсиз ўзбошимча

**1.3. Амалий қисм**

**Ушбу мавзуни ўтиш давомида УАШ эгаллаши керак бўлган кўникмалар рўйхати**

1. Диспепсияси бўлган беморларни кўрикдан ўтказиш.

2. Диспепсия холатларидаги лаборатор-инструментал текширув натижаларини интерпритация қилиш.

**Диспепсия**

Гастритлар, дуоденит, яра касаллиги, ўт йўллари дискинезияси, холецистит, постхолецистэктомик синдром, операция қилинган меьда касалликлари

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № босқич | Кўрсаткичлар  Тахлили | Бажарилмади | Тўлиқ бажарилди |
|  | Бемор кўриги |  |  |
|  | Умумий қон тахлили | 0 | 50 |
|  | Диастаза ферментлари |
|  | Ошқозон ширасининг тахлили |
|  | ЭГДФС |
|  | Ошқозон-ичак тракти рентгени |
|  | Жигар, ўт пуфаги, ошқозон ости бези УТТси |
|  | Инфекционист консультацияси |
|  | Хирург консультацияси |
|  | Қиёсий ташхислаш | 0 | 20 |
|  | Ташхисни шакллантириш | 0 | 10 |
|  | УАШ тактикаси | 0 | 10 |
|  | Профилактик тадбирлар | 0 | 10 |
| ЖАМИ |  | 0 | 100 |

**2. Машғулот, кўникмалар ва билимларни назорат қилиш шакллари**

* Оғзаки
* Ёзма
* Вазиятли масалаларни ечиш
* Асосий амалий кўникмаларни кўрсатиб бериш

**Эслатма: Таянч билим ва кўникмалар – бемор учун “хавфсизликни” таьминловчи минимал билимлардир.**

**3. Назорат саволлари.**

1. Постхолецистэктомик синдром, операция қилинган меьда касалликлари этиологияси.

2. Постхолецистэктомик синдром, операция қилинган меьда касалликлариклиникаси.

3. Постхолецистэктомик синдром, операция қилинган меьда касалликлари диагностикаси.

4. Постхолецистэктомик синдром, операция қилинган меьда касалликларини қиёсий ташхисоти.

5. Постхолецистэктомик синдром, операция қилинган меьда касалликларини диспансер ва амбулатор кузатуви.

**Амалий машғулот № 11**

**Мавзу:** Қорин эпи-, мезо-, гипогастрал сохаларида оғриқ билан кечувчи касалликлар профилактикаси. Диарея. Инфекционваноинфекционэтиологиялидиареяда дифференциал диагностика. Йўғон ичак таъсирланиш синдроми. Таснифи. Мезонлари. УАШ тактикаси. Йўғон ичак таъсирланиш синдроми, карияларда ич котиши ва йугон ичак усмаси профилактикаси. УАШ тактикаси.

**Ўқитиш технологияси**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ўқитиш вақти: 6 соат** | | |
| **Ўқув машғулотининг структураси** | | 1. 1.Ўқув тематик кабинет. 2. 2.УАШ кабинет . 3. 3.Ўқув қўлланмалари, фантомлар, муляжлар, тарқатма материал, тест ва вазиятли масалалар тўплами. 4. Телевизор, видео аппаратура, мультимедиа |
| **Ўқув машғулотлари мақсади: Ичак функционал касалликларида вактида ташҳис куйишга ва қиёсий ташҳисига, даволаш тактикасининг оптимал вариантларини танлашга УАШни ўргатиш. “Умумий амалиёт шифокорининг квалификацион характериктикаси”бўйича кўриб чиқилган талаблар,соғлиқни сақлашни бирламчи звеносида беморларни олиб бориш шароитларини ва клиник кечишининг аҳамияти.** | | |
| **Педагогик вазифалар:**  1.“Қоринда оғриқ”синдроми билан кечувчи ичак функционал касалликлар ташҳиси саволларини куриб чикиш.  2. Колитлар ташҳиси саволларини куриб чикиш.  3. Ичак функционал касалликларда коринда оғриқ бор беморларни курсатиш.  4. “Қоринда оғриқ”синдроми билан кечувчи ичак функционал касалликлар клиник-лаборатор-инструментал текшириш маълумотларини мухокама килиш.  5. “Қоринда оғриқ”синдроми билан кечувчи ичак функционал касалликлар қиёсий ташҳислаш.   * диарея диагностикасида саволларни кўриб чиқиш. * Гипер ва гипокинетик диареялар диагностика саволларини кўриб чиқиш. * Диарея билан беморларни намойиш қилмоқ. * Диареядада клиник-лаборатор-инструментал текширувларни мухокама қилиш. * Диареянинг тақослама ташхисси * Ичак таъсирланиш синдроми, колит, йўғон ичак к ўсмаси,дивертикулёз, долихоколон диагностика саволларини кўриб чиқиш. * Қабзият билан беморларни намойиш қилмоқ. * Қабзиятда клиник-лаборатор-инструментал текширувларни мухокама қилиш.   6. “Умумий амалиёт шифокорининг квалификацион характериктикаси”бўйича УАШ тактикасини мухокама килиш.  7. Даволаш асосларини мухокама килиш.  8. КВП ва ОП шароитида беморларни олиб бориш, кузатиш ва мониторинг асосларини мухокама килиш.  9. Ичак функционал касалликларда бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактика асосларини мухокама килиш. | **Ўқитиш жараёни натижалари:**  **УАШ билиши керак:**  **1.Ичак функционал касалликларда коринда оғриқ келиб чиқишининг сабаблари ва механизмлари.**  **2. Ичак функционал касалликларда коринда оғриқ клиник кечиши.**  **3. Ичак функционал касалликларда коринда оғриқ ташҳиси.**  **4. Ичак функционал касалликларда коринда оғриқ қиёсий ташҳиси.**  **5. Ичак функционал касалликларни даволаш асослари(медикаментоз ва номедикаментоз).**  **6. КВП ва ОП шароитида ичак функционал касалликлари билан касал беморларни олиб бориш, кузатиш ва мониторинг асосларини мухокама килиш.**  **7. Ичак функционал касалликларда бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактика асослари.**  **УАШ килиши керак:**  1.Ичак функционал касалликларда коринда оғриқ ташҳисида шикоят ва анамнез маълумотларини таҳлил қилиш.  2. Ичак функционал касалликларда коринда оғриқ лаборатор инструментал ва клиникаси бўйича ташҳислаш ва қиёсий ташҳислаш.  3. Ичак функционал бузилишида самараси исботланган медикаментоз воситаларини тўғри танлаш.  4. Номедикаментоз даволаш усуллари хакида маслахат бериш.  5. КВП ва ОП шароитида мониторинг утказиш. | |
| **Ўқитиш усуллари** | « Аклий хужум» усули; график органайзер- Венна диаграммаси, намойиш, видеокўрув, муҳокама, суҳбат, тестларни ,вазиятларни масалаларни ечиш | |
| **Ўқиш жараёнини ташкиллаштириш шакллари** | Якка тартибда ишлаш, гуруҳларда ишлаш, жамоа, аудитория, аудиториядан ташқари. | |
| **Ўқитиш воситалари** | Тарқатма ўқув материаллари визиуал материаллар, видеофильмлар, муляжлар, график органайзер, тиббиёт варақалари комплекти , жадваллар, стендлар. | |
| **Қайта боғланиш воситалари ва имкониятлари** | Блиц-сўров, тестлаштириш, презентация ўқув вазифаларини бажариш натижалари ,тиббиёт варақаларини тўлдириш ,”мутахассислик сўрови”амалий кўникмаларини бажариш | |

**1. Дарснинг мазмуни.**

**1.1. НАЗАРИЙ КИСМИ**

Ушбу мавзуни куриб чикишда кейнги аспектларни таъкидлаб утиш лозим: энг куп учрайдиган ошкозон-ичак тракти функционал касалликлардан ошкозон таъсирланиш синдроми, аэрофагия, оддий ич котиши, йугон ичак таъсирланиш синдроми ва ут йуллари дискинезиясини ажратиш мумкин.

Одатий ич котиш – узок вакт давом этувчи ичак бушамоклигини бузилиши (2 кунда 1 мартадан кам, нажас хажми 100грдан кам, ичак тулик бушаши хиси йук), органик касалликлар билан богланмаган. Оддий ич котиши хамма ичак касалликлардан 10-12% ташкил этади.

Нажас купинча йугон ичакни чап яримида тухтаб колади (сигма, reсtum). Купинча тугри ичак ампуласидаги ичак перисталтикасини кучайтирувчи рефлекс бУТТлган. Ич котиши ривожланишига куп факторлар олиб келади, купинча психоген факторлар. Булар купрок неврозли беморлада депрессив холатда, мия кон томирлари атеросклерозида, циклотимияда кузатилади.

Коринни пайпаслаганда огриксиз, каттик баъзида нотекис (нажас) сигмасимон ичак аникланади. Ректороманоскопия ва рентгенография функционал ич котишда хеч кандай узгаришлар аникламайди. Ташхис учун ич котиши кучаймасдан узок вакт кечиши, беморнинг яхши умумий ахволи, пархез ва профессионал анамнези катта ахамиятга эга.

Давоси куйдагилардан иборат невротик холатларни бартараф килмок, мехнат тузумини тартибга солмок, рационал пархез ва ич сурадиган дори ёзиб бермок, дефекация акти рефлексини кучайтирадиган – 1 стакан совук сувни оч коринга ичиш, баракали нонушта, дефекация актида кулай холат ( «бургут холати»), уз УТТни ишонтириш, таркибида пектин бор озик овкатлар.

Йугон ичак таъсирланиши (бирламчи йугон ичак дискинезияси) – доимий ёки узгарувчан йугон ичак вазифаси бузилиши (купинча моторли), органик касалликлар сабаб булмаган ва огрик, нормал ич келиши бузилиши, базида шиллик гиперсекрецияси билан характерланади.

Касалликни этиологик асоси невроз, эркакларда купрок депрессия, ипохондрия, психастения, аёлларда - истерик реакциялар, фобиялар, параноид холатлар, гиперреактивлик. Барча беморларда вегетатив нерв системаси дистонияси кузатилади.

Клиникада олдинги планга ичак шикоятлари чикади, биринчидан огрик ва ич келиши бузилиши, хамда ичакда шиллик ишлаб чикарилиши кучайши. Огрик синдроми кучи корини пастида босим хисидан коликага ухшаш каттик огрикгача булади, давомийлиги бир неча миндан бир неча кунгача, вакти-вакти билан огрик кучаяди. Огрик коринни пастки квадрантида пайдо булади, баъзан бутун ичакда, белда, кукрак кафасни чап яримига, шу билан баравар коринни кулдираши, шишиб кетиши кузатилади. Кам холларда ичак коликасини буйрак, жигар коликалари билан адаштирадилар, ёки 12 бармок ичак яра касаллиги билан боглайдилар. Огрик купинча стресс холатлардан ёки аник овкат истеъмол килгандан кейн пайдо булади. Ич келиши бузилишида купинча ич кетиши кузатилади, кам холларда ич келиши ич кетиши билан алмашиб туради.

Сигмасимон ичак таъсирланиши ва спазм сабабли ректороманоскопия и ирригоскопия килиш кийнлашган.

Якуний ташхис органик касалликларни, ичак дисбактериозини, аллергик энтероколитни инкор килгандан сунг куйилиши мумкин.

Давоси неврозларни бартараф килишга ва олдини олишга асосланади, пархез нажас узгариши характерига караб: кабзиятда – клетчаткага бой овкат, диареяда – тез хазм буладиган овкат, углевод ва клетчатка истеъмол килишни чегаралаш.

Сурункали энтеритда ичак сақламаси пассажи ва мотор функцияси бузилиши диярея билан кечади. Диарея ривожланишида 4 та механизм иштирок этади: ичак гиперсекрецияси, ичак бўшлиғида осмотик босимни ошиши, ичак гиперэкссудацияси, ичак сақламасининг утишини бузилиши. Ичак моторикасини бузилиши диарея ривожланишида улкан ҳисса қўшади. Ич кетиши билан шикоят қилган кўп беморларда ичак сақламаси ўтиши тезлашиши ичакнинг перистальтик фаолиятига боғлиқ бўлмай балки асосан ингичка ичакнинг дистал қисмлари моторикаси сусайишига боғлиқ. Ректосигмоид қисм ўзига хос функционал сфинктер ролини ўйнаб, диареяда у бўшашади, етишмовчилиги юзага келади: сигментловчи қисқаришлар тўхташи ёки сусайиши юғон ичак бўйлаб ахлат пассив харакати ва “ахлат устунлари” хосил бўлади. Кўп беморларда диарея ичак мотор функцияси кучайиши билан кечади. Бу термин билан ахлат ажралишининг сони ортиши(суткада 3 мартадан кўп), ахлатнинг нормага нисбатан миқдорини кўпайиши суюқ келишига

Ичак гиперсекрецияси ичакдаги электролитлар баланси бузилиши билан кечади.Секретор диареяга кўпроқ вабо хос.Секретор диарея суюқ ахлат, полифекалия, стеатореей узун углерод занжирли ёғ кислоталари хисобига, натрия, калия, хлорнинг ахлат билан кўп чиқиши, метаболик ацидоз, ахлатда юқори рН билан кечади .

Ичак бўшлиғида осмотик босим ошиши қуйидаги холатларда кузатилади: 1) углеводлар хазм бўлиши ва сўрилишининг бузилиши; 2) сўрилиш бузилиши синдроми; 3) осмотик актив моддалар ичакка кўп тушиши (тузли ич юмшатувчилар, сорбитола). Осмотик диарея ич суюқ келиши, полифекалия, қисқа занжирли ёғ кислоталар ва сут кислотаси ошиши, электролитларнинг кам миқдорда йўқотилиши, ахлат рН кам ўзгариши.

Ичак сақламаси ўтиши тезлашиши гормонал ва фармакологик стимуляторлар; (серотонин, простагландинлар, секретин, панкреозимин, гастрин); транзитнинг невроген стимуляцияси ; ичак эвакуатор фаолияти тезлашиши, ичак бўшлиғи босими ортиши. Бундай холатлар асосан функционал диареяларда кузатилади. Бунда ахлат кам миқдорда, шиллиқ аралаш, эрталаб овқатдан кейин, кўпроқ тўлғоқсимон оғриқлар билан кечади

Диареяларни даволаш: диета 4б, аглютенли диета, ичак эубиозини тиклаш; фермент препаратлар, адсорбентлар, қамраб олувчилар, ортиқча органик кислоталарни боғловчи препаратлар; перестальтикани секинлаштирувчи препаратлар; антисекретор препаратлар.

**Қабзият** – бу кам миқдордаги қаттиқ ахлатни қийин ажралиши. Кам ич келиши, дефекациядан кейин ичакни тўлиқ бўшамаганлик хисси, кунига 2-3марта юмшоқ ични келиши – бу нормал, кунига бир неча марта ични қаттиқ келиши хам қабзият хисобланади.

Функционал қабзият . Функционал қабзиятни 3 тури фақланади; оддий қабзият; ичак гипокинези билан боғлиқ қабзият; ; ичак гипокинезига боғлиқ бўлмаган қабзият (ичак тасирланиш синдроми).Одий қабзият нисбатан кўп тарқалган бўлиб, сабаби нотўғри овқатланиш, кам харакат хаёт тарзи, дефекацияга чақириқни босиб туриш, иш шароитини ноқулайлиги, узоқ сафардаги ўрганилмаган овқат истемол қилиш. Доимий дефекацияга чақириқни босиб туриш дискинезия холатига олиб келади, қочонки тўғри ичак ампуласини кенгайишига сезгирлиги ошганда. Ичак гипокенизияси одатда ёшларда аниқланди.Қабзият болалик ёки ўсмирлик даврида бошланади ,тўғруқдан кейин , озиш мақсадида ёки операция мақсадида қатий диета қилганда кучаяди. Текширувлардардан сўнг қабзиятга олиб келувчи органик сабаблар инкор қилингандан кейин овқатланишни узгартириш ва соғлом турмуш тарзи олиб бориш тўғрисида тавсиялар берилади.

Орттирилган мегаколон Асосий сабаблари: ич бушаштирувчиларни узоқ қабул қилгандан сўнг бекор қилганда; гипотиреоз; системали склеродермия. Клиника: қоринни сезиларли дам булиши; ректал текширувда – тўғри ичак ампуласини кенгайганлиги ва орқа чиқарув тешиги сфинктери тонуси пасайганлиги; ирригографияда ахлат массаси билан тўлган, кенгайган йўғон ичак аниқланади. Амалий маслахатлар: қабзиятни органик сабабларини инкор қилиш; тўғри овқатланиш ва соғлом турмуш тарзи хақида тавсиялар берилади; ич сурувчи препаратларни узоқ вақт қабул қилмаслик; Қабзиятда нажаснинг тўқ қизил рангли қон билан келиши йуғон ичак ракигаа шубха туғдиради, алвон рангли қон билан келиши геморройга характерли; диуретик қабул қиладиган беморларда гипокалиемия бўлиши қабзиятга олиб келади.

Йўғон ичак раки. Кўпроқ 50 ёшдан ошган эркакларда учрайди ; кеч аниқланиши туфайли ўлим 60%ни ташкил қилади; 70% холларда ўсма тўғри ичакда жойлашади. Хавф омиллари: носпецифик ярали колит; туғма оилавий йўғон ичак полипози; йуғон ичакни сурғичли ўсмаси. Клиникаси:нажаснинг қон ва шиллиқ аралаш келиши ; қабзият баъзан ич кетииши; ичакни тўлиқ бўшамаслик хисси; қоринда нохуш хислар ёки тўлғоқсимон оғриқлар; орқа чиқарув йули сохасида нохуш сезги; анемия.

Ичак девиртикулёзи катта ёшларда кўп учрайди

(40 ёшдан катталарда). Унга йўғон ичакни пастга тушган қисмида кўп миқдорда дивертикуллар бўлиши хос.Касаллик сабаби кам клечатка истемол қилиш билан боғлиқ. . Клиникаси: ичак дивертикулези аксарият холларда белгисиз кечиб, қабзият ёки ич кетиши билан алмашиб туради, гипогастрал соханинг чап томонида оғриқлар кузатилади. Беморлар пальпациияда чап ёнбош сохасида оғриқларга, кўп миқдорда қон кетишига , ўткир қорин белгилари қўшилишига шикоят қилишади.Асоратлари: абсцесс, дивертикул перфорацияси, перитонит, ичак тутилиши, оқмалар хосил бўлиши . Қонда лейкоцитоз, ЭЧТ ни ошиши кузатилади. Ташхис қўйиш учун ректороманоскопия, колоноскопия, ирригоскопия ўтказиш лозим.

Сурункали колит – Йўғон ичакни сурункали яллиғланиши. Клиникасии: қабзият ва ич келишини алмашиб келиши, ичакни тўлиқ бўшамаслик симптоми, ёлғон чақириқлар, қоринда оғриқ, метеоризм, анорексия, полигиповитаминоз, анемия.

Даволаш: механик химояловчи пархез, кам тез-тез овқатланиш, кенг спектрли антибиотиклар, сульфаниламидлар, бифидумбактерия ва ичак таёқчаси лиофилизирланган култураси, яққол ифодаланган метиоризмда активлашган кўмир берилади

«Аклий Хужум» номли иш уйинини ўтказиш услуби

"Аклий хужум" усули.

Усулни асосий коидалари:

- фикрлаш кобилиятини шакллантиришини тухтатиб куядиган танбех ва камчиликларни айтмаслик;

- Ўзига хос сифатли гояларни шакллантиришни рагбатлантириш;

- турли таклифларни ечиш;

- гояларни комбинациялаш, уларни ривожлантириш;

- киска жавоблар, аргументациясиз;

- гурухни икки гурухга булиш; фикр берувчилар ва фикрни ривожлантириш;

**Ушбу уйин Ўзининг фикрини нуктаи назарини шакллантиришга, оптимал ечим хосил килишга каратилган.**

*Хар бир талабага 1 саволдан берилади.*

*1. Ошкозон ва* ичак функционал касалликларини айтиб беринг.

2. Қоринда оғриқ синдроми билан кечувчи кукрак кафаси касалликларини айтиб беринг.

3. Қоринда оғриқ билан кечувчи хазм килиш билан богланмаган касалликларни айтиб беринг.

4. Йугон ичак таъсирланиш синдроми тушунчаси.

**Жавоблар:**

1. Ошкозон таъсирланиш синдроми, аэрофагия, оддий ич котиши, йугон ичак таъсирланиш синдроми ва ут йуллари дискинезияси.

2. Миокард инфаркти, перикардит, крупоз пневмония, плеврит.

3. Абдоминал эпилепсия, ревматизм, малярия, порфирия, даврий касаллик, назоратсиз антикоагулянтлар истеъмол килиш, тугунчали периартереит.

4. Йугон ичак таъсирланиши (бирламчи йугон ичак дискинезияси) – доимий ёки узгарувчан йугон ичак вазифаси бузилиши (купинча моторли), органик касалликлар сабаб булмаган ва огрик, нормал ич келиши бузилиши, базида шиллик гиперсекрецияси билан характерланади.

**1.2 ТАХЛИЛИЙ КИСМИ**

**Вазиятли масалалар:**

1) Бемор 32 ёш аёл УАШ кабулига кориннинг юкори кисмида кучли хуруж киладиган ураб олувчи характерли огрикка шикоят килиб келди. Огрик ёгли овкат истеъмол килиш билан богланган, тез-тез кай килади ва ноаник нажас. Анамнездан: бемор овкатни купинча холодильникдан ейди. Объектив курикда: Огрик Шоффар сохасида ва Держандер нуктасида аникланади. Бемор кам овкатланади. Нажас бузилиши кузатилади диарея кабзият билан алмашиб туради.

1. Юкорида ёзилган симптомлар билан кечадиган 4 касалликларни айтиб беринг;
2. Сизни тахминий ташхисингиз;

3. Ташхис куйиш учун зарур булган текширишлар ва кандай узгаришларни куришни тахмин киляпсиз;

4. УАШ тактикаси ва даволаш.

**Жавоблар:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Жавоб | Балл |
| 1 | Панкреатит, яра касаллиги, холецистит, гастрит. | 20 |
| 2 | Уткир панкреатит | 30 |
| 3 | Кон диастазага, канд. АСТ,АЛТ, билирубин, пешобда диастаза, ошкозоности бези УТТ. Диастаза микдори кутарилиши конда 32 ЕД, пешобда -64 ЕД | 25 |
| 4 | Жаррохлик булимига тезкор госпитализация килиш. | 25 |

2) Бемор 41 ёш, ёшлигида плеврит ва перикардит билан огирлашган силдан даволанган. Сунги 6 ой давомида курук йутал, терлаш, тана харорати 37,7гача кутарилиши, иштахаси пасайши, озиб кетганлиги, унг томонида ковурга ёйдан пастда огрик ва огирлик, умумий холсизлик безовта килади. Шунинг учун УАШга мурожат килди. Объектив курикда: тери-узгаришсиз, иктерик склералар, лунжида цианоз, акроцианоз, юзи шишган. Буйин веналари буртиб чиккан, гепатоюгуляр феномени ижобий. Упкада везикуляр нафас олиш. Юрак чегаралари: унг тарафда туш суягининг унг киррасида, чап тарафда урта умров чизгидан 2см ичкарида, юкорида чап тарафлама III ковурга орасида. Тонлар бугик, диастола бошидаги кушимча тон хисобига уч аъзоли ритм. Парадоксал пульс -1 дак-да 100 та, ритмик. АБ 100/70 мм сим.уст. Асцит сабабли корин катталашган. Жигар +5-6 см огрик бор, талок +2 см. Оёк шишмаган.

1. Сизни тулик тахминий ташхисингиз -30 балл.

2. Ташхисни аниклаш учун кандай текширишлар зарур-20 балл.

3. Гепатоюгуляр феномен кандай аникланади-20 балл.

4. Бу холатни асосий симптомокомплекси булган Бек учлигини санаб беринг-20 балл.

5. Беморни олиб бориш тактикаси-10 балл.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3) Бемор, 52 ёш, УАШга кунгил айниши, вакти-вакти билан кайт килиш, диарея кунига 10-15 марта (нажас суюк, унитаз юзасидан кийин кетади), эпигастрал сохада ураб олувчи огрик шикоятлари билан келган. Анамнезидан: куп йиллар давомида алкоголизм, вакти-вакти билан ошкозон ости сохасида белга берувчи огрик безовта килади. Объектив курикда: бемор жуда кам овкатланади,тери курик жойларида шуралаш, огиз бурчакларида бичилиш. Юрак: тонлар бугик, ритмик. Пульс 1 дак-да 85 та. АБ–120/70 мм сим.уст. Упкада везикуляр нафас олиш. Корин юмшок, эпигастрал сохада ва унг томонда кувирга ёйи пастида огрикли. Жигар + 1 см, талок катталашмаган.Чап томонда Френикуса симптоми ижобий.

1. Юкорида ёзилган шикоятлар ва симптомлар билан кечадиган 5 касалликларни санаб беринг-15 балл.

2. Тахминий ташхис -30 балл.

3. Информатив текшириш усуллари -15 балл.

4. Беморнинг нажасида кандай узгаришлар кузатилади-20 балл.

5. УАШ тактикаси ва даволаш -20 балл.

4)Бемор П.,44 ёш, кечкурун тери кичишига, унг тарафда ковургалар ости да огрик, кул оёк бугимларда огрик, умумий холсизлик, менструал давр бузилишига шикоят килиб келди. Анамнезидан: ОИК билан огриган, сурункали пиелонефритдан тез-тез антибиотик билан даволанган. Вакти-вакти билан алкоголь истеъмол килган. Объектив курикда: бемор кам овкатланади, тана харорати 38,40С. Тери яшил саргиш рангда, оркасида кичиш излари. Юрак тонлари бугик, ритмик, пульс 1 дак-да 88 та. Асцит сабабли корин катталашган, унг томонда кувирга ёйи пастида огрикли. Курловча жигар 12-18-8 см. Талок кувирга ёйи чеккасидан 2 см туртиб чиккан. КУТ: Нв 92 г/л, эритроцит 3,0х 1012/л, Лейкоцит 8,7х109/л, ЭЧТ 35 мм/соат. Конда умумий оксил – 60 г/л, умумий билирубин 42,7 мкмоль/л, богланган 26,0, богланмаган-16,7 мкмоль/л, холестерин- 9,4 ммоль/л, ишкорий фосфатаза В. Долгов буйича 205 Ед/л.

1. Юкорида ёзилган симптомлар билан кечадиган 5 касалликларни санаб беринг -20 балл.

2. Сизни тахминий ташхисингиз -30 баллов.

3. Холестазда беморда эрта боскичларда кандай ферментлар купаяди -20 балл.

4. УАШ тактикаси -10 балл.

5. Даволаш негизлари-20 балл.

5) Эркак 42 ёш УАШга эпигастрал сохада кучли огрик, кунгил айниши, зарда кайнаши шикоятлари билан мурожаат килди. Огрик овкат егандан 20-30 дак-дан кейн пайдо булади, локал характерга эга. Анамнезидан: утган бахорда шундай огриклар пайдо булган. Бемор даволанмаган, 1 ойдан кейин огриклар уз-УТТдан утиб кетди. Объектив курикда: коринни пайпаслаганда эпигастрал сохада кучли огрик пайдо булди. Кабзият.

1. Юкорида ёзилган симптомлар билан кечадиган 4 касалликларни айтиб беринг;
2. Сизни тахминий ташхисингиз;
3. Ташхисни аниклаш учун кандай кушимча текширишлар зарур;
4. Бундай касалликда кандай асоратлар кузатилиши мумкин;

Консерватив даволашни аник схема ва асосларини айтиб беринг

6) Бемор К.да 54 ёш, эпигастрал сохасида тусатдан кучли огрик пайдо булди, кунгил айниши, кайт килиш, метеоризм, хаво етишмаслик хиси, холсизлик. Анамнезида 6 йил давомида ЮИК ва ГК ва сур. гастрит. Юрак сохасида огрик пайдо булганда нитросорбид, АБ кутарилганда адельфан уйда норегуляр ичган. Ахволини огирлашишини эмоционал зурикиш ва полов истеъмол килиш билан боглайди. Объектив курикда: Упкаларда везикуляр нафас. НОС -24 та 1. мин.да. Юрак тонлари бугик, ЭС хисобига аритмик, ЧСС 96 та 1. минда. АБ 165/90 мм.сим. уст.га тенг. Корин юмшок, эпигастрал сохада ва унг томонда кувирга ёйи пастида огрикли. Жигар ва талок пайпасланмайди.УКТ: лейкоцитлар 17,4х109, ЭЧТ -10 мм/соат, АСТ -0,6, ЛДГ- 2,4 ммоль/л, СРБ +.

1. Юкорида ёзилган симптомлар билан кечадиган 5 касалликларни санаб беринг -15 балл;

2. Сизни тулик тахминий ташхисингиз -25 балл;

3. Ташхис аниклаш учун асосий лаборатор узгаришлар (кучайиш вакти)-25 балл;

4. УАШ тактикаси- 10 балл;

5. Госпитализациядан олдинги боскичда огрик синдромини бартараф килиш-25 балл.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7) Бемор 24 лет, шикоятлари эпигастрал сохасида огрик, бугимларда огрик, вакти-вакти билан тана харорати ошиши, йутал, кунгил айниши, кайт килиш, куриш пасайиши, тана кичиши, соч тукилиши. 2 йилдан буён касал.

Объектив курикда: умимий ахволи урта огир. Тер ива шиллик каватлари окарган. Юзида ва декольте сохасида эритематоз тошмалар. Куёш нуридан каварчик пайдо булади. Упкада: унг пастки сохасида тумток товуш, аускультацияда: везикуляр нафас сусайиши, яккаланган нам хириллашлар. Юракда: чегаралари чап тарафга 1,5 см кенгайган. Ps 90 та 1. мин. АБ 110/60 мм сим. уст. Ярали стоматит. Корин юмшок, эпигастрал сохада огрикли. Жигар +4 см.

Кон тахлили: Нв-60 г/л, эр-2,5 х1012/л, лейк.-4 х109/л ЭЧТ-38 мм/соат. Конда мочевина-10 ммоль/л; креатинин-0,8 ммоль/л. УСТ: зичлиги-1012, оксил-2,65%, эр-10-12/1, якка, донадор, гиалин цилиндрлар.

1. Юкорида ёзилган симптомлар билан кечадиган 5 касалликларни санаб беринг -15 балл.

2. Сизни тахминий ташхисингиз -30 баллов.

3. Шикастланиш кандай характерланади.

8) Бемор Г. 39 ёш УАШга эпигастрал сохада доимий тумток огрик, огирлик хисси, ошкозон тулиш хисси, кекирганда айниган тухум хид келиши, кунгил айниши, бир кун олдин еган овкатини кайт килиш, холсизлик ва болдир мушаклари титраш шикоятлари билан мурожаат килди. Анамнезидан 15 йил давомида яра касаллиги билан огриган. Объектив курикда: бемор кам овкатланади, тери окарган, узгаришсиз. Юракда: тонлари бугик, ритмик. Пульс 100 та 1 мин-да. АБ 110/70 мм.сим.ст. Упкада везикуляр нафас. Тил кул ранг караш билан копланган. Корин юкори сохада катталашган, пайпаслаганда огрикли, чайкалиш шовкини. Жигар ва талок катталашмаган. Кабзият.

1. Юкорида ёзилган симптомлар билан кечадиган 4 касалликларни ва 2 асоратларни санаб беринг;

2. Тахминий ташхис;

3. Информатив текшириш усуллари;

4. УАШ тактикаси;

9) 33 ёш бемор УАШга овкат ейиш билан боглик булмаган киндик атрофидаги кучли огриклар билан мурожаат килди. Анамнезидан: бемор шифокор тавсияси билан варфарин таблеткалар ва гепарин мазь олган. Объектив курикда: бемор окарган, милки ва бурнининг тез-тез конаши кузатилади. Корин пальпациясида киндик атрофи сохасида бироз огрикли, корин мушаклари таранглашмаган. Конда ПТИ - 50 %.

1. Юкорида ёзилган симптомлар билан кечадиган 3 касалликларни санаб беринг;
2. Сизни тахминий ташхисингиз;
3. Ташхисни аниклаш учун кандай кушимча текширишлар зарур ва кайси мухим ахамиятга эга;
4. УАШ тактикаси ва даволаш госпитализациядан олдинги боскичда ( номедикаментоз ва медикаментоз даволаш усуллари дорилар номи, дозы ва кабул килиш йуллари билан).

10) Бемор Р. 44 ёш, УАШга овкат егандан сунг дарров эпигастрал сохада огирлик ва шиш хисси, иштаха пасайиши, умумий холсизлик, кабзият ва диарея алмашиб туриши билан мурожаат килди. 15 йил аввал ошкозон касаллиги билан даволанган. Ахволини огирлашиши 1 хафта кузатилди. Зарарли одатлари йук. Объектив курикда: умумий ахволи урта, яхши овкатланади, тери узгаришсиз. Периферик лимфатик тугунчалар катталашмаган. Юрак – тонлар урта аниликда, ритмик. Пульс 70 та 1 мин-да. АБ 120/70 мм.сим.ст. Тил нам, ок караш билан копланган, сургичлар теккисланган. Корин узгаришсиз, нафас олишда актив иштирок этади, пайпаслаганда юмшок, ошкозон ости сохаси озрок огрикли. Жигар ковурга ёйи киррасида. Фракцион усул билан ошкозон суюклиги тахлили: умумий кислоталиги – 10 тит.ед., эркин хлорид кислота – abs, богланган хлорид кислота - 5 тит.ед.

1. Юкорида ёзилган шикоятлар ва симптомлар билан кечадиган 4 касалликларни санаб беринг;

2. Тахминий ташхис;

3. Информатив текшириш усуллари;

4. УАШ тактикаси, беморни олиб боришни аник ёзинг (номедикаментоз ва медикаментоз).

11) 73 ёш эркак УАШ кабулида йутал ва огир нарса кутарган пайтда кучаядиган коринда огрикка шикоят килди. Анамнезидан: гастроэнтерологик касалликлар билан огримаган, иштахаси яхши. 10 кун аввал уз шахрида корнидан травма олган. Объектив курикда: ёшига яраша узгаришлар аникланди, бошини олдинга эгганда коринда кучли огрик аникланди. Пайпаслаганда травма сохасида огрик пайдо булади, корин мушаклари таранглашмаган.

1. Юкорида ёзилган симптомлар билан кечадиган 3 касалликларни санаб беринг;
2. Сизни тахминий ташхисингиз;
3. Ташхисни аниклаш учун кандай кушимча текширишлар зарур;
4. УАШ тактикаси ва даволаш.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# 12) Бемор 31ёш УАШга туш орти сохасидаги огриклар, ачишиш, ютиш бузилиши, зарда кайнаши, кекириш шикоятлари билан мурожаат килди. Анамнезиданбу шикоятлар анча йиллардан бери бор, кунига 5-6 сигарет чекади, курувчи булиб ишлайди.

**Объектив курикда :** бемор озгин, периферик лимфатик тугунчалар катталашмаган. Тил ок караш билан копланган. Корни юмшок, огриксиз. Жигар ва талок катталашмаган. Юрак тонлари бугик, ритмик. Пульс 72 та 1мин-да, АБ 120/80 мм сим.ст.

**1.2.2 график органайзер : ВЕНН** диаграммаси

* 2-3 хил холатларни солиштириш, қиёслаш ва фарқини топиш учун қўлланилади.
* Тизимли фикирлаш, таққослаш қобилияти, тахлил қилиш ва синтез қилиш қобилиятларини ривожлантиради.

ВЕНН диаграммасини тўғри тузилиши билан танишиб чиқилади. Индивидуал / жуфт биландиаграмма тузилади ва тегмаётган (Х) доиралари тўлдирилади.

Жуфтларга бирлашилади, ўзаро диаграммалар солиштирилади ва тўлдирилади.

Доираларни кесишган жойида 2-3 доиралар (хх/ххх) учун умумий деб топилган маълумотлар рўйхати тузилади.

**Вазиятли масала:**

1). 38 ёшли аёл қоринниг чап ярмида кучли тўлғоқсимон оғриқ, вақти\_вақти билан суюқ ич кетиши шиллиқ ва қон иплари билан, тенезмлар, қорин дам бўлиши, тана ҳароратининг 38,50С, озиш, умумий ҳолсизлик. 6 йилдан бери касал. Касалликни авжланиши бахор ва куз ойларида. 3 хафта давомида ахволи оғирлашган. Объктив кўрикда бемор озиқланиши кам, рангпар, ҳолсиз. Ўпкада везикуляр нафас. Юрак тонлари буғиқлашган, ЮҚС ва пульс 86 та АД 90/60 мм сим.уст. Пальпацияда қориннинг ўнг ёнбош сохасида оғриқ аниқланади.Жигар ва талоқ катталашмаган.

1.Юқоридаги симптомлар билан кечувчи 4 тадан ортиқ касалликни сананг-15 балл.

2.Тахминий ташхисингиз-25 балл.

3.Бу патологияда умумий ахлат тахлилида қанақа ўзгаришлар хос-15 балл.

4.Бу патология учун хос эндоскопик ўзгаришлар -25 балл.

4.УАШ тактикаси ва даволаш тамоиллари-20 балл.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Жавоблар | Балл |
| 1 | Сурункали колит, НЯК, Крон касаллиги, дизентерия. | 15 |
| 2 | НЯК | 25 |
| 3 | Ахлат суюқ шиллиқ ва йиринг билан, копрология: лейкоцитлар, эритроцитлар. | 15 |
| 4. | Гиперемия, шиш, қонаш, эрозия ва яра, шиллиқ қаватлар юпқалашиш ва рангпарлик. | 25 |
| 4 | Стационар даволаш учун мутахассисга юбориш, даволаш: 5- АСК (сульфалазин), перорал кортикостероидлар . | 20 |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2). 32 ёшли аёл қоринниг юқори қисмида овқатдан кейинги кучли тўлғоқсимон , куйдарувчи оғриқларга, ва оғриқларнинг орқага узатилишига, кекириш , кўнгил айниши, қайт қилиш, иштаха бузилиши, суюқ ич кетиши, умумий ҳолсизлик. Оғриқлар овқат билан боғлиқ ва кўпинча қайт қилиш ва ахлат ўзгариши билан кечади. Анамнезида бунақа хуружлар ёғли ва ўткир овқатлардан кейин кузатилган Объктив кўрикда бемор озиқланиши кам, рангпар, ҳолсиз. Ўпкада везикуляр нафас. Юрак тонлари буғиқлашган, Пальпацияда қориннинг юқори сохасида оғриқ аниқланади кўпроқ ўнг томонда. ЮҚС ва пульс 96 та АД 110/70 мм сим.уст. УҚТ: гемоглобин 105 г/л, эритроцитлар 3,0х1012/л, лейкоцитлар 10,6х109/л, ЭЧТ 25мм/соат

1.Юқоридаги симптомлар билан кечувчи 4 тадан ортиқ касалликни сананг-20балл.

2.Тахминий ташхисингиз-25 балл.

3.Бу патологиядаги қайт қилиш ва диарея бошқа касалликлардаги шу симптомдан қанақа фарқи бор-25 балл

4.УАШ тактикаси -10 балл

5.Даволаш тамоиллари-20 балл.

3)Бемор К. 54 ёш. 3 йил олдин ўнг ўпканинг ўрта қисми сурункали абсцесси ташхиси қўйилган. Касаллиги совуқ шароитларда авжланиб турган ва сийдик тахлилида протеинурия билан кечган. Охирги йил эрталаб юзда шиш ва ич кетиши пайдо бўлган. Кўрикда оёқларда шиш , юзнинг шишинқираши, қорин пальпациясида уқчиш ва ичак бўйлаб оғриқ. УҚТ: гемоглобин 86 г/л, эритроцитлар 3,2х1012/л, лейкоцитлар 9,6х109/л, ЭЧТ 28мм/соат, Умумий оқсил 44 г/л УСТ: нисбий зичлиги-1012, боқсил 6,5 г/л; лейкоцитлар - 9-14/1; эритроцитлар -8 -11/1, цилиндрлар 4-5/1.

1.Юқоридаги симптомлар билан кечувчи 4 тадан ортиқ касалликни сананг-20балл.

2.Тахминий ташхисингиз-30 балл.

3.Бу патологиядаги умумий балғам тахлилида қанақа ўзгаришлар хос-20 балл

4.УАШ тактикаси -10 балл

5.Даволаш тамоиллари-20 балл.

4) Бемор 34 ёш овқатдан олдинги ва бир ярим икки соатдан кейинги эпигастрал сохада кучли оғриқларга шикоят қилади. 1,5 йилдан бери касал, жадал кечиши кузатилади. 6 ой олдин 12 бармоқ ичак яра касаллиги бўйича даволанган. 2 ой мабойнида фамотидин 20 мг, 2 махал 1 кунда, алмагель, трихопол, натижасиз. Диареяга мойиллик пайдо бўлган.

1.Юқоридаги симптомлар билан кечувчи 4 тадан ортиқ касалликни сананг-20 балл .

2.Тахминий ташхисингиз-30 балл.

3.Бу патологиядаги ўзгаришлар мос келадиган мосликларни кўрсатинг 1) тўш ортида куйдирувчи оғриқ 2) тўш ортида сиқувчи оғриқ 3)чуқур, «ханжарсимон» оғриқ 4) оғриқнинг овқат вақтида кучайиши 5) оғриқнинг овқат вақтида сусайиши 6) олдинга эгилганда оғриқ.

А) ЮИК ва эзофагоспазм; Б) ошқозон яраси ; В) рефлюкс эзофагит; Г) ошқозон Я/К ; Д) 12 бармоқ ичак Я/К ; Е) Диафрагма қизилўнгач тешиги чурраси-20 балл.

4.УАШ тактикаси -10 балл

5.Даволаш тамоиллари-20 балл.

5) 32ёшли эркак УАШга бир суткада 7-8марта тез-тез ич келишига, қон ва йиринг аралаш, кўпроқ чап ёнбош сохасидаги тўлғоқсимон оғриққа, тана хароратининг 38,50С, буғимдаги оғриқларга. Ўзини 3 йилдан бери касал хисоблайди. Касаллиги авжланишини шамоллаш ва пархез бузилиши билан боғлайди. Объктив: бемор гипостеник, Тери ва шиллиқ қаватлар рангпар. Юрак тонлари бўғиқлашган, ритмик. Пульс 100 та/мин. Тил оқ караш билан қопланган. Қорин шишган, қориннинг чап томонида оғриқ. Жигар +4 см.

УҚТ: Нв-100 г/л; лейк.-10,5х109/л; ЭЧТ-29 мм/соат. Қон биохимиктахлилда: ум. оқсил 65 г/л, холестерин- 5,7 ммоль/л, ум. билирубин- 18,2 мкмоль/л.

Ахлат тахлили: кўп миқдорда эритроцитлар, лейкоцитлар, ичак эпителийси хужайралари ва шиллиқ. Трибуле реакциясимусбат. 1.Юқоридаги симптомлар билан кечувчи 4 тадан ортиқ касалликни сананг-20балл.

2.Тахминий ташхисингиз-30 балл.

3.Бу патологиядаги қанақа инструментал текширувлар ва улардаги қанақа ўзгаришлар хос-20 балл

4.УАШ тактикаси -10 балл

5.Даволаш тамоиллари-20 балл

6) 38 ёшли аёл қоринниг чап ярмида кучли тўлғоқсимон оғриқ, вақти\_вақти билан суюқ ич кетиши шиллиқ ва қон иплари билан, тенезмлар, қорин дам бўлиши, тана ҳароратининг 38,50С, озиш, умумий ҳолсизлик. 5 йилдан бери касал. Касалликни авжланиши бахор ва куз ойларида. 2 хафта давомида ахволи оғирлашган. Объктив кўрикда бемор озиқланиши кам, рангпар, ҳолсиз. Ўпкада везикуляр нафас. Юрак тонлари буғиқлашган, ЮҚС ва пульс 88 та АД 100/60 мм сим.уст. Пальпацияда қориннинг ўнг ёнбош сохасида оғриқ аниқланади.Жигар +2 см , талоқ катталашмаган.

1.Юқоридаги симптомлар билан кечувчи 4 тадан ортиқ касалликни сананг-15 балл.

2.Тахминий ташхисингиз-30 балл.

3.Бу патологияда умумий ахлат тахлилида қанақа ўзгаришлар хос-25 балл.

4.УАШ тактикаси -10

5. Даволаш тамойиллари-20 балл

7) 32 ёшли эркак УАШга бир суткада 5-6марта тез-тез ич келишига, қон ва йиринг аралаш, кўпроқ чап ёнбош сохасидаги тўлғоқсимон оғриққа, тана хароратининг 38,50С, буғимдаги оғриқларга. Ўзини 3 йилдан бери касал хисоблайди. Касаллиги авжланишини шамоллаш ва пархез бузилиши билан боғлайди. Объктив: бемор гипостеник, Тери ва шиллиқ қаватлар рангпар. Юрак тонлари бўғиқлашган, ритмик. Пульс 100 та/мин. Тил оқ караш билан қопланган. Қорин шишган, қориннинг чап томонида оғриқ. Жигар +4 см.

УҚТ: Нв-100 г/л; лейк.-10,5х109/л; ЭЧТ-29 мм/соат. Қон биохимиктахлилда: ум. оқсил 65 г/л, холестерин- 5,7 ммоль/л, ум. билирубин- 18,2 мкмоль/л.

Ахлат тахлили: кўп миқдорда эритроцитлар, лейкоцитлар, ичак эпителийси хужайралари ва шиллиқ. Трибуле реакциясимусбат.

1.Юқоридаги симптомлар билан кечувчи 4 тадан ортиқ касалликни сананг-15балл.

2.Тахминий ташхисингиз-25 балл.

3.Бу патологиядаги қанақа инструментал текширувлар ва улардаги қанақа ўзгаришлар хос-25 балл

4.Бу патологияда қанақа асоратлар кузатилади -15 балл

5. УАШ тактикаси ва даволаш тамойиллари-20 балл

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8) Бемор 19 ёш шамоллашдан кейинги овқат билан боғлиқ бўлмаган қориндаги диффуз оғриқлар , тана харорати ошиши , кўнгил айниши, қайт қилиш, диарея ва бўғимдаги оғриқлар кузатилган. Анамнезида: сурункали тонзиллитнинг тез-тез авжланиши кузатилган. Умумий ахволи ўрта оғирликда, тери нам, бўғимда оғриқ кузатилади, тизза бўғими шишган.Босганда йўқолмайдиган қўл-оёқдаги папулёз-геморрагик тошмалар. Юрак: тахикардия, чўққида систолик шовқин, юрак чап чегаралари 1,5 смга кенгайган. Ўпкада везикуляр нафас. АД 170/110 мм.сим.уст. Тил карашли, қорин шишган, пальпацияда оғриқли. Ичак таъсирланиш симптоми мусбат.

1.Юқоридаги симптомлар билан кечувчи 4 тадан ортиқ касалликни сананг-15 балл .

2.Тахминий ташхисингиз-35 балл.

3.Бу патологиядаги қанақа клиник формалари хос-25 балл

4. УАШ тактикаси -10 балл

5. УАШ тактикаси ва даволаш тамойиллари-20 балл

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9) Бемор М. 22 ёш УАШга қуйидаги шикоятлар билан келди: умумий холсизлик, чарчоқ, иш қобилиятини пасайиши, тана харорати кўтарилиши (субфебрилгача), озиш, шиш, милклар қонаши, шомги кўриш пасайиши, оғиз бурчаги ёрилиши, суяк ва буғимда оғриқ, соч тўкилиши, тирноқ синувчанлиги. Анамнезидан: 3 йилдан бери ўзини касал хисоблайди. Объектив: умумиий ахволи оғир, карахт. Териси рангпар, Юзи шишинқираган. Юрак ва ўпка томондан ўзгаришлар йўқ. Қорин юмшоқ, пальпацияда ўнг ёнбош сохасида оғриқ, ўсмасимон хосила аниқланади . Жигар ва талоқ пайпасланмайди. Ахлат тоза, суюқ, кўпиксимон, қон аралаш, шиллиқли. Сийдик ажратиш эркин, оғриқсиз. Рентгеноскопияда ёнбош ичак охири торайиши кўринади.

1.Юқоридаги симптомлар билан кечувчи 4 тадан ортиқ касалликни сананг-15 балл .

2.Тахминий ташхисингиз-35 балл.

3. Қанақа қўшимча текширувлар ташхисни тасдиқлайди -10 балл.

4.Бу текширувлардан қанақа ўзгаришлар кутяпсиз -20 балл.

5. Мальдигестия терминини сиз қанақа тушунасиз-15 баллов.

6. УАШ тактикаси ва даволаш тамойиллари-20 балл.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10) Бемор 74 ёш, УАШга овқатдан 20-30 мин кейинги киндик атрофидаги оғриқларга, 2 соатдан кўп давом этишига, шунинг учун овқат ейишга қўрқиши, жисмоний зўриқишда тўш ортида оғриқларга шикоят қилиб келди. Қориндаги оғриқ ич кетиши билан кечади. Анамнезидан ЮИК стабил зўриқиш стенокардияси ФК II, склеротик АГ билан узоқ йилдан бери касал. Узоқ йилдан бери кунига 1 қути сигарет чекади Объктив: бемор гипостеник, Тери ва шиллиқ қаватлар рангпар. Юрак тонлари бўғиқлашган, ритмик. Аорта устида “ тон акценти. Пульс 80 та/мин. АД 170/70 мм сим.уст. Ўпкада везикуляр нафас. Тил оқ караш билан қопланган. Қорин юмшоқ, йўғон ичак бўйлаб оғриқ. Жигар ва талоқ катталашмаган. Ахлат шиллиқли. Аускультацияда киндик ва ханжарсимон ўсиқ орасида дағал систолик шовқин. Копрология: ахлат ярим шаклланган, шиллиқ, хазм бўлмаган усимлик клетчаткаси, лейкоцитлар.

1.Юқоридаги симптомлар билан кечувчи 4 тадан ортиқ касалликни сананг-15 балл .

2.Тахминий ташхисингиз-35 балл.

3. Қанақа қўшимча текширувлар ташхисни тасдиқлайди -10 балл.

4.Бу текширувлардан қанақа ўзгаришлар кутяпсиз -20 балл.

5. УАШ тактикаси ва даволаш тамойиллари-20 балл.

1. 32-ёшли хайдовчи врачга овқатлангандан сўнг 1 соат ўтгач кўкрак ости сохасидаги оғриқга, қабзиятга шикоят қилиб келди. 2 йилдан бери ўзини касал деб хисоблайди, бахор ва кузда қўзиш кузатилади . Бемор ўз холатини “захарланиш” билан боғлайди, уйида ўзича дорилар ичган , лекин врачга мурожаат қилмаган. Охирги 3 кундан бери ахволи оғирлашган, нажасни қорайиши , холсизлик , бош айланиши билан кечган.

Чекади , алкоголни сувистемол қилади, овқатланиш тартибини мунтазам равишда сақламайди.

Беморни кўргандаумумий ахволи нисбатан қониқарли, нормостеник типда. Тили оқ караш билан қопланган.Қорин пальпациясида корни юмшоқ , чуқур пальпатцияда пилоро-дуоденал сохада оғриқли. Бошқа органларда паталогия аниқланмади. . Пульс 98 дақиқаига , АД 115/65 мм.сим.ус.

1. Юқоридаги белгилар учрайдиган 5тадан кам бўлмаган касалликларни айтинг -20 баллов.

2. Сизнинг тахминий ташхисингиз -30 баллов.

3.Беморда асоратларни келиб чиқишини билдирувчи эрта белгиларни кўрсатинг. -25 баллов.

4.УАШ тактикаси -10 баллов.

Жавоблар**:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Жавоблар | Балл |
| 1 | Ошқозон яра касаллиги , 12 б.и яра касаллиги, холецистит, гастрит, панкреатит. | 20 |
| 2 | 12 б.и яра касаллиги, қон кетиш асрати билан | 30 |
| 3 | Ични қора келиши, умумий холсизлик, бош айланиши | 25 |
| 4 | Хирургия бўлимига госпитализация. | 25 |

2) 37 ёшли эркак УАШга эпигастрал соходаги оғриқлар бу оғриқларни юракка узатилиши, кунгил айниши, жиғилдон қайнаши, умумий холсизлик шикоятлари билан мурожаат қилиб келди. Оғриқ овқат егандан 30-20 мин дан сўнг бошланади . Анамнездан: ўтган бахорда хам оғриқлар кузатилган.Бемор даволанмаган ва оғриқлар 1ойдан кейин ўтиб кетган. Объектив: умумий ахволи қониқарли. Тери қопламлари тоза, оч пушти рангда, тили кулранг-оқ рангли караш билан қопланган. Пальпацияда қорини юмшоқ, мезогастрия ва чап қовурға ости сохасида локал оғриқлар. Жигар ва талоқ катталашмаган. Туртки симптоми икки томонлама манфий. Ич келиши қабзиятга мойил. Диурез регуляр.

1. Юқоридаги белгилар учрайдиган 5тадан кам бўлмаган касалликларни айтинг -15 баллов.

2. Сизнинг тахминий ташхисингиз -25 баллов.

3. Қуйидаги диагнозни тасдиқлаш учун қандай қўшимча текширишлар утказиш керак -15 баллов.

4. Қандай асоратлар кузатилиши мумкин -20 баллов.

5. УАШ тактикаси -10 баллов.

6. консервативдаво -15 баллов.

3) 20ёшли талаба оч қолганда ва қечқурун қоринда оғриқ,оғриқни умуртқа поғонасига узатилиши , бош айланиши,қабзиятга шикоят қилиб келди. Оғриқ овқат егандан 1.5-2 соатдан сўнг бошланади Объектив:бемор озғин. Тери қопламлари тоза, оч пушти рангда, тили караш билан қопланган. Пальпацияда қорини юмшоқ, ўнг томонлама эпигастрал сохасида локал оғриқлар. Жигар катталашмаган.

УҚТ: Нв - 100 г/л, эритроцитлар - 3,0 ×10¹²/л, лейкоцитлар - 8,7 × 109/л,ЭЧТ - 20 мм/с.

1. Юқоридаги белгилар учрайдиган 5тадан кам бўлмаган касалликларни айтинг -15 баллов.

2. Сизнинг тахминий ташхисингиз -30 баллов.

3. Этиологик турларини кўрсатинг Перечислите -25 баллов.

4. УАШ тактикаси -10 баллов.

5. Даволаш тамойиллари -20 баллов.

4) УАШ қабулида 18 ёшли талаба оч қолганда ва қечқурун қоринда оғриқ,оғриқни умуртқа поғонасига узатилиши, жиғилдон қайнашига, кекириш, қабзиятга шикоят қилиб келди.

Анамнездан: катта акаси 12 б.и яра касаллиги билан касалланган.Объектив:бемор озғин. Тери қопламлари ва шиллиқ қаватлари рангпар, тили караш билан қопланган. Пальпацияда қорини юмшоқ, ўнг томонлама эпигастрал сохасида локал оғриқлар,қабзият.

1. Юқоридаги белгилар учрайдиган 5тадан кам бўлмаган касалликларни айтинг

2. Сизнинг тахминий ташхисингиз;

3. Касаллик келиб чиқишига қаршилик қилувчи химоя факторларини сананг(5тадан кам бўлмаган)

4. УАШ тактикасива даволаш тамойиллари.

5) 28 ёшли бемор УАШ қабулига қоринда спастик оғриқларга ва бу оғриқларни ични бўшатгандан сўнг камайишига шикоят қилиб келди. летний Анамнездан бемор болалигида дезентерия билан касалланган. Объектив кўрикда қорни катталишган, шишган, пальпацияда йўғон ичак сохасида ғулдираш ва оғриқ ,қабзият аниқланди. Ахлат қўй қумалоғи куринишида 3-4 кунда 1марта келади.

1. Юқоридаги белгилар учрайдиган 3тадан кам бўлмаган касалликларни айтинг
2. Сизнинг тахминий ташхисингиз;
3. Диагнозни тасдиқлаш учун қандай қўшимча текширишларни ўтказиш керак
4. Диагнозни тасдиқлаш учун қандай инструментал текширишларни ўтказиш керак
5. УАШ тактикасива даволаш тамойиллари.

6) .64 ёшли бемор УАШ қабулига эпигастрал сохада овқат егандан 20-40 мин ўтгач юзага келадиган тўлғоқсимон оғриқларга, қорин дам бўлиши ва ғўлдирашига, қабзият ва ич келишини алмашиб келишига, озиб кетишга шикоят қилиб келди. Анамнезда: бир неча йиллардан бери қандли диабет 2 тип ва ЮИК ги билан хасталанган. Уйида нитроглицерин қабул қилган ва ахволи бир мунча яхшиланган. Объектив кўрик: бемор озғин. Тери қопламлари ва шиллиқ қаватлари рангпар,тоза.Юрак тонлари бўғиқ, ритмик. Пулс 80 та 1 мин.да АД – 130/80 мм.см.уст. Ўпкада везикуляр нафас, тили қуруқ, оқ караш билан қопланган.

Пальпацияда қорини юмшоқ, эпигастрал сохада оғриқлар. Қорин аортасини аускультациясида систолик шовқин. Жигар ва талоқ катталашмаган. Ич келиши – қабзият ва ич кетиши алмашиб туради .

1. Юқоридаги белгилар учрайдиган 5тадан кам бўлмаган касалликларни айтинг

2. Сизнинг тахминий ташхисингиз;

3. Диагнозни тасдиқлашда информатив усул

4. Диагнозни тасдиқлашда хал қилувчи текшириш усули

5. УАШ тактикасива даволаш тамойиллари.

7) Бемор Г 29 ёшда хусусий тадбиркор, тез-тез сафарларда бўлади. УАШ хузурига қабзиятга шикоят қилиб келди . Анамнездан қабзият 3-4 йилдан бери безовта қилади, ўзи сенаде қабул қилган. Объектив: умумий ахволи нисбатан қониқарли. Тери қопламлари ва кўринадиган шиллиқ қаватлари одатдаги рангда, Тери ости ёғ қавати кам ривожланган . Ўпкада везикуляр нафас . Юрак тонлари бўғиқ, ритмик. Пулс 80 та 1 мин.да АД – 110/70 мм.см.уст.Тили нам, тоза. Пальпацияда қорини юмшоқ, оғриқсиз, бироз шишган. Жигар ва талоқ катталашмаган. Туртки симптоми икки томонлама манфий.Сийиши эркин, оғриқсиз. Ич келиши кунига 2-3 марта, қаттиқ. УҚТ, УСА, УАА ўзгаришсиз.

1. Юқоридаги белгилар учрайдиган 3тадан кам бўлмаган касалликларни айтинг
2. Сизнинг тахминий ташхисингиз;

3. Диагнозни тасдиқлашда информатив усул

4. УАШ тактикасива даволаш тамойиллари.

8) 35-ёшли хайдовчи УАШга овқатлангандан сўнг 1 соат ўтгач кўкрак ости сохасидаги оғриқга, қабзиятга шикоят қилиб келди. 3 йилдан бери ўзини касал деб хисоблайди, бахор ва кузда қўзиш кузатилади . Бемор ўз холатини “захарланиш” билан боғлайди, уйида ўзича дорилар ичган , лекин врачга мурожаат қилмаган. Охирги 4 кундан бери ахволи оғирлашган, нажасни қорайиши , холсизлик , бош айланиши билан кечган. Чекади , алкоголни сувистемол қилади, овқатланиш тартибини мунтазам равишда сақламайди.

Беморни кўргандаумумий ахволи қониқарли, нормостеник типда. Тили оқ караш билан қопланган.Қорин пальпациясида корни юмшоқ , чуқур пальпатцияда пилоро-дуоденал сохада оғриқли. Бошқа органларда паталогия аниқланмади. . Пульс 84дақиқаига , АД 110/70 мм.сим.ус.

1. Юқоридаги белгилар учрайдиган 3тадан кам бўлмаган касалликларни айтинг

2. Сизнинг тахминий ташхисингиз;

3. Диагнозни тасдиқлашда информатив усул

4. УАШ тактикасива даволаш тамойиллари.

5 . Касалхонагача бўлган ёрдам (номедикаментоз ва медикаментоз );

9) 72 ёшли бемор УАШга чап ёнбош сохасидаги оғриқга,қабзият, ичини тўлиқ бўшамаслик хиссига, умумий холсизлик, иштахасини йўқлигига шикоят қилиб келди. Объектив кўрик: бемор озғин. Тери қопламлари ва шиллиқ қаватлари рангпар,тоза.Юрак тонлари бўғиқ, ритмик. Пулс 100 та 1 мин.да АД – 110/60 мм.см.уст. Ўпкада везикуляр нафас, тили кулранг караш билан қопланган.

Пальпацияда қорини юмшоқ, қориннинг чап ярмида чегараланган шиш , кўриниб турган ичак перистальтикаси, чап ёнбош сохада оғриқлар аниқланди . Жигар ва талоқ катталашмаган. Ич келиши – қабзият. УҚТ- анемия, лейкоцитоз, ЭЧТни-40мм/соатга ошиши. Ахлат- қон ва шиллиқ аралашган.

1. Юқоридаги белгилар учрайдиган 5 тадан кам бўлмаган касалликларни айтинг;

2. Сизнинг тахминий ташхисингиз;

3. Диагнозни тасдиқлашда информатив усуллар;

4. УАШ тактикасива даволаш тамойиллари;

10) Бемор 36 ёшда, УАШга мурожаат қилиб келди . Шикоятлари: овқат егандан 1 соат кейин юзага келадиган эпигастрал сохадагии оғриқлар, оч қолганда ва қечқурун қоринда оғриқ, қабзият,жиғилдон кайнаши. Бемор ўзини 7йилдан бери касал деб хисоблайди . бахор ва кузда каслликни қўзиши кузатилган. Бемор викалин, витамин U, гастрофарм билан даволанган. Бугун эрталаб тусатдан бош айланиши, кўнгил айниш, қон қусиш, кескин холсизлик бошланган. Объектив:умумий ахволи оғир, қўрқув хисси, тери ва куринадиган шиллиқ қаватлари рангпар, қўл ва оёқ учлари совуқ. Юрак тонлари жарангдор, тиниқ, пулс 100-120та 1 мин.да,АД 85/45мм.см.ус.Тили оқ караш билан қопланган, қуруқ . Пальпацияда қорини юмшоқ, кўкрак ости сохаси оғриқли, бу оғриқлар умуртқа поғонасига узатилади. Қайт қилгандан сўнг оғриқлар камайиши кузатилган. УҚТ: Нв -70 г/л, эрит – 2,8\*1012 в 1 мл/л, лек – 9,2\*109, ЭЧТ - 20мм/с.

1. Юқоридаги белгилар учрайдиган 3 тадан кам бўлмаган касалликларни айтинг;

2. Сизнинг тахминий ташхисингиз;

3. Диагнозни тасдиқлашда информатив усуллар;

4. УАШ тактикасива даволаш тамойиллари;

5. Касалхонагача бўлган ёрдам (номедикаментоз ва медикаментоз );

11). 52 ёшли аёл УАШга қоринини дам бўлиши, овқат егандан сўнг қоринни хамма қисмида оғиқ ва бу оғриқларни дефекация ёки ел чиқаргандан кейин камайиши, жиззакилик, 4-5 кундан бери қабзиятга, яхши ухлолмасликка шикоят қилиб келди. Анамнездан: 6 йилдан бери касал. . Объектив: умумий ахволи нисбатан қониқарли. Тери қопламлари ва кўринадиган шиллиқ қаватлари одатдаги рангда, Тери ости ёғ қавати кам ривожланган . Ўпкада везикуляр нафас . Юрак тонлари нормал, ритмик. Пулс 90 та 1 мин.да АД – 130/60 мм.см.уст.Тили караш билан қопланган, четида тиш излари бор. Пальпацияда қорини бироз шишган,юмшоқ, сигма қисми оғриқли . Жигар ва талоқ катталашмаган. Туртки симптоми икки томонлама манфий.Сийиши эркин, оғриқсиз. Ич келиши-қабзият.

Ректороманоскопия:тўғри ичакни ва сигмасимон иччакни шиллиқ қаватида катарал ўзгаришлар,шиллиқ аниқланган.

1.Юқоридаги белгилар учрайдиган 3 тадан кам бўлмаган касалликларни айтинг;

2. Сизнинг тахминий ташхисингиз;

3. Диагнозни тасдиқлашда информатив усуллар;

4. УАШ тактикасива даволаш тамойиллари;

12) 74 ёшли бемор қориндаги бироз оғриқларга, 4-5 кундан буён ич келмаслигига, вақти-вақти билан ахлатда қон бўлишига, тана хароратини 37,5 Сга кўтарилишига, умумий холсизликка шикоят қилиб келди. Охирги 4 кундан бери иштахасини йўқлиган ва кўнгил айниган. Объектив кўрик: бемор озғин. Тери қопламлари қуруқ . Ўпкада везикуляр нафас .Юрак тонлари ўр тача жарангли , ритмик. Пулс 70 та 1 мин.да АД – 130/85 мм.см.уст. Тили оқ караш билан қопланган, четида тиш излари.

Пальпацияда қорини юмшоқ, чап ёнбош сохаси оғриқли ва ўша сохада харакатсиз, аниқ контурли хосила аниқланди. Қорин мушаклари зўриқиши йўқ. УҚТ да анемия, лейкоцитоз,ЭЧТ ошиши.

1. Юқоридаги белгилар учрайдиган 4 тадан кам бўлмаган касалликларни айтинг;

2. Сизнинг тахминий ташхисингиз;

3. Диагнозни тасдиқлашда информатив усуллар;

4. УАШ тактикасива даволаш тамойиллари;

13) 59 ёшли бемор УАШга ўнг ёнбош сохасида оғирлик , тери қичиши, иштахани пасайиши , ёғли овқатларни кўтара олмаслик, кекириш, кўнгил айниш , қабзият, рангсизланган ахлатга шикоят қилиб келди. Анамнездан: 16 йил олдин вирусли гепатит ўтказган, 1ойдан буён терида қичишиш безовта қилади ва шу вақт ичида иштахасини пастлиги туфайли 4 кг.га озиб кетди.. Объектив: териси сарғайган, қашиниш излари, лимфа тугунлари каттлашмаган. кожные покровы желтушны, со следами расчёсов, лимфоузлы не прощупываются. Ўпкада везикуляр нафас .Юрак тонлари жарангли. Пулс 65 та 1 мин.да АД – 110/70 мм.см.уст. Тили қизил. Пальпацияда қорини юмшоқ, ўнг қовурға ости оғриқли. Жигар қовурға ёйи остидан 2 см чиққан, юмшоқ. Талоқ пайпасланмайди. УҚТ да эр - 3,7 млн, Нв - 78 г/л, ранг.кўр. - 0.9, Лей. - 8,0 минг, ЭЧТ - 23 мм/соат. УСА: ўт пигментларига реакция мусбат.

1. Юқоридаги белгилар учрайдиган 4 тадан кам бўлмаган касалликларни айтинг;

2. Сизнинг тахминий ташхисингиз;

3. Диагнозни тасдиқлашда информатив усуллар;

4. УАШ тактикаси

****

**"Ротация" методи қанақа ўтказилади.**

**Мақсад:** Талабаларни ўтилаётган мавзуга оид билимларини назорат қилган холатда уларни барчасини ўқув жараёнига жалб қилиш

**Методиканинг асосий кўриниши.**

Аудиторияда бир неча номерланган машқлар осиб қўйилади. Хар бир кичик гурух (2-3 киши)га 10 дақиқа вақт мухокама учун берилади, хар бир машқ учун кейин жамоа бўлиб жавоблар ичидан сифатлисини танлаб олинади

Диареянингдифференциал диагностикаси:

1.Диареяни келиб чиқишида қайси механизмлар қатнашади.

2.Диарея диагностикасида қандай лаборатор-инструментал методлар қўлланилади.

3. Осмотик диареяхарактеристикаси.

**Жавоблар:**

1. Диарея ривожланишида 4 та механизм иштирок этади: ичак гиперсекрецияси, ичак бўшлиғида осмотик босимни ошиши, ичак гиперэкссудацияси, ичак сақламасининг утишини бузилиши.

2. ОАК, умумий ахлат тахлили, ахлат бак.экмасиваантибиотикларга сезгирликни аниқлаш, ахлатни дисбактериозга текшириш, қон ва сийдикда диастаза , серологик реакциялар, ОИТ рентгени .

3. Осмотик диарея ич суюқ келиши, полифекалия, қисқа занжирли ёғ кислоталар ва сут кислотаси ошиши,электролитларнинг кам миқдорда йўқотилиши, ахлат рН кам ўзгариши.



Иерархияга асосланган фикрларни тақдим этиш воситаси.

Тизимли, аналитик ва ижодий фикрлашни ривожлантиради.

Схемани тузиш қоидаси билан танишиш. Индивидуал ёки жуфтликда схема тузишади: биринчи асосий муаммони кейин муаммо олди холатини кичик шохларга ёзиб чиқишади, муаммо ёки масалани тўлиқ кўриб чиқишади.

Кичик гурухчаларга бирлашиб, схемаларини таққослашади ва тўлдиришади.

Умумий схема тузилади.

Натижалар намойиш қилинади.

**1.3. АМАЛИЙ КИСМИ**

**Дарс тугагач УАШ узлаштириши керак булган амалий куникмалар руйхати**

1. Қоринда оғриқ бор беморларда курик утказиш.
2. Қоринда оғриқ бор беморларни лаборатор-инструментал малумотларини тушунтириш.

**2. Малака, кўникма ва билимни текшириш усуллари**

- огзаки;

- ёзма;

- вазиятли масала;

- ўзлаштирилган амалий кўникмаларни намойиш этиш.

**Эслатма: Билимлар ва куникмалар асосий даражаси – беморлар «хавфсизлик» негизи таъминловчи билимлар минимуми.**

**3.НАЗОРАТ УЧУН САВОЛЛАР**

1. Ичак функционал касалликлари этиологияси.
2. Ичак функционал касалликлари клиникаси.
3. Қоринда оғриқ синдроми билан кечувчи ичак функционал касалликлар ташҳиси.
4. Кориндаги оғриқлар қиёсий ташҳиси.
5. Колитлар этиологияси.
6. Колитлар клиникаси.
7. Колитлар ташхиси.
8. Колитлар қиёсий ташҳиси.
9. Диарея билан кечадиган касалликлар клиникаси.
10. Инфекцион ва ноинфекцион диареялар клиникаси.
11. диарея диагностикаси.
12. диарея тақослама ташхисси.
13. Инфекцион ва ноинфекцион диареялар этиологияси.
14. Инфекцион ва ноинфекцион диареялар диагностикаси
15. Инфекцион ва ноинфекцион диареялар тақослама ташхисси .
16. Диарея билан кечадиган касалликларни тақослама ташхисси .

**Амалий машғулот №12**

Гепатомегалия. Ўткир гепатит, сурункали гепатит, алкоголлижигаркасалликлари, инфекцион ваноинфекцион этиологияжигарциррози профилактикаси ва УАШ тактикаси.

**Ўқитиш технологияси**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ўқув вакти: 4 соат** | | |
| **Ўқув машгулоти тартиби** | 1. Ўқув машгулоти хонаси. 2. Ўқув кулланмалар, кургазмалар, муляжлар, таркатма материаллар, вазиятли масалалар туплами ва тестлар 3. Телевизор, видео аппаратлари, мультимедиа | |
| **Ўқув топшириклар максади:** УАВларига диагностика ва дифферинциал диагностикагани ургатиш, Гепатомегалияда оптимал даволаш тартибини утказиш, " Умумий амалиёт врачининг квалификацион характеристикаси».Жигарнинг хар-хил сабабли инфексиядан каалланиши ва алкаголдан касалланиши., хамда бирламчи звенодаги ташкилотлара касалланганларни соглигини саклашни,олдиндан олдини олишни талаб килади. | | |
| **Педагогик топширик:**   1. Жигарнинг Ўткир ва сурункали касалликларида гепатомегалия синдромларини куриб чикиш. 2. Боткин гепатити касаллигида сурункали гепатит В ва Сни касалликларини куриб чикиш. ва беморларни намойиш қилиш 3. Гепатомегалияда клиник, лаборатор-инструментал текширувларини мухокама килиш. 4. Боткин касаллиги, гепатит В, С, Сурункали гепатит лар каслликлари билан дифферинциал-диагностика утказиш.   УАШ квалификацион характеристикаси доирасида тактика олиб бориш саволларини муҳокама қилиш.   1. Даволашни мухокама килиш. (номедикаментоз ва медикаментоз). 2. КВП ва ОП шароитида беморларни мониторинги ва кузатувларни мухокама килиш. 3. Ушбу касалликда бирламчи, иккиламчи, ва учламчи пролактикаларни мухокама килиш. | | **Ўқув фаолияти натижаси:**  **УАВ билиши шарт:**Гепатомегалияни пайдо булиш механизмива сабаблари.   1. Гепатомегалияни диагностикаси. 2. Гепатомегалияни дифферинциал диагностикаси. 3. Ушбу касалликни даволаш тартиби (медикаментоз ва номедикаментоз). 4. КВП ёки ОП шароитида беморларнидиспанцеризатцияси ва мониторинг кузатуви. 5. Ушбу вазият буйича бирламчи, иккиламчи ва учламчи профлактика утказиш.   **УАШ билиши шарт:**  1.Гепатомегалия диагностикаси учун анамнез ва шикоятларини тахлил килиш.  2.Хар-хилкуринишдаги гепатомегалияни клиникаси буйичадиагностикаси ва дифферицил диагностикаси ва лабаротор инструментал текшируви.  3.Самараси исботланган дориларни танлаш.  4.Номедикаментоз даволаш хакида маслахат бериш.  5.КВП ваОП шароитида мониторинг утказиш. |
| **Ўқув услуби хакида.** | | мия штурми; график органайзер – вена диаграмма, демонстрация, видеокургазма, дискуссия, сухбат, вазиятли масала ва тест ечиш. |
| **Ўқув фаолияти шаклларини намойиш килиш.** | | Алохида ишлаш, гурухларда ишлаш, жамоа, аудитория, аудиториядан ташкарида. |
| **Ўқув воситалари хакида.** | | Таркатма Ўқув материаллари визиуальные материалы, видеофильмлар, муляжлар, график органайзерлар, тиббий карталар туплами, таблицлар, стендлар. |
| **Кайта боглов воситаси ва усули.** | | Блиц-савол жавоб, тест утказишЎқув топширикларида презинтация усулида чикариш, Тибий картани тулдириш, амалий куникмаларни «профессионал утказиш» |

**Назарий қисм**

Мавзуларни тахлил килишдан олдин,кейинги жихатларига этибор каратиш керак.

Сурункали гепатитлар – жигарнинг яллигланиш касаллиги, портал тизим каршисида биритирувчи тукиманинг усиб кетиши ва сохта булаклар хосил булиши. Сурункали гепатитлар этиологик факторлари орасида вирусли инфекциялар етакчи уринни эгаллайди. УАВ Ўзининг амалий фаолиятида 1994 йил Лос-Анжелосда гепатологлар уюшмасида таклиф килинган, классификация тавсияларидан фойдаланилади.Гепатитнинг клиникаси бир-хил маъноли булмаган активликда кечади. нимага богликГепатит клиникаси хар хил кечиб ,бир томондан жигарнинг юқори компенсатор имкониятлари , иккинчи томондан бутун организм ва қон томир аъзоларини патологик жараёнга тортилиши ётади .

Характерли синдромлар: астеновегетатив, диспептик, сариқлик синдроми, цитолитик, мезенхимал-яллиғланиш , холестатик, геморрагик, гиперспленизм синдроми.

Сурункали гепатитнинг поликлиника шароитидаги ташхиси шикоятларни тўлиқ йиғиш, анамнез ва кўрик, беморнинг лаборатор ва инструментал текширувларни ўз ичига олади .

Поликлиникадаги лаборатор текширувлар ўз ичига олади : протромбинни аниқлаш, фибриноген, альбумин, альбумин-глобулин коэффицентини, чўкма синамалар (тимол ва сулема), холестерин даражаси , иммунологик текширувларни (IgM, IgG ва IgA, IgE)аниқлаш .

Инструментал текширувлар беморни махсус марказларга юборишни ўз ичига олиб : радиогепатография, жигарни сканирлаш , эндоскопик ретроград холангиография,жигар пункцион биопсиясини ташкил этади .

Барча гепатитлар учун диагностик алгоритм учта этапда кечади :

1. Биринчи этап – клиник жигар белгиларини яққоллаштирувчи йўналтирилган катанамнез (гепатомегалия, сариқлик, телеангиоэктазия – «томир юлдузчалари»), лаборатор диагностика: билирубин, АлАТ ва АсАТ, Лактатдегидрогеназа, сулема и тимол синамаси , қоннинг оқсил спектери, специфик антигенларни аниқлаш.
2. Иккинчи этап – инструментал: жигар УТТси, радиогепатография, лапароскопия
3. Учинчи (мухим этап) – светооптика ёрдамида жигарнинг морфологик текшируви , иммунологик ва электрон-микроскопик анализ.

Цирроз (французчада kirros - малла) - диффуз жараён, характеризующийся фиброзом ва жигар структурасининг кайтатдан тузилиши, тугунли структураси анамолияларининг пйдо булишига олиб келади.

Хозирги вактда халкаро гастроэнтрологлар йигини тавсиясига кура, клиник гепатологияда жигар циррозининг навбатдаги классификатсяси ишлатилади.

Жигар циррози классификацияси (Лос-Анджелеc , 1994й.)

Этиологияси буйича: вирусли, алкогольный, аутоиммун, метаболик, альфаантитрипсиндефицитли, холестогенли (бирламчи,иккиламчи), криптоген.

Морфологияси буйича: портал, постнекротик, постгепатитли, лаеннековский, метаболик, билиар, майдатугунчали, йириктугунли.

Компенсацияси буйичакомпенсацияланган, субкомпенсацияланган, декомпенсацияланган.

Жигар циррозининг диагностикаси, худди сурункали гепатитдаги асосий клинико-биохимик синдромидагидек юкори инструментал текширувлар ишлатилади. Билиар жигар циррози учун энг характерлиси бу гепатомегалия эканлигини эътиборга олмок лозим вабундай вазиятларда холесистик синдром юкори булиши кузатилади (гипербилирубинемия, конда ишкорий фосфатазанинг ошиши, сариклик, кашиниш излари, ксантелазмава бошкалар.).портал жигар циррозида касалликнинг бошлангич боскичларида, гепатомегалия аникланади, кейинчалик эса жигар улчамларининг кичрайиши ва спленомегалия юзага келади. Порта гепертензияда бошка белгилар устинлик килади (телеангиоэктазия, варикоз веналарни кенгайиши, спленомегалия, асцит ва бошкалар).,сариклик йук булиб кетиши мумкин.

Гепатомегалия гепатитларда, жигар циррозида жигарнинг барча касалликлари билан дифферигциал диагностика утказилади. Умумий амалиёт врачи иш фаолиятида кам булса хам ушбу синдромл билан тукнаш келади.

Жигарнинг алкоголли касаллиги (ЖАК),eзининг кенг тарrалганлигига кура вирусли гепатитлар билан бир каторда замонавий гепатологияда мавжуд булган актуал муаммолардан бири хисобланади.

Асосий клиник шакллари:

-Жигар циррози

-латент шакли

-сариклик шакли

-холестатик шакли

-фулминантли гепатит

-майда томчили ёгли дистрофия

Диагностика

ЖАК ни ташхислашдаги энг мухим масала алкоголли анамнезни тулик йигишдир. Беморларни ичкиликни куп истеъмол килишини яширишини хисобга олган холда амалиётда куп ишлатиладиган CAGE анкетаси таклиф килинган.

1. качондир сиз спиртли ичимликларни ичишни камайтириш кераклиги ни узингизда хис килганмисиз?

2. Атрофдагиларнинг ичганингизга танкид билан карашлари гашингизга тегадими?

3. Алкогол кабул килганингиздан кейин айбдорлик хиссини сезасизми?

4. Алкогол ичганиздан эртасига уйкудан туришга кийналасизми?

-хар бир савол учун берилган ижобий жавоб 1 баллга тенг. 2 ва ундан юкори балл алкоголга яширин мехр куйишдан далолат беради.

Объектив курикда ‘’алкоголли стигмалар’’га эътибор бериш лозим,бунга куйидагилар киради:бурун ва склерадаги кон томирларнинг кенгайиши, кулок олди безларининг катталашиши, елка камари мушакларининг атрофияси,корин томирли юлдузчалар,гинекомастия,Дюпюитрен контрактураси,мояк атрофияси,таъсирчан гепатомегалия. Алкоголиклардаги мултиорган узгаришлар куйидагиларни уз ичига олади: периферик полинейропатия,энцефалопатия,миокардиодистрофия,сурункали панкреатит,нефропатия ва бошка назологик шакллар.

ЖАК нинг лаборатор курсаткичлари юкорида курсатилган. Глутамилтранспептидаза фаоллиги одатда трансаминазалар фаоллигини оширади. Абстинентсия фонида унинг кескин пасайиши асосий диагностик ахамиятга ега. Охирги йилларда алкоголли интоксикатсиянинг янги маркйори сифатида углеводсиз трансферринг таклиф килинган булиб,суткада 60гр ва ундан ортик микдордаги этанол кабул килинганда унинг кондаги юкори кутарилади.

Даволаш

Касаллик зурайишини олдини олишда кулланиладиган энг зарур чора бу алкогол кабул килишни бутунлай тухтатиш булиб хисобланади.

Диета.Спиртли ичимликларни суистеъмол киладиганларда нутритив статуснинг пасайганлигини хисобга олган холда озик махсулотларини етарли даражада организмга тушишини назорат килиш. Диетанинг суткалик энергетик киммати 2000 каллориядан кам булмаслиги ва шундан 1гр оксилни 1кг тана массасига хисоблаган холда витаминлар билан биргаликда организмга тушишини таъминлаш. Кортикостероидлар,Эссенциал фосфолипидлар,Пропилтиоурацил жигарнинг гипоксик зарарланишини олдини олади.

Уткир вирусли гепатитлар

Клиник таснифи:

1.Шаклига кура:

-типик:ситолитик синдромли сариклик шакли,холестатик синдромли сариклик шакли;

-атипик:сариксиз,субклиник,яширин холестатик

2.Огирлигига кура:

-енгил

-урта огир

-огир(чакмоксимон)

-фулминантли(хавфли шакли)

3.Кечиши буйича:

-уткир(3 ойгача): циклик,авж олиб борувчи,рецидивланувчи

-чузилган(3 ойдан 6 ойгача);

-сурункали(6 ойдан узок):персистирловчи,фаол(агрессив)+холестати ва липидли.

Киёсий ташхислаш.

Вирусли гепатит А ни куйидагилар биллан таккослаймиз:

-бошка вирусли гепатитлар билан;

-наслий гепатозлар билан;

-жигарнинг септик зарарланишлари билан;

-токсик гепатит билан;

-каротинли сарикликлар билан;

-гепатопанкреатодуоденал соха усмалари билан;

-ут йули тошлари ва бошка касалликлар билан.

Даволаш

Холангит ва холангиохолесистит окибатида гепатомегалия келиб чиккан беморларга уларнинг этиологиясини хисобга олган холда антибактериал ва паразитларга карши дори воситалар(никодин,оксафенамид,трихопол,макмирор ва б.),ут хайдовчи воситалар ва Демянов (№3)буйича дренаж ёки тюбаж тавсия этилади.

**«Кенг давра»усули буйича назарий кисмни утказиш.**

Максад: талабаларни урганётган маълумотларни танкидий бахолаш ва хозирги муаммолар буйича тулик билимларини аниклаш.Хар бир гурух бир муаммони таклифкилиши ва 10 дақиқада ушбу муаммони ёзма тарзда хал килиб, кейинги муаммоли топширикга алмаштириш. Олдинги гурухларнинг хатоларини топинг ва охирги жавобларини кабул килиб, барчакатнашувчилар олдида мунозара килинади ва кушимча жавоблар киритилади. Кенг давра усулида талабадан юкори этибор талаб этилади ва ушбу назарий кисмга яхши тайёргарлик керак.

Масалан:

1. гепатитни аниклаш.

2. барча куринишдаги гепатитлар учун диагностик алгоритм.

3. жигар циррозини аниклаш

4. жигар циррозини классификацияси.

**Жавоблар:**

1. сурункали гепатитлар – жигарнинг яллигланиш касаллиги, портал тизимда турли шаклда ёлгон булакли бириктирувчи тукиманинг усиб кетиши билан характерланади.

2. Барча куринишдаги гепатитлар учун диагностик алгоритм уч боскичда утказилади.Iбоскич–тулик йуналишли катанамнез ва клиник жигар белгиларини аниклаш (гепатомегалия, сариклик, телеангиоэктазиялар – «томир юлдузчалари»), лаборатор диагностика: билирубинни, АлАТ ва АсАТ ларни текшириш, Лактатдегидрогеназа, симобли и тимоллисинама, хамдакондаги оксил спектри, махсус антигенларни аниклаш.

IIбоскич – инструментал: жигар УТТси, радиогепатография, лапароскопия

III (мухим боскич) –иммунологик ва эликтрон-микроскопик тахлил, ёругоптикадан фойдаланиб жигарнинг морфологиясини аниклаш.

3. Цирроз (французчадан kirros - малла) - диффуз жараён, фиброз важигар морфологиясини кайта янгитдан тузилиши характерли,,аномал тУТТлишли тугунлар хосил булишига олиб келади

4. этиологияси буйича: вирусли, алкоголли, аутоиммун, метаболик, альфаантитрипсиндефицитли, холестогенли (бирламчи,иккиламчи), криптоген.

Морфологияси буйича: портални, постнекротик, постгепатитни, лаеннековский, метаболическ, билиарный, майдатугунли, йириктугунли.

компенсацияси буйича: компенсация, субкомпенсация, декомпенсация.

**Тахлилий кисм.**

**Вазиятли масалалар:**

1бемор П.,45ёш, шикоят килади- тунда тери кичишига, унг ковурга остида огрикга,бугим учларидаги огрикга, умумий холсизлик, менструал циклнинг бузилиши. Анамнезидан ОИТ билан каслланган, сурункали пиелонефрити булгани учун тез-тез антибиотиклар билан даволаниб туради. Вакти-вакти билан алкагол ичб турган. Объектив курувда: иштаханинг пасайиши,тана харорати 38,40С. Тери ранги саргайган, шишлар, кузнинг ички бурчагида ксантилазм, оркасида тарам излари. Упкада везикуляр нафас, шовкин йук.Юрак тонлари бугик, ритмик, ЮУС 88 та. 1 мин. Корин катталашиши асцит хисобигаунг ковурга тагининг катталашишида. Курлов буйича жигар 12-18-18 см. Талок ковурга бурчаги ёйидан 2 см чикиб турибди.УКА: Нв 92 г/л, эритроцит 3,0х 1012/л, Лейкоцит 8,7х109/л,ЭЧТ 35 мм/час. Кондаги умумий оксил – 60 г/л, Умумий билирубин 42,7 мкмоль/л, Тугри 26,0,Нотугри-16,7 мкмоль/л, холестерин- 9,4 ммоль/л, ишкорли фосфатаза В. Долгову буйича 205 Ед/л.

1. . Юқоридаги белгилар учрайдиган 3 тадан кам бўлмаган касалликларни айтинг;

-20 балл.

2. Сизнинг тахминий ташхисингиз -30 балл.

3. Холестаз синдромида 5тадан кам бўлмаган симптомни сананг -25 балл

4. УАШ тактикаси - 25 балл

**Жавоблар:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Жавоблар | Балл |
| 1 | ОИК: сурункали калькулез холецистит, сурункали гепатит, алкаголли жигар циррози, иккиламчи жигар билиар циррози. | 20 |
| 2 | Сурункали гастрит Втип секрециянинг ошиши билан. | 30 |
| 3 | Умумий билурибиннинг ошиши тугри билурибиннинг ошиши хисобига, холестерин ва ишкорли фосфатаза, Тери саргайиши шишлар билан,куз ички бурчагини ксантилазмаси. | 25 |
| 4 | Оперативдаво–утиб окиб утишини яхшилаш, жигар ичидан ут йулига. | 25 |

2. бемор эркак киши П.,43 ёш, 22 йилдан бери маляр булиб ишлайди. Охирги вактларда тунги безовталиклар огриклар билан ва унг томон ковурга ёйи остида огирлик, иштахасизлик, кунгил айниши, умумий холсизлик тез чарчаш, милкдан кон кетиши. 6 ойда 10 кг га озиб кетишга. Объектив курикда: бемор иштахасининг пасайиб кетиши, териси окариб кетиши.Склераси иктеричные. Тана харорати 38,40С. Аускультацияда: упкани усти ва пастида сусайган нафас эшитилади.Юрак тонлари бугиклашган, ритмик, АКБ 110/70 мм см уст. Курлов буйича жигар улчамлари 12-18-8 см. талок ковурга ёйидан 2см ташкарига чикиб турибди. флюктуация симптоми мусбат.

1. учраш эхтимоллиги юкори булган симптомлардан 5та дан кам булмаган касалликларни санаб беринг.

2. Сизнинг тахминий ташхисингизга-30 бал.

3. ушбу касалликда учраши мумкин булган асоратлар. (3 та дан кам булмаган)-20 бал.

4. УАШ тактикаси-10 бал.

5. Даволаш тартиби-20 бал.

3.бемор Р28 ёш. Шикоятлари оёк кулларнинг калтирашига, иштаханинг пасайиб кетишига, кунгил айнишига, огиздан аччик- тахир там келишига, милкларни конашига. Унг ковурга равоги остида огрик, коринни шишига. Курувда бемор яхши етилмаганлиги, иштахаси пастлиги, кулларида тремор аникланиши, сузлашганда паст овоз ва уларни тушиниб булмаслигига.Юрак тонлари бугик, ритмик. Пулси 1 мин да 78 та. АКБ 110/70 мм см уст тенгТери ва куринадиган шиллик каватлари иктеричные, тили «лакланган», кукрак ва кориннинг олдинги юзасида «томирли юлдузчаларна».Жигар +4-6 см, касалланган, Талок + 1-2см катта булмаган асцит. Окулист консултатциясида шох парда перифериясида Кайзер- Флейшер халкаси аникланди..

1. учраш эхтимоллиги юкори булган симптомлардан 5та дан кам булмаган касалликларни санаб беринг.

2. Сизнинг тахминий ташхисингизга-30 бал.

3. ушбу касалликда учраши мумкин булган асоратлар. (3 та дан кам булмаган)-20 бал.

4. УАШ тактикаси-10 бал.

5. Даволаш тартиби20 бал

4.бемор Ш., 52 ёш, слесарчи, УАШ га мурожат килди шикоятлари куз склерасининг саргайишига. Тери рангининг окаришига. Тери кичишига, унг ковурга равогида огирлик. Сийдик рангининг туклашишига.УТТни амалий соглом хисобларди. 3 йил лдин инфекцион шифохонада вирусли гепатит сабабли даволаниб чиккан. Охирги 3 ойда юкори безовталик. Кечга бориб чарчаб коли шва вакти вакти билан сийдик рангининг хиралашиши. У Ўзига эътибор бермай куйган. Объектив объектив курикда: Умумий ахволи уртача огирликда.Тери коплами саргайган,куринадиган шиллик каватлари иктеричные, кашиш излари. Юрак тонлари бугик. АКБ 120/70 мм см уст. ЮУС ва пулси 66 та 1 мин да. Корин бироз шишган, Жигар+ 8 смкаттиклаган, кам сезувчан,гадир-будир.Талок катталашмаган.

1. учраш эхтимоллиги юкори булган симптомлардан 5та дан кам булмаган касалликларни санаб беринг.

2. Сизнинг тахминий ташхисингизга-30 бал.

3. ушбу касалликда учраши мумкин булган асоратлар. (3 та дан кам булмаган)-20 бал.

4. УАШ тактикаси-10 бал.

5. Даволаш тартиби20 бал

5. 55ёшли бемор шикоятлари тана хароратининг кутарилиши калтираш билан, унг ковурга остида огрик, огиздан аччик-тахир там келишигакунгил айниши кайт килишга, тери кичишига.Анамнезидан 4- йилдан бери касаллиги , унг ковурга остида хуружсимон куринишли огрик, огрикни унг куракга узатилиши ва тана хароратининг кутарилиши аникланди.но-шпа, спазмалгон кабул килгандан кейин босилади. . Шамоллашдан кейин ахволи дархол ёмонлашди. Объектив курикда тери ва склеранинг саргайиши аникланди. Упка устида везикуляр нафас эшитилади, шовкинлар аникланмайди. Юрак тонларибугик, Ритмик,ЮУС ва пулси 100 тазарб 1дақиқадаЖигар +3+4 см, УКА: Нв-110 г/л; лейк.-11,5х109/л; т/я-11%; с/я-68%; лимф.-15%; мон-6%, ЭЧТ-30 мм/с. Конда билурибинн ва холестириннинг ошганлиги аникланди.

1. учраш эхтимоллиги юкори булган симптомлардан 5та дан кам булмаган касалликларни санаб беринг.

2. Сизнинг тахминий ташхисингизга25 балл.

3. Бу беморда қуйидаги даволаш турларини қайсиларини қуллаб: 1) хирургик 2) кутувчи тактика 3) дуоденал зондлаш 4) спазмолитиклар 5) анальгетиклар 6) тюбаж 7) холензим 8) лиобил 9) маккажўхори қаламчалари рыльца 10) кўп миқдорда иссиқ ичимлмиклар 11) очлик диетаси 12) антибиотиклар- 25 балл.

4. УАШ тактикаси;-10 балл

5. Даволаш тамойиллари -20 балл

6. Бемор Д., 22 ёш, талаба, УАВ га тана хароратининг 38,50С гача кутарилишига, териси саргайишига, холсизликга, кунгил айнишига, териси кичишига шикоят килиб келди. УТТни бир хафтадан бери касал деб хисоблайди, кунгил айниши безовта килади, тана хароратининг кутарилиши. Кечадан бошлаб териси ва склерасининг саргайиши кузатилди. Эътибор билан сураб суриштирганимизда, олдиндан бугимларида огрик белгилари кузатилганлиги аникланди.Бемор коникарли овкатланади. Юрак чегаралари ва упкада узгаришлар йук.Пулс тула, брадикардия билан. АКБ 110/70 мм см уст. Корнида шиш, пальпацияда унг ковурга ости сохаси кулга уннайди. Унг ковурга ёйидан жигарнинг +3 см чикганлиги аникланади, пальпациядаюмшок, ёйи силлик.Талок палпасияланмайди. Коннинг биохимик тахлилида-Ферментлар ва тимол синамасининг ошганлиги кузатилади.

1. Юқоридаги белгилар учрайдиган 5 тадан кам бўлмаган касалликларни айтинг-20 балл

2. Сизнинг тахминий ташхисингиз-35 балл;

3. Диагнозни тасдиқлашда информатив усуллар-25 балл;

4. УАШ тактикасива даволаш тамойиллари-20 балл;

7. 54 ёшли бемор УАВ га тана хароратининг кутарилишига, калтираш.бош огриги, унг ковурга остида огрик, огрикни унг куракка узатилиши, кунгил айниши кайт килиш, огиз куришига шикоят килиб келди.Анамнезидан: юкоридаги шикоятлари охирги 2 кун ичида кучайган.Ахволининг ёмонлашувини, туйиб овкатланиши билан боглайди.. Охирги 4 йил ичида касалликниг кечиши вакти-вакти билан унг ковурга остидахуружсимон огриклар, тана хароратининг кутарилиши кузатилган. Объектив курикда. Склерани саргайиши, тананинг орка кисмида кашиниш излари бор.Жигар + 2+3 см, катталашган. Бошка органларда узгаришлар аниланмади.

УКА: Нв-110 г/л; лейк.-9,5х109/л; т/я-11%; с/я-68%; лимф.-15; мон-6%, ЭЧТ-30 мм/с. Коннинг биохимик тахлилида: холестерин-8,7ммоль/л, умумий билурибин- 32,2 мкмоль/л, тугри-19,7 мкмоль/л, нотугри-12,5 мкмоль/л, трансаминаза, ишкорий фосфатаза, серомукоид, фибринлар микдори ошган.

1 Юқоридаги белгилар учрайдиган 5 тадан кам бўлмаган касалликларни айтинг-15 балл

2. Сизнинг тахминий ташхисингиз-25 балл;

3. Диагнозни тасдиқлашда информатив усуллар-15 балл;

4. Бу патологияда беморда қанақа объектив белгилар учрайди -20 балл;

5. . УАШ тактикасива даволаш тамойиллари-25 балл.

8. Бемор А., 44 ёш шикоятлари- куп юрганда унг ва чап ковурга ёйи остида огрикга, тана хароратининг 38,20С гача кутарилиши калтираш билан, бурундан тез-тез кон кетиб туриши, бирдан озиб кетишга. 10 йил олдин огир грипп уткизганлиги аникланди, ушандан кейин коринда огрик вадиспептик белгилар кузатилган.Склерани курганда иктерични, тери бронза рангли шишинкираган, огиз шиллик кавати тоза, тери ости мушаклари ункир-чункир куллари корайган. Корин шишган, массивной асцит, пальпацияда жига рва талок аникланиши кийин. Жигар+4+5 см, талок+3см.

Кон тахлилида анемия белгилари, лейкопения ва ЭЧТ-40 мм/с, АЛТ, тимолсинамаси юкори даражада, 17–ОКС и 11-ОКСнинг пастлиги, кондаги канд микдори 7,5 ммоль/л. УСА: зичлиги 1024, оксил 1,2 г/л, глюкоза -1%.

1. Юқоридаги белгилар учрайдиган 5 тадан кам бўлмаган касалликларни айтинг-15 балл

2. Сизнинг тахминий ташхисингиз-25 балл;

3. Диагнозни тасдиқлашда информатив қушимча текширув усуллар -20 балл.

4. Бу патологияда учровчи 6 клиник-лаборатор белгиларни сананг -20 балл.

5. УАШ тактикасива даволаш тамойиллари -20 балл

9. 32 ёшли бемор, юрак сохасида санчувчи огрик, чап кулга узатилиши, юракда аритмия. Юрак уйнаб кетиши. Жисмоний зурикишда нафас сикиши, бош айланиши. Унг ковурга ёйи сохасида огрик безовта килади. Анамнезидан: беморнинг отаси 42 ёшида вафот этганлиги аникланди. Объектив курикда: умумий ахволи уртача огирликда, тери коплами окарганлиги, упка усти пастки сохасида бугик товуш. Юрак тонлари бугиклашган. Чуккида 1-тон сустлашган. Чуккида ва чапдан 3-4 ковурга оралигида систолик шовкин эшитилади, Буйин вена томирларининг буртганлиги кузатилади. АКБ 110/80 мм см уст, ЮУС 96та 1 дақиқада, аритмикэкистрасистолия аникланади. Жигар +4 см, катталашган. шиш. ЭхоКГ: Коринчалараро тусик дефекти14 мм дан купрок, унда гипокинезия, коринчалар гипертрофияси, ички сигими камайиши билан. Митрал клапан харакатининг аномалияси.

1. Сизнинг тахминий ташхисингиз -35 балл;

2. Текширув режаси-25 балл

3. Бу касалликни ташхисида ахамиятли қўшимча қонсиз текширув усулини айтинг -15 балл;

4. УАШ тактикаси -10 балл.

5. даволаш тамойиллари -15 балл;

10) 38 ёшлибемор охирги 5-6 ой ичида унг ковурга остида огрикка, огирликга. Сийдик ажратишнинг камайишига, оёкларидаги шишларга, тез чарчашга. Анамнезидан:42 ёшда отаси. 40 ёшида тогасида тогасида куккисдан юрак етишмовчилигидан улим кузатилган. Объектив курикда: Умумий ахволи уртача огирликда.Тери коплами окарган. Акроцианоз. Нафас олганда буйин веналарининг буртиши кузатилади.Упка устида сустлашган везикуляр нафас. шовкинлар эшитилмайди.Юрак чегараларинормага нисбат бироз тумтоклашган.Юрак тонлари бугик, аритмик,ханжарсимон усик асосида систолик шовкин, АКБ110/70 мм см уст., ЮУС 110, пульс 90 та 1 мин да. Жигар +6 см, катталашган, талок палпацияланмайди. флюктуациясимптоми мусбат. Оёкда шишлар. ЭхоКГ: коринчалар улчами нормал, Клапанлар узгаришиз, уч табакали клапандан коннинг уртача регургитацияси. диастолик сигим тезлиги =1,4 м/с (до 1 м/с), систола вактида диастолик сигим тезлиги =0,3 м/с (0,5м/с купрок). Чап булмачада тромб борлиги аникланди.

1 Юқоридаги белгилар учрайдиган ва ЭКГ ўзгаришлари билан кечадиган 5та касалликни сананг -20 балл

2. Сизнинг тахминий ташхисингиз -30 балл

3. . Текширув режаси -20 балл

4. . УАШ тактикаси -10 балл.

5. даволаш тамойиллари -20 балл.

* + 1. **Органайзер чизмаси : «Балиқ скелети»**

1.«Балиқ скелети» схемасининг мақсади муаммолар доирасини тУТТб чиқиш ва уларни хал қилишга уриниб кўришдан иборат ва у тизимли, аналитик ва ижодий фикрлашни ривожлантиради.

1. Схеманинг кечиши: талабалар схемани тузиш қоидаси билан танишадилар. Индивидуал ёки жуфтликда юқоридаги суякларга муаммо олди холатни, пастки суякларга шу муаммо борлигини тасдиқловчи фактларни ёзиб чиқишади.
2. Кичик гурухчаларга бирлашиб, схемаларини таққослашади ва тўлдиришади.
3. Кейин натижалар намойиш қилинади. Тўлдирилган схеманинг намойиши муаммо олди холатларнинг ўзаро боғлиқлилигини ва уларнинг умумий характерини кўришга имкон беради.

**“балиқ скелети” Гепатомегалия мавзуси буйича.**

**Жигар циррозини сабабларни шакллантириш**

Аутоиммуннли гепатит

Жигар Кон томирларининг зарарланиши

Вирусли гепатит В, С, D

Ут чикарув йулининг зарарланиши

Жигарнинг дорилардан зарарланиши

Криптоген жигар циррози

Жигарни алкаголдан зарарланиши

Жигарнинг метаболик зарарланиш

**Амалий кисм**

**Куникмалар руйхати, ушбу машгулот мавзулар буйича УАВ ишлата билиши керак.**

**Гепатитли беморда курик утказиши керак.**

Гепатомегалия билан касалланган беморни лаборатор-инструментал текширувлар тахлили.

Ушбу мавзуни утиб булгандан сунг УАШ бажара олиши керак булган амалий куникмалар.

1. Гепатомегалия билан кечадиган касалликлари бор беморларни куригини утказиш.

2. Лаборатор-инструментал текширув натижаларини тахлил кила олиш(коннинг,сийдикнинг,нажаснинг клиник ва биохимик тахлили, МИТни рентгенологик текшируви,ЭГДФС,жигар,ут копи,ме’да ости бези УТТси,сканерлаш,гепатография)гепатомегалия билан кечадиган касалликлар(гепатитлар,жигар сиррози,жигарнинг ёгли дистрофияси,жигарнинг алкоголли касаллиги,Вилсон-Коновалов касаллиги,Бадди-Киари синдроми,димланишли юрак етишмовчилиги,лейкозлар,уткир-инфексион касалликлар-Боткин касаллиги,гепатит Б,Ц,Д,Е)ни ташхислашни билиш

3. Гепатомегалия билан кечадиган турли этиологияли касалликларда дори препаратларини ёозиб беришни билиш.

Мазкур мавзу бо’йича УАШ машгулот тугагандан кейин бажара олиши керак булган куникмалар руйхати.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Курсаткичлар интерпретацияси | Бажарилмади | Тулик бажарилди |
|  | Бемор курацияси  Умумий кон тахлили  Умумий пешоб тахлили  АЛТ, АСТ  Билирубин  Умумий оксил, оксил фракциялари  Тимол синамаси  Гепатит маркерлари  Жигар, ут копи, меъда ости бези УТТси  Инфекционист маслахати  Гематолог маслахати  Хирург маслахати  Онколог маслахати | 0 | 50 |
|  | Киёсий ташхислаш | 0 | 20 |
|  | Ташхисни асослаш | 0 | 10 |
|  | УАШ тактикаси ва даво йурикномаси | 0 | 10 |
|  | Tавсиялар | 0 | 10 |
| Жами |  | 0 | 100 |

**Назорат саволлари.**

1. Ўткир ва сурункали гепатитларда гепатомегалия этиологияси
2. Ўткир ва сурункали гепатитларда гепатомегалия клиникаси
3. Ўткир ва сурункали гепатитларда гепатомегалия диагностикаси
4. Ўткир ва сурункали гепатитларда гепатомегалия тақослама ташхисси
5. Жигарни алкаголли касаллигини этиопатогенези
6. Жигарни алкаголли касаллигида гепатомегалия клиникаси
7. Жигарни алкаголли касаллигида гепатомегалия диагностикаси
8. Жигарни алкаголли касаллигида гепатомегалия тақослама ташхисси
9. Гепатомегалияли беморларни диспансер назорати

**Амалий машғулот № 13**

**Дизурия. Ўткир ва сурункали пиелонефрит, цистит ва сийдик диатезида профилактика. УАШ тактикаси.**

**Ўқитиш технологияси**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ўқитишвақти: 6 соат** | |
| **Ўқувмашғулоти структураси** | Ўқув мавзу хонаси.  ЭКГ хонаси  УАШ хонаси  Тест ва вазиятли масалалар тўплами, тарқатма материал, фантомлар, муляжлар.  Телевизор, видео аппаратура, мультимедиа |
| **Ўқув машғулоти максади:** УАШларни турли сабаблар таъсири оқибатида ривожланадиган буйракларни, сийдик йўллари яллиғланишли касалликларини эрта ташхиси ва қиёсий ташхисини,уларда оптимал даво тактикасини танлашни ,бирламчи соғликни саклаш тизимида ”Умумий амалиёт шифокори квалификацион тавсифнома” талабларига муносиб олиб бориш принципларини ўргатиш | |
| 1. Ўткир ва сурункали пиелонефрит, цистит ва сийдик диатезиташхислаш асосларини кўриб чиқиш.  2. Ўткир ва сурункали пиелонефрит, цистит ва сийдик диатезили беморларни намойиш этиш.  .3. Ўткир ва сурункали пиелонефрит, цистит ва сийдик диатезида клиник лаборатор- инструментал текширувлар натижаларини кўриб чиқиш.  4. Ўткир ва сурункали пиелонефрит, цистит ва сийдик диатезикиёсий ташхиси.  5. “УАШни квалификацион тавсифномаси “га асосланган холда шу касалликли беморларни олиб бориш тактикаси.  6.Номедикаментоз ва медикаментоз даво принципларини мухокамаси.  7.ҚВП ёки ОП шароитида беморларни олиб бориш, кузатиш ва мониторинг қилиш .  8.Келтирилган касалликларда бирламчи, иккиламчи, учламчи профилактика принципларини мухокама қилиш | ***Талаба билиши керак:***   1. Буйракларнинг ва сийдик йўлларининг яллигланишли касалликларни (Ўткир ва сурункали пиелонефрит, цистит ва сийдик диатези) ривожланиш механизмлари. 2. **Иситмада**қиёсий ташхиси.КВП ва ОП шароитида даволаш мезонлари (номедикаментозм ва медикаментоз) 3. УАШ тактикаси.Беморларни ҚВП ва ОП шароитида олиб бориш, кузатиш ва мониторинг қилиш мезонлари. 4. Келтирилган касалликларда номедикаментоз ва медикаментоз даво тактикаси.   ҚВП ёки ОП шароитида беморларни олиб бориш, мониторинги ва диспансер назорат принциплари .  Бирламчи, иккиламчи, учламчи профилактика принциплари шу касалликларда.  ***Талаба( қилишни билиши) бажара олиши керак:***   1. Ўткир ва сурункали пиелонефрит, цистит ва сийдик диатезиташхисини кўйишда шикоят ва анамнезни анализ килишни. 2. Ўткир ва сурункали пиелонефрит, цистит ва сийдик диатезикасалликларда клиник ва лаборатор-инструментал текширув натижасига асосланиб ташхислаш ва қиёсий ташхис ўтказишни. 3. Даво учун таъсири исботланган дори воситаларни танлашни 4. Номедикаментоз даво бўйича тавсиялар беришни 5. ҚВП ва ОП шароитида беморларнинг ахволини мониторинг қилишни |
| **Ўқитиш методи** | «Галерея буйича давра»методи.  демонстрация, видео, мунозара, сухбат, вазиятли масала ва тест ечиш |
| **Ўқув фаолиятининг ташкилий шакли** | Индивидуаль, гурухда, коллектив, аудиторная, аудиторнаядан ташқарида ишлаш. |
| **Ўқув материаллари** | Тарқатма материаллар, видеофильмлар, муляжлар, график органайзерлар, балгам суртмалари, тиббий карта тўплами, таблицлар, баннерлар, рентгенограмма тўплами |
| **Қайта богланиш воситаси ва усули** | совол, тест, ўқув вазифаси бажарилганлиги натижаси презентацияси, тиббий карта тўлдириш, «профессиональ сўров» амалий кўникмасини бажариш |

**Таълим усуллари ва техникаси .**

Талабаларни шу мавзу буйича бошлангич билими даражасини “Ротация “ усули ёрдамида аниклаш тавсия килинади.

Мақсад: талабаларга критик ва аналитик фикрлашни ўргатиш.

Усулнинг асосий босқичлари:

Аудиторияга бир нечта вазифали вароқалар осилиб кўйилади.

Хар бир кичик(2-3кишили) гуруҳга мухокама ва жавоб вариантларини ёзиш учун 10 минут вақт берилади,сўнг улар жавобларини бир бирига беришади.

Талабалар хар бир гуруҳ жавобини мухокама килишади ва улардан энг оптималлини танлашади.

Усул афзалликлари: бир неча муаммони баробарига ҳал этиш имкониятига эга. Усул кисқа вақт ичида талабаларни берилган мавзунинг бир неча йуналиши бўйича билимларини бахолаш имкониятини беради. Ўзини ва бошқа гуруҳ жавобларини солиштириш талабаларда критик фиқр юрғизиш кобилиятини ривожлантиришга ёрдам беради.

Саволлар:

1.Ўткир ва сурункали ПНга ифода беринг.

2. Циститга ифода беринг.

3. Ўткир пиелонефрит, циститнинг ҳавф омиллари , клиник белгилари.

4. Ўткир ва сурункали ПНнинг клиник ва дифференциал диагностик белгилари.

5.Цистит ва сийдик диатезида УАШ тактикаси.

**Машғулот мазмуни**

**Назарий кисми.**

Амалий машғулотнинг назарий кисмида кадамба –кадам куйидаги саволлар ёритилади:

Ўткир ва сурункали пиелонефрит, цистит ва сийдик диатезиклиникаси,ташхисоти ва киёсий ташхиси.

Ўткир [цистит](http://dawo.uz/andrology/77-cistit-ehud-chahmazak.html) одатда бирор кузгатувчи омил таъсиридан сунг (совук котиш, инфекцион касалликдан сунг, жинсий алока, травма ва б.) бирданига бошланади. Беморда куйидаги шикоятлар булиши мумкин:

* Тез-тез сийиш
* Доимий сийдик кисташ холати
* Сийишда кучаниш
* Ковук ва оралик сохада димий огрик
* Сийиш вактида огрик ва ачишиш
* Сийдик охирида кон келиши
* Колдик сийдик колиш хисси
* Кечкурун тез-тез сийгани чикиш
* Сийгани бирданига кистов булиш ва баъзан улгурмай колиш
* Баъзан болаларда уткир циститда уткир сийдик тутилиши кузатилиши мумкин

Буни текширишда асосан сийдик тахлили килинилади. Сийдик тахлилида лейкоцитурия (лейкоцитлар сонини куп булиши)аникланади. Керак булса бошка текширув усуллари: сийдикни экиш, цистоскопия, рентген текшируви кабиларни факат мутахасис шифокор тавсия этади. Касалликка жуда куп кайталаниш характерли. Бунга куйидаги омиллар сабаб булади:

* Аёл организмини узига хослиги(сийдик чикарув каналини)
* Ирсий мойиллик
* Грамм манфий микробларни тукимага ёпишиш хусусияти юкорилиги
* Жинсий аъзолар касалликлари
* Сийдик канали ташки тешиги аномалиялари
* Жинсий хаёт тарзи (эрта бошлаш, норегуляр ва куп партнёрга эга булиш)
* Жинсий йуллар оркали юкадиган касаллик мавжудлиги(сузак, трихомониаз ва захм каби)
* Даволанишни охиригача олиб бормаслик
* Кайта айни уша инфекцияни юкиши(ичак таёкча)
* Жинсий хаёт ва бошка шахсий гигена коидаларига амал килмаслик
* Антибиотикларни назоратсиз, уз холича ва пала-партиш истеъмол килиш
* Тасдикланмаган ва ноодатий усуллар билан нотугри даволаниш, Узини-узи [даволаш](http://dawo.uz/ethnoscience/177-davolash-qanday-turlari-mavjud.html)

[**Даволаш**](http://dawo.uz/ethnoscience/177-davolash-qanday-turlari-mavjud.html)**усуллари**

1.Микробга карши дорилар

2.Яллигланишга карши дорилар

3.Сийдик харакатига органик ва функционал халакит бериб турган бузилишларни [даволаш](http://dawo.uz/ethnoscience/177-davolash-qanday-turlari-mavjud.html)

4.Жинсий ва гигиеник омилларни коррекция килиш

5.Иммунотерапия

6.Сийдик рН ини узгартирувчи терапия

7.Диета ва ичиш режимига амал килиш, фитотерапия, физиотерапия ва б.

Даволашни факат мутахасис шифокор диагноз куйиб, сунг амалга оширади.

**Касалликни олдини олиш**

* Ич котишини олдини олиш
* Сийдик йуллари шиллик каватини таъсирловчи овкатлардан пархез килиш (тузланган, турли овкат кушимчалари, консервалар, уткир соуслар, уксус, алкоголли ичимликлар, аччик чой, газланган суюкликлар, калампир ва б.)

Шахсий ва жинсий гигиена коидаларига эркак ва аёлларни бир хил амал килишлари.

**Сурункали цистит**

**Сурункали бактериал цистит** - қовуқнинг носпецифик инфекционяллиғланиш касаллиги бўлиб, қовуқ инфекцияси 1 йил давомида 3 ваундан кўп маротаба кузатилади.

**Симптом**

Сурункали цистит симптомларсиз ёки қовуқни таъсирловчи турлисимптомлар билан кечиши мумкин. Беморларда кўпинча тез-тез сийиш,диурия ва никтурия кузатилади. Сийдикнинг ҳаво аралаш чиқиши ичак-қовуқ оқмаси ёки газ ҳосил қилувчи инфекция борлиги хақида ўйлашга

ундайди. Физикал текширганда кўп ҳолларда касаллик белгиларикузатилмайди.

**Лаборатория маълумотлари**

Агар сурункали цистит сийдик-таносил тизимида оғир бузилишларбилан асоратланмаса, қон таҳлили меъёрда бўлади. Сийдик таҳлилидачўкма микроскопия қилинганда меъёридан бир оз ортиқроқ лейкоцитурия,

1 мл сийдикда 100000-дан ортиқ бактериурия аниқланади. Аёлларда қиндаҳлизи ва бачадон бўйинчасидан олинган суртмани микроскопия қилишзарур.Лейкоцитурия ва бактериурия аниқланган ҳолларда сийдикни васуртмани стерил идишга олиб, музлатгичга жойлаш (+4 - +6°Стемпературада сийдикни 8 соатгача сақлаш мумкин) ва махсустермоконтейнерда бактериологик лабораторияга экиш учун жўнатишзарур.

**Инструментал текширувлар**

Ультратовушли текширув. Сийдик йўлларида обструкция, тошлар,ўсмалар ва қолдиқ сийдик мавжудлигини аниқлаш мақсадида беморнибуйрак, сийдик найлари ва қовуқни ультратовушли текширувга юборишкерак. Сийдик йўлларида обструкция, тошлар, ўсмалар ва қолдиқ сийдик

аниқланган ҳолларда беморни мутахассис-урологга жўнатиш керак.**Дифференциал диагностика**

1. Сурункали циститни вагинит, простатит, уретрит ва пиелонефрит кабибошқа инфекцион касалликлардан қиёсий ташхислаш керак.Характерли клиник симптомлари, физикал ва бошқа текширувусуллари тўғри ташхис қўйишга имкон беради.

2. Буйрак ва қовуқ сили сурункали циститдан «стерил» пиуриямавжудлиги билан дифференциалланади.

3. Сурункали циститни синил вагинит, гормонлар етишмовчилиги биланбоғлиқ бўлган уретрит, уретранинг ноинфекцион касалликлари,абактериал простатит, интерстициал цистит, аллергик цистит,радиацион цистит, химиотерапиядан сўнг ривожланган цистит кабиноинфекцион ҳолатлардан қиёсий ташхислаш лозим.

**Даволаш**

Даволашнинг энг муҳим аспектларидан бири, касаллик сабабларинианиқлаш ва касалликка олиб келувчи омилларни мувофиқ равишдабартараф этишдир.Аёлларда жинсий аъзолари инфекцион-яллиғланиш касалликларианиқланган ҳолларда, даволашни гинеколог билан мувофиқлаштиришкерак.Даволаш амбулатория шароитида олиб борилади:**триметоприм/сульфометоксазол (бисептол)** ичишга ёки фторхинолонлар.Резерв**: ефалоспоринлар** ичишга ёки **нитрофуранлар**, ёки**доксоциклин, амоксициллин/клавуланат**.

**Аналитик кисм.**

**Вазиятли масалалар.**

1. Бемор Н. 28 ёш, УАШга бел сохасидаги симилловчи оғриқлар,бош оғриғи,уйкучанлик,умумий холсизликка шикоятлари билан мурожаат килди.

Анамнезда: гайморит ташҳиси билан даволаниб юрган, узоқ вақт инъекцияда ампициллин олган. Даво олиш бошлаганидан икки кун кейин юкоридаги шикоятлар безовта кила бошлади, Объектив кўрувда: умумий ахволи коникарли. Шишлар йўқ. Нафас тизими томонидан ўзгаришлар аникланмади, юрак тонлари тоза , ритмик. АКБ-130/80 мм сим.уст. Пульс 86та , 1дақиқада.Туртки симптоми икки томонлама мусбат. УКА: Нв-110г\л, эритр.-3,5х1012/л, лейк.-9,6х109/л, СОЭ-20 мм/ч. УСА: хажми–350 мл, нисбий зичлиги -1004, оксил-0,066 г\л, лейк. 4-5\1, эритр.-8-10\1, цилиндрлар: гиал. 5-6\1, донадор-1-2\1.

1. Шу касаллик ривожланишига сабабчи бўлган камида 4 этиологик факторни келтиринг;

2. Тахминий ташҳис;.

3. Энг информатив текшириш усуллари;

4. Сийдик чўкмасининг 1 млда( Нечипоренко синамасида) мейёрдаги кўрсаткичлар;

5. УАШ тактикаси и даво принциплари;

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.Бемор 36 ёш, тана хароратини 37,70Сгача ошишига,титрашга, тез-тез пешоб ажралишига,бел соҳасидаги ва гоҳида қорин соҳасидаги оғриқга шикоят килмоқда.

Анамнездан: оҳирги 4 йилдан бери юкоридаги шикоятлар безовта килиб турган , ҳалқ табобати усуллари билан даволаниб юрган , аҳволи 3 кун олдин ёмонлашди.

Объектив кўрувда- юрак- кон томирлар ва нафас тизимлари томонидан ўзгаришсиз. Пульс 88 1 дақиқада, АКБ 130/80 мм сим.уст. Қорин юмшок, оғриқсиз.Туртки симптоми чап тарафта мусбат. УКА: Нв-105 г/л, эритр. – 3,7х1012, лейк. – 10,8х109, СОЭ-23 мм/с

УСА: нисбий зичлиги -1018, оқсил-0,066 ‰, лейкоцитлар 18-25/1, эритроцитлар4-6/1,бактериялар +++.

Буйраклар УТТда – чап буйракнинг коса-жомчаларида деформация ва кенгайиш аникланди..

1. Юкоридаги шикоятлар билан кечувчи 5 касалликни хисоблаб беринг;

2 Тахминий ташҳис;.

3. Энг информатив текшириш усуллари;

4.Лейкоцитурияни келиб чиқишга сабаб бўлган пешоб тизими кисмини аниклашда кўлланадиган синама;

5.УАШ тактикаси ва даво принциплари;

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**3.Бемор Ю., 67 ёшли**, бир неча йилдан бери вақти – вақти билан тана харорати ошиши, совук котиши ва белида оғриклар безовта килади.

**Объектив кўрувда:** терлари ва шиллик каватлари тоза.Тана харорати38,2оС.Ўпка ва юрак- контомирлар тизимида ўзгаришлар аникланмади. АКБ 130/80 мм сим.уст. Пульс 90та 1 дақиқада,ритмик. Қорин юмшок , ўнг буйрак сохасида оғрикли. Пешоб ажралиши тез- тез.

УКА: Нв-110 г/л, эритр.-3,5х1012/л,, лейкоц.-11,0х109/л, ЭЧТ-28мм/с.

1. Шу патология ривожланишига сабабчи бўлиши мумкин бўлган учта факторни келтиринг.

2. Тахминий ташҳис;.

3. Энг информатив текшириш усуллари;

4. Шу касалликни камида тўртта асоратини айтиб беринг;

5. УАШ тактикаси ва даво принциплари.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**4.Бемор, аёл, 26 ёш**,оилали,фарзандлари йўқ.УАШга совук котишига, тез-тез пешоб

ажралишига,тана харорати ошишига шикоятлари билан мурожаат килди. Бу шикоятлар 2 кун илгари сув хавзасида чўмилгандан кейин безовта кила бошлади. Объектив кўрувда терлари рангпар, лимфатик тугунлар катталашмаган. Туртки симптомиўнг тарафта мусбат.

УКА –Нв-107г/л, эритр.-3,4х1012, лейк.-9,8х109, ЭЧТ -27мм/с

1. Юкоридаги шикоятлар билан кечувчи 5 касалликни хисоблаб беринг;

2. Тахминий ташҳис;.

3. Энг информатив текшириш усуллари;

4. Шу беморнинг умумий сийдик анализида кузатилиши мумкин бўлган ўзгаришларни санаб ўтинг ;

5. УАШ тактикаси ва даво принциплари;

**5. Бемор 34 ёшли**, УАШга белининг ўнг тарафидаги кучли ҳуружсимон оғрикларга,

кўнгил айнашига, сийдикда кон каби шикоятлар билан мурожаат килди.

Анамнезда: 3 йилдан бери сийдик тош касаллигибезовта килиб туради

Объектив кўрувда: терлари рангпар,намли .Ўпка ва юрак- контомирлар тизимида ўзгаришлар аникланмади. Туртки симптоми ўнг тарафта мусбат.

УСА: нисбий зичлиги– 1008, белок-0,033‰, лейк.-6-8/1, эритр.: ўзгармаган- 10-12/1, ўзгарган-2-3/1, эпит.5-6/1, тузлар-оксалатлар .

1. Юкоридаги шикоятлар билан кечувчи 4 касалликни хисоблаб беринг;

2. Тахминий ташҳис;.

3. Энг информатив текшириш усуллари;

4. Шу патологияда экскреторной урографияда кузатилиши мумкин бўлган ўзгаришлар ;

5.УАШ тактикаси ва даво принциплари (номедикаментоз ва медикаментоз); \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Бемор, 22 ёш, фолликуляр ангинада томоғини содали сув билан чайиб, ишга 4кундан бери бориб юрган. Фақат ковоқлари шишгандан,тана харорати37,7◦Сгача ошгандан,титраш,умумий холсизлик , тез-тез пешоб ажралгандан кейин УАШга мурожаат килган. Кўрувда- умумий ахволи коникарли, периферик шишлар йўқ .АБ -130/80 мм сим.уст. Пульс 78та 1 мин. Туртки симптоми чап тарафта мусбат.

УКА – Нв-120 г/л, эрит.- 3,5х1012/л, лейк.-10,2х109/л, ЭЧТ-20 мм/с

УСА: нисб. зичлиги- 1018, лейк. – 15-20/1, эритр.-3-4/1,оксил-0,099‰, эпителий-8-10/1

1. Юкоридаги шикоятлар билан кечувчи 4 касалликни хисоблаб беринг;

2. Тахминий ташҳис;.

3. Энг информатив текшириш усуллари;

4. Лейкоцитурияни буйракли ёки буйракдан ташқаридагидан фарқлайдиган текшириш усулини келтиринг ;

5.УАШ тактикаси ва даво принциплари (номедикаментоз ва медикаментоз);

7. Бемор 60 ёш, 8 йил давомида бўғимлардаги оғриклар туфайли индометацин кабул килиб юрган.Охирги 2 йил АКБни160\100мм сим.устгача ошмокда,белда оғрик,чанкаш,оғиз куриши,тезлашган сийиш,айникса - кечалари, тез чарчаш безовта килмоқда. Кўрувда- тери ва шиллик каватлари рангпар,шишлар йўқ.Юрак тонлари ритмик, АКБ 130/80 мм сим.уст, пульс 80та 1 мин. Ўпкада везикуляр нафас. Қорин юмшок, оғриқсиз.Туртки симптоми икки томонда суст мусбат.

УСА: микдори -320,0 мл.,нисбий зичлиги-1003, оксил -1 г/л, лейк. -10-15/1, эрит.-15-30/1, гиалин. цил - 2-3/1. Зимницкий синамаси суткали диурез-2000 мл, нисбий зичлигиўзгариши-- 1004-1008, кундузги диурез-800, кечали диурез -1200 мл. Кондамочевина – 12 ммоль/л, креатинин -0,219ммоль/л.

1. Юкоридаги шикоятлар билан кечувчи 4 касалликни хисоблаб беринг;

2. Тахминий ташҳис;.

3. Энг информатив текшириш усуллари ;

4. «Олигоурия» ва «анурия»ни ифодалаб беринг ;

5. УАШ тактикаси ва даво принциплари;

8.Бемор , 35 ёш, бош оғриғига , юрак сохасидаги оғрикларга,хансирашга, суткалик пешоб микдорини 300мл гача камайганига ,юзда,оёкларда ва қорин сохасидаги шишларга шикоят килмоқда. 5 йилдан бери касал.

Кўрувда-бутун тана,оёк-кўллари ва юзида яккол ифодаланган шишлар. Терлари ва шиллик каватлари рангпар. Ўпканинг пастки кисмларида майда пуфакли нам жарангсиз хириллашлар. Юракнинг нисбий тўмтоклик чегаралари чап томонга кенгайган. АКБ-200/140ммсим.уст., пульс 100та 1 мин. Юракнинг чуққисида I тон сусайган,систолик шовкин,аортада II тоннинг акценти.Қорин асцит хисобига катталашган.

УКА-Нв -80 г/л, эритроцитлар -2,4х1012/л, лейкоцитдар-8,5х109/л,ЭЧТ-30 мм/с

Умумий оксил – 56 г/л, холестерин – 8,2 ммоль/л, креатинин –0,36 ммоль/л.

УСА: микдори –100 мл, нисбий зичлиги-1003, оксил -10 г/л, эритроц. -8-12/1, цилиндр гиалинли -4-8/1,донадор- 3-5/1,мумлили -2-3/1.

1. Юкоридаги шикоятлар билан кечувчи 4 касалликни хисоблаб беринг;

2. Тахминий ташҳис;.

3. Энг информатив текшириш усуллари ;

4.Нефротик синдром белгиларини санаб беринг;

5. УАШ тактикаси ва даво принциплари;

9. Бемор 28 ёш, бош оғриғига , бел сохасидаги симилловчи оғрикларга,чанкашга, мехнат кобилиятини сусайишига шикоятлар билан мурожаат килди.Анамнездан: 2 хафта илгари сурункали тонзиллитни қайталиши, эрталаблари юзда шишлар кузатила бошлади.

Курувда: юзикизарган, ковоклари шишган. Ўпкада патологик ўзгаришлар аникланмайди. Юрак тонлари ритмик. АКБ150/100 мм сим. уст. Пульс 82та 1 мин.

УКА: Нв-110 г/л, эритр.- 3,5х1012/л, лейк.- 8,2х109/л,ЭЧТ-18 мм/с.

УСА: нисбий зичлиги -1005, оксил-0,96‰, лейкоцитлар- 7-8/1, эритр. узгарган-8-15/1, цилиндрлар гиал.-6-7/1.

1. Юкоридаги шикоятлар билан кечувчи 4 касалликни хисоблаб беринг;

2. Тахминий ташҳис;.

3. Энг информатив текшириш усуллари ;

4.Шу касалликнинг камида 3 асоратини санаб беринг;

5. УАШ тактикаси ва даво принциплари;

**Амалий кисм**

**Шу мавзу буйича машғулотдан сўнг эгалланиши лозим бўлган амалий кўникмалар руйхати.**

1. Буйракларнинг ва сийдик қопи яллиғланишли касалликли беморларни кўрувини амалга ошириш.

2.Лаборатор-инструментал текширишларни натижалариниинтерпретацияси:ўткир ва сурункалипиелонефрит, цистит, сийдик диатезида.

**Сийдик чўкмасини ўзгаришлари**

**(Пиелонефрит, цистит, сийдик диатези)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Босқич№ | Кўрсаткич/  интерпретация | Бажарил-  мади | Тўла бажарил-ди |
|  | Бемор курацияси | 0 | 50 |
|  | Умумий кон анализи |
|  | Умумий сийдик анализи |
|  | Сийдикни Нечипоренко бўйича анализи |
|  | Сийдикни экмаси антибиотикограмма билан |
|  | Умумий оксил ва оксил фракциялари |
|  | Мочевина |
|  | Креатинин |
|  | Конда ва сийдикда канд микдори |
|  | Буйраклар УТТси |
|  | КТ и ЯМР |
|  | Уролог маслахати |
|  | Дифференциалдиагностика | 0 | 20 |
|  | Ташҳисни асослаш | 0 | 10 |
|  | УАШ тактикаси ва даво белгилаш | 0 | 10 |
|  | Тавсиялар | 0 | 10 |
| ЖАМИ |  | 0 | 100 |

**Амалий машғулот № 14**

**Иситма.Ноаник генезли иситма. Иситма характери, типлари. Текширув режаси. УАШ тактикаси. Ревматик ва ўсма касалликларида дифференциал ташхис. Инфекцион касалликларда (бактериал ва вирусли) иситмани қиёсий ташхис. Профилактика. УАШ тактикаси.**

**Ўқитиш технологияси**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ўқитишвақти: 6 соат** | |
| **Ўқувмашғулоти структураси** | Ўқув мавзу хонаси.  ЭКГ хонаси  УАШ хонаси  Тест ва вазиятли масалалар тўплами, тарқатма материал, фантомлар, муляжлар.  Телевизор, видео аппаратура, мультимедиа |
| **Ўқув машғулоти максади:** УАШларни турли сабаблар таъсири оқибатида иситмани эрта ташхиси ва қиёсий ташхисини,уларда оптимал даво тактикасини танлашни ,бирламчи соғликни саклаш тизимида ”Умумий амалиёт шифокори квалификацион тавсифнома” талабларига муносиб олиб бориш принципларини ўргатиш | |
| 1. **Иситмани** ташхислаш асосларини кўриб чиқиш.  2. Иситмали беморларни намойиш этиш.  .3. **Иситмада** клиник лаборатор- инструментал текширувлар натижаларини кўриб чиқиш.  4. **Иситмада**киёсий ташхиси.  5. “УАШни квалификацион тавсифномаси “га асосланган холда шу касалликли беморларни олиб бориш тактикаси.  6.Номедикаментоз ва медикаментоз даво принципларини мухокамаси.  7.ҚВП ёки ОП шароитида беморларни олиб бориш, кузатиш ва мониторинг қилиш .  8.Келтирилган касалликларда бирламчи, иккиламчи, учламчи профилактика принципларини мухокама қилиш | ***Талаба билиши керак:***   1. Иситма ривожланиш механизмлари. 2. **Иситмада** қиёсий ташхиси.КВП ва ОП шароитида даволаш мезонлари (номедикаментозм ва медикаментоз) 3. УАШ тактикаси.Беморларни ҚВП ва ОП шароитида олиб бориш, кузатиш ва мониторинг қилиш мезонлари. 4. Келтирилган касалликларда номедикаментоз ва медикаментоз даво тактикаси.   ҚВП ёки ОП шароитида беморларни олиб бориш, мониторинги ва диспансер назорат принциплари .  Бирламчи, иккиламчи, учламчи профилактика принциплари шу касалликларда.  ***Талаба( қилишни билиши) бажара олиши керак:***   1. Иситмада ташхисини кўйишда шикоят ва анамнезни анализ килишни. 2. Иситманинг иммун-яллигланишли ва яллигланишли касалликларда клиник ва лаборатор-инструментал текширув натижасига асосланиб ташхислаш ва қиёсий ташхис ўтказишни. 3. Даво учун таъсири исботланган дори воситаларни танлашни 4. Номедикаментоз даво бўйича тавсиялар беришни 5. ҚВП ва ОП шароитида беморларнинг ахволини мониторинг қилишни |
| **Ўқитиш методи** | «Галерея буйича давра»методи.  демонстрация, видео, мунозара, сухбат, вазиятли масала ва тест ечиш |
| **Ўқув фаолиятининг ташкилий шакли** | Индивидуаль, гурухда, коллектив, аудиторная, аудиторнаядан ташқарида ишлаш. |
| **Ўқув материаллари** | Тарқатма материаллар, видеофильмлар, муляжлар, график органайзерлар, балгам суртмалари, тиббий карта тўплами, таблицлар, баннерлар, рентгенограмма тўплами |
| **Қайта богланиш воситаси ва усули** | совол, тест, ўқув вазифаси бажарилганлиги натижаси презентацияси, тиббий карта тўлдириш, «профессиональ сўров» амалий кўникмасини бажариш |

**Назарий қисм.**

Иситмалаш – тана ҳароратининг меъёридан юқори кўтарилиши ҳисобланиб айрим ҳолларда касалликнинг ягона белгиси сифатида намоён бўлади. Тана ҳароратининг меъёрий кўрсаткичлари:оғиз бўшлиғида 36,0дан 37,3 гача (ўртача 36,8 С); тўғри ичакда 37,7 С.

Тана ҳарорати кун давомида 1 С га ўзгариб туради ва эрталаб одатда кечга нисбатан пастроқ бўлади. Юқори тана ҳарорати аксарият холларда куннинг иккинчи ярмида кузатилади . Давомилигига кўра иситмалаш: қисқа ( 4 кундан кам), ўртача (4-14 кун), узоқ муддат (14 кундан кўп) кечувчи турлари фарқланади.

Давомийлик муддатидан ташқари тана ҳароратининг кўтариш даражасига қараб иситмалашни: субфебрил (37-37.9 С), фебрел (38-39.9 С), ва гектик (40 -40.9 С) кечиши фарқланади. Айрим беморларда гипертермия яъни ўта юқори иситмалаш (41 Сдан юқори) кузатилиб бу холат иссиқ ҳароратда узоқ қолганда, ёмон сифатли ўсмаларда, баъзи инфекцияларда, геморрагик инсульт оқибатида гипоталамус зарарланганда учрайди

Иситмалаш муддати ва унинг даражаси бир неча кун давомида тана ҳароратини қайд этиш варақасида белгилаб борилса маълум эгри чизиқлар хосил бўлади ва уларнинг тахлили асосида айрим холларда шифокор тахминий ташхисий хулосалар чиқариши мумкин

**Иситмалаш турлари**

* **Уч ва турт кунлик танаффусдан кейинги иситмалаш** безгак касаллигига хос бўлиб тана ҳарорати ҳар уч ёки тўрт кундан кейин кўтарилиб туради.
* **Тўлқинсимон иситмалашда** тана ҳароратини секинлик билан жуда юқори даражагача кўтарилиб, бир неча кун сақланиб тургандан сўнг қандай кўтарилган бўлса шу холатда меъёригача тушиши ҳамда маълум вақтдан кейин ушбу жараённинг яна қайта такрорланиши кузатилади. Иситмалашнинг бу тури сурункали бруцеллез ва лимфогранулематоз касалликларида учрайди.
* **Доимий иситмалашда** (1 расм в)тана ҳарорати кўрсаткичи юқори бўлиб унинг меъёридан юқорига тебраниш даражаси кун давомида 1С дан ошмайди. Бу турдаги иситмалаш одатда вирусли инфекцияларда (масалан гриппда) кузатилади
* **Ремиттирловчи иситмалашда** (1 расм г)кун давомида тана ҳароратининг меъёридан юқо-рига тебраниш даражаси 1 Сдан юқори, лёкин 2 Сдан ошмайди.
* Бу кўринишдаги иситмалаш йирингли инфекция (тоз абсцесси, ўт пуфаги эмпиемаси, ярали инфекция ва бошқалар) ҳамда хавфли ўсмаларда учрайди
* **Тебранувчииситмалашда** тана ҳароратини кун мобайнида меъёридан юқорига тебраниш даражаси 1Сдан кўп ва унда минимал кунлик кўрсаткичи 37Сдан юқори бўлиб, цитомега-ловирусли, мононуклеозли ва йирингли инфекцияларда (масалан, холангитда) учрайди
* **Қайталовчи иситмалашда** тана ҳароратини тўсатдан юқорига кўтарилиб (иситмалаш даври) бир неча кун давомида сақланиши ва ундан сўнг шундай тезликда меъёригача тушиб маълум муддат шу холатда туриши (иситмасиз давр) ҳамда ушбу жараённи қайта-қайта такрорланиши хосдир. Иситмалаш эгри чизиғининг бундай
* **Ҳолсизлантирувчи ёки гектик иситмалашда**  тана ҳароратининг меъёридан юқоридаги кунлик тебраниш даражаси 3-5С ташкил этади. Бундай иситмалаш сил ва сепсис касалликларида учрайди.
* **Ўзгарган шаклдаги иситмалашда э**рталабки тана ҳароратининг кечкига нисбатан юқори бўлиши кузатилади (соғлом одамларда тана ҳарорати эрталаб кечкига нисбатан пастроқ бўлади). Бу турдаги иситмалаш сил, сепсис ва ёмон сифатли ўсмаларда бўлиши мумкин.
* **Нотўғри иситмалаш** тана ҳароратининг кеча кундуз кўтарилишидаги мутоносибликнинг йўқолиши билан характерланади. Бундай турдаги иситмалаш менингит, грипп ва бошқа касалликлар учун хосдир

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Тана ҳарорати меъёридан кўтарилган бемор УАВга мурожаат этганда у синчковлик билан шикоятларни сўраб суриштириши, анамнез йиғиши (шу жумладан эпидемиологик анамнез) ва беморни объектив кўрикдан ўтказиши лозим. Зарурат бўлганда анамнез йиғиш ва бемор кўригини бир неча бор ўтказиш зарур, чунки иситмалаш билан кечувчи касалликларнинг баъзи белгилари кейинроқ пайдо бўлиши мумкин.

Асосий лаборатор ва асбобий текширувлар:

- умумий қон тахлили (гемоглобин, ранг кўрсаткич, лейкоцитлар, ЭЧТ);

- сийдик тахлили (умумий тахлил ва уни экиш);

- қон биокиёвий тахлили;

- қонни экиш;

- кўкрак қафаси ва бурун бўшлиқлари рентгенографияси;

- аҳлатни микроскопик текшириш ва экиш;

- балғам тахлили (агар бўлса);

- қорин тифи, юқумли мононуклеоз, бруцеллез, цитомегаловирусли инфекция, токсоплазмоз ва заҳмни ташхислашдаги ўтказиладиган махсус текширувлар

* ОИТС антителасига қон тахлили;
* иммуннологик бузилишларни аниқлаш учун ўтказилиши лозим бўлган текширишлар (ревматизм, системали қизил волчанка [СҚВ]ва бошқалар);
* туберкулинли синама;
* ошқозон ичак тизимини рентгеноконтраст текширув;
* ультра товуш текшируви
* ҳосиладан пункция қилиб олинган материални цитологиктекшириш;
* лапароскопия;
* биопсия, масалан катталашган лимфа тугундан, тери, жигар, суяк кўмигидан гистологик текшириш учун.

***Инфекция-*тана ҳароратининг кўтарилишига бактериал, вирусли риккетсиозли, паразитар касалликлар олиб келиши мумкин**

1. **Қалтираш (ваража) -** одатда тўсатдан пайдо бўлувчи иситмалаш қалтираш билан кечади: зотилжам, йирингли инфекция; бактеремия; сепсис, лимфогранулематоз, ўткир лейкоз; пиелонефрит, безгак, бруцеллез.

**2. Тери тошмалари:** қизамиқ, қизилча, сув чечак, баъзи стафилококли инфекциялар, қорин тифи, паратиф, токсоплазмоз, экссудатив эритема, дори воситалари таъсирадаги иситмалаш, Стивенс-Жонсон, Лайелла синдромлари, ревматизм, ревматоидли артрит, СҚВ,

**3. Лимфа тугунлари катталашиши:** бурун- томоқ ва оғиз бўшлиғи йўллари яллиғланиши (тананинг юқори қисмидаги лимфа тугунлар катталашиши кузатилади- бўйин, жағ ости, қўлтиқ таги, билак). Бундан ташқари бутун тана лимфа тугунларининг катталашиши (сарамас, йирингли лимфаденит, лимфогранулематоз, дифтерия;

**4. Танглай, ҳалқум ва оғиз бўшлиғи яллиғланиши**: ўткир фарингит, ангина, сурункали тонзиллитнинг қайталаниш даври, бўғма

**5.Йўтал:** грипп, аденовирусли инфекция

**6.Терлаш:** – организмдан иссиқликни чиқариш йўлларидан бири. Иситма тушиши билан кўп терлаш кузатилади; унинг кўтариши билан тери одатда иссиқ ва қуруқ бўлади.

**7. Юқоридагилардан ташқари иситамалашнинг қўйидаги умумий белгилари мавжуд**: касалликнинг ўткир бошланиши, бош оғриши, дармонсизлик, артралгия, миалгия, баъзан кўнгил айниши, қайт қилиш, диарея, гепатоспленомегалия, дизурия ва бошқалар.

***Бактериал инфекцияли иситмалашда***тана ҳарорати юқори кўтарилиши асосан кечки вақтга тўғри келади. Қайта қалтираш, кучли терлаш, умумий қон тахлилида – лейкоцитоз, таёқча ядроли чапга силжиган нейтрофилез, ЭЧТнинг ошиши, токсик донодор нейтрофиллар бўлиши мумкин. Шунингдек баъзан бемор лабларида герпес кузатилади.

***Вирусли инфекцияли иситмалашда*** эпидемиологик анамнезни аниқлаштириш муҳим аҳамиятга эга. Улар кўпича бурун-халқум яллиғланиш белгилари ва теридаги тошмалар билан бирга кечади. Кам ҳолатларда эса қалтираш ҳам кузатилади ва уларда умумий интоксикация белгилари устун туради. Умумий қон тахлилида лейкопения, нейтропения хисобига чапга силжиш аммо ЭЧТ сезиларли ўзгармайди.

***Паразитар инфекцияли иситмалаш*** ўзига хос клиник белгилар билан кечиб, уларни ташхислашда ҳар бир тур учун махсус ташхисий услублар қўлланилади

**УАШ тактика**. Беморни юқумли касалликлар шифохонасига (бўлимига) ётқизиш. Даволашнинг муҳим тадбирларидан бири бу беморларга тўғри парваришни ва ётоқ режимини ташкиллаштиришдан иборат. Ўтиришга беморларга тана ҳароратининг меъёрлашганининг 7-8 кунлари, юришга эса 10-11 кунлари рухсат берилади. Уларнинг териси ва оғиз бўшлиғини тозалаб яхши парвариш қилиш талаб қилинади. Ич келиш равонлигини кузатиш, шифокор рухсатисиз тозаловчи хукналар қилиш ман қилинади. Енгил хазм бўлувчи ва юмшоқ таомлар тавсия қилиниб, бемор соғайиб борган сари у кенгайтирилиб борилади. Юқори ва ўзоқ давом этувчи тана ҳарорати (39-40 С), лимфоаденопатия, жигар, талоқ ва мояк катталашиши, ҳаракат таянч тизими зарарланиши, асаб тизимининг неврит, полиневрит ва радикулат шаклида яллиғланиши, қон тахлилида: нисбий лимфоцитоз билан лейкопения, ЭЧТнинг меъёрида бўлиши ёки бироз ошиши бруцеллез касаллигига хосдир. Ушбу касалликка шубҳа бўлганда УАВ беморни юқумли касалликлар шифохонасига (бўлимига) ётқизиши лозим. Касалликни олдини олиш учун ҳайвонларни режали равишда мунтазам ветеринария кўригидан ўтказиш ва аҳоли ўртасида санитария- оқартув ишлари олиб бориш керак.

**Аналитик қисм**

**Вазиятли масалалар**

Уйга чакирувда 41 ёшли бемор шикоятлари йўтал ва уни йирингли ёқимсиз ҳидли балғам ажралиши билан ва тана ҳарорати ошиши, нафас кисиши, кукрак кафаси унг кисмида огрик. Беморнинг сўзига кўра касаллик бошланагнига бир неча ой бўлган, врачлар томонидан крупоз зотилжам ташҳиси қўйилган, лекин бемор шифохонада ётишдан бош тортган ва уйда тана ҳарорати кўтарилганда иситма туширувчи дорилар кабул килган. Ахволи яхшиланмаган, иситма билан бирга терлаш кучайган. Қалтираш, ҳолсизлик, қуруқ йўтал, баъзан кўкрак қафасида ноаниқ бўлган оғриқлар безовта қила бошлаган. Кечадан бошлаб йўталганда кўп миқдорда балғам ажрала бошлагандан сўнг бемор енгил тортади. Объектив кўрикда: тери қопламлари оқимтир. Юрак тонлари бўғиқ, ритмик. Пульс бир дақиқада 100 марта. АКБ 100/70. Нафас олиш сони бир дақиқада 30 марта. Перкуссияда ўпкада тимпаник товуш. Аускультатив: ўпка ўнг томонида жарангли йирик пуфакчали хириллашлар эшитилади, бронхиал нафас амфорик тусда. Тана ҳарорати 38°С.

**Савол:**

1. Тахминий ташҳис;
2. УАШ тактикаси
3. Информатив текшириш усуллари;
4. даволаш принциплари;

**Жавоб::**

1. ўпка абсцесс бронхга очилиши
2. 2-категория
3. УКА, умумий балғам таҳлили, Кўкрак қафаси рентгенографияси, КТ
4. Антибактериальная терапия: Инфузионная терапия: Постурал дренаж, даволовчи бронхоскопия.

23 ёшли эркак УАШга умумий ҳолсизлик, ҳолсизлик, бош оғриғи, иситма 37,50С қадар кўтарилиши, , қуруқ йўтал шикоятлари билан мурожаат қилган. Касалликни иккинчи куни, касалликни совуққотиш билан боғлайди. Обектив:тана ҳарорати 37,20С. умумий аҳволи қониқарли. Периферик лимфа тугунлари катталашмагани. Ўпка устида тиниқ перкутор товуш.Қаттиқ нафас тарқалган гувилловчи ва ҳуштаксимон хириллашлар.НОС - 16 мин. , қон босими 120/80 мм Сим.у., ЮҚС - 72/дақ - юрак тонлари аниқ, ритмик, Қорин бўшлиғида патология аниқланмади.

**Савол:**

1.Тахминий ташхисни қўйинг.

2.Зарур қўшимча текширувлар рўйхати сананг.

3. Беморга нисбатан тактикангизни и аниқланг.

4. Ушбу касалликнинг даволашпринциплари.

Ревматология булимига 34 ёшли бемор кескин умумий холсизлик, озиш (охирги 2 ойда 15 кг), юкори тана харорати 37,2–37,5 °С гача, оекларда вакти-вакти билан тортишишлар, чап оёк ва унг кулда сезги бузилиши шикояти билан келди. Бемор узини 1 йилдан бери касал хисоблайди, касаллик тизза ва болдир бугимларида огрик,, болдирда папулёз тошмалар тошиши, субфебрил харорат, кул ва оёкларда сезги бузилиши ва сабабсиз тортишишлар билан бошланган. Неврологда даволанган, лекин самара бермаган. Охирги 2 ойда умумий ахволи кескин емонлашган, АКБ ошган (клиник белгиларсиз), иситма доимий характерга эга булган. Сезиларли озган. Анамнезидан гепатит В касаллигини утказган. Бемор куп микдорда чекади, алкоголь суъистемол килади. Невролог кузатувида «алиментар токсик генезли полинейропатия» ташхиси билан даволанган. Курикда: умумий ахволи коникарли, астеник. Териси одатий рангда. Шиллик каватлар иктерик. Болдирда папулёз тошма излари. Танада татуировка излари бор. Тана харорати 37,5 °С. Упкада везикуляр нафас фонида таркок курук хириллашлар эшитилади. Юрак тонлари ритмик, бугиклашган, АКБ унг кулда — 220/130 мм.сим. уст., чапда — 200/100 мм.сим.уст. Жигар катталашмаган. Корин юмшок,, эпигастрал соха сезгир. Шишлар йук. Курикда бугимларда узгариш йук,. Ич келиши ва диурез регуляр. УКА (узи билан олиб келган ): эритроцит— 3,1 · 1012/л, Hb — 89 г/л, РК— 0,7, лейкоцит— 8,2 · 109/л, ЭЧТ— 65 мм/соат.

**Савол:**

Тахминий ташхис

Тактика УАШ

Шу паталогияга оид стандарт текширувлар

Шу касалликка оид стандарт даво

**Жавоб:**

Тугунчали периартериит.

категория 2 парацетамол 500 мг

УКА, УСА, К,БА (мочевина, креатинин, билирубин, глюкоза, АЛТ, АСТ, КФК, ЛДГ),иммунологик текширув (АНФ, АТ к ДНК, АНЦА); вирусли гепатит В ва С маркёрлари, бактериологик текширув (инфекцияни истисно килиш учун ), серологик тест захм (захм инфекциясини истисно килиш учун); томирларни доплерографияси, ангиография; офтальмолог, невролог ва кон томир жаррохи консультацияси.

ГКС, цитостатик препаратлар, НЯКВ, гипотензив препаратлар (АПФ ингибитори),кон томир препаратлари. Даволовчи плазмаферез.

Бемор 34 ёшда, бир йил аввал аборт амалга оширилган. Шундан сўнг тана харорати кўтарилиши, совуқ қотиш безовта қилган. Гинекологда эндометрит ташхиси билан даволанган. Бир ой ўтгач, бўғимлари, мушакларида оғриқ, карахтлик, оёқ-қўлларининг совуқ қотиши пайдо бўлган. Айни вақтда УАВ хузурига тизза ва қўлларининг майда бўғимларида оғриқлар, дағал таомнинг ютиш мушқўллиги, умумий холсизлик, тана харорати кўтарилишига шикоятлар билан келди. Бемор ўзида қизилўнгач раки эхтимолидан хавфда. Кўздан кечирганда: тери қопламлари рангпар, қўл бармоқлари совуқ, қўлтиқ ости лимфа тугунлари катталашган, оғриқсиз. Бўғзи тоза. Ўпкаларида везиқўляр нафас. Юрак тонлари бир оз бўғиқлашган. Томир уриши бир дақиқада 80 марта, ритмик. АҚБ 100/60 мм.сим.уст. Қорни юмшоқ, оғриқсиз.

1.Юқоридаги шикоятлар ва белгилар учрайдиган камида тўртта касалликни санаб беринг;

2.Бирламчи диагноз;

3. Ушбу касалликда кўпроқ қайси ички аъзолар шикастланади ва касалликка хос бўлган камида бешта белгини санаб беринг;

4. Касалликни тасдиқлаш учун ўтказилиши лозим бўлган ахборотли текшириш усуллари ва улар ичидан хал қилувчи аҳамиятга эга экани;

5. Умумий амалиёт врачи тактикаси ва даволаш тамойиллари;

**ГАЛЕРЕЯ БЎЙИЧА «ТУР УСУЛИНИ» ҚЎЛЛАНИЛИШИ**

Максад: берилган муаммо бўйича талабаларни мальлумотларни критик Баҳолашга ўргатиш. Бунда талабаларга фикрлаш учун вакт берилади сунгра 2, 3, 4, 8, кичик гурухларда мухокама ўтказиш бошланади , качонки уйинда барча гурух иштрок этмагунча бу усул харбир талабага ўз нуқтаи назарини айтиб бера олиш кобилиятини беради. Ўқитувчи талабаларга конкрет вазифа беради. Ўқитувчи талабаларга гурух тузиб олишини айтади.

Сунгра эса хар-бир гурух ечган масалани алмашиши айтилади

Аудиторияда бир неча рақамланган машқлар осиб қўйилади. Хар бир кичик гурух (2-3 киши)га 10 минут вақт мухокама учун берилади, хар бир машқ учун кейин коллектив бўлиб жавоблар ичидан сифатлисини танлаб олинади

**Кластер ( кластер – ўрам,боғлам)**

– ахборотларни йиғиш сақлаш харитаси – бирорта омил ёки фикр атрофида шунга яқинларини йиғиб тахлаш билим олиш фаолиятини кучайтириб, эркин ва очиқчасига мавзуга мос фикрлар беришга ундайди.

Кластер тузиш қоидалари билан таништирилади. Марказдаги доскага мавзу ва 1-2 та калит сўзлари ёзилади.

Ушбу калит сўз атрофига мавзуга боғлиқ айлана ичига олинган “йўлдош” деб аталувчи кичик ёзувлар ёки таклифлар ёзилади. Улар марказий калит билан боғланади. Бундай холатларда кичик йўлдошларнинг яна бир неча митти йўлдошчалари бўлиши мумкин бўлиб ёзиш то улар тугагунча олиб борилади.

Инфекция 40%

Аутоиммун касалликлар 20%

Ичак касалликлари.

Дори ва айрим озик овкатлар таъсири. Симуляция. 1-3%

Ўсмалар 30%

(шу жумладан қон касалликлари)

Ноаниқ табиатли 5-9%

Марказий асаб тизими касалликларида 1-3%

**Амалий кисм**

**Шу мавзу буйича машғулотдан сўнг эгалланиши лозим бўлган амалий кўникмалар руйхати.**

1. Иситма касалликли беморларни кўрувини амалга ошириш.

2.Лаборатор-инструментал текширишларни натижалариниинтерпретацияси.

**Назорат саволлари.**

Иситма синдромида касалликлар диф.диагностикаси узига хослиги.

Иситма синдромида текширувлар алгоритми.

Иситмалаш турлари.

Иситма билан кечадиган касалликларда бирламчи,иккиламчи,учламчи профилактика принциплари.

Ноаник генезли иситмалашнинг мезонари

**МУСТАКИЛ ТАЪЛИМ МАШГУЛОТЛАРИ**

**Ички касалликлар фани бўйича мустақил таълим мавзулари**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Мустақил таълим мавзулари** | **Дарс соатлари хажми** |
| **Оилавий тиббиёт асослари** | | |
| 1 | Оилавий тиббиёт тарихи, ривожланиш босқичлари. | 2 |
| 2 | Ўзбекистон Республикасида Соғлиқни сақлаш тизимининг ислохатлари. 2017−2021 йилларда Ўзбекистонни ривожлантириш ҳаракатлар стратегиясининг (4.2. Аҳолини ижтимоий ҳимоя қилиш ва соғлиқни сақлаш тизимини такомиллаштириш, хотин-қизларнинг ижтимоий-сиёсий фаоллигини ошириш) устувор йўналиши. | 2 |
| 3 | Кенг тарқалган ноинфекцион касалликлар профилактикаси. Соғлом турмуш тарзи тамойиллари. | 2 |
| 4 | Кенг тарқалган ноинфекцион касалликларида рационал овқатланиш тарғиботи. Ортиқча тана вазни билан курашиш тамойиллари. | 2 |
| **Кардиология** | | |
| 5 | Юрак мушакларининг физиологик вазифалари. Нормал ЭКГ. | 2 |
| 6 | Аритмияда қўлланиладиган дори воситаларининг фармакодинамикаси. | 2 |
| 7 | Ўтказувчанлик бузилишининг этиологияси ва патогенези. | 2 |
| 8 | Артериал гипертензия, гипертония касаллиги ва буйракка боғлиқ бўлган артериал гипертензия этиалогияси, патогенези, классификацияси. | 2 |
| 9 | Артериал гипертония ва эндокрин касалликларрида кузатиладиган артериал гипертензия этиалогияси, патогенези ва классификацияси. | 2 |
| 10 | Гипотензив дори воситаларнинг классификацияси. | 2 |
| 11 | Гемодинамик ва церебрал артериал гипертензия этиалогияси, патогенези ва гипотензив дори воситаларнинг классификацияси. | 2 |
| 12 | Юрак ишемик касаллиги этиалогияси, патогенези, классификацияси ва даволаш усуллари. | 2 |
| 13 | Миокард инфаркти, этиалогияси, патогенези. Миокард инфарктида қўлланиладиган дори воситаларининг фармакодинамикаси. | 2 |
| 14 | Кардиомегалия келиб чиқиш сабаблари, кардиомегалия турлари, клиник симптомларининг ўзига хослиги, эКГ даги ва рентгенологик текширувлардаги ўзгаришлар хамда даволаш. Юрак митрал нуқсонининг этиалогияси, патогенези, клиникаси ва диагностикаси | 2 |
| 15 | Юрак нуқсонларининг ревматизм, ИЭ ва аорта атеросклерози касалликларида ривожланиш сабаблари. ЭКГ ва рентгенологиктекширувдаги белгилари ва даволаш усуллари. Аортал юрак нуқсонларининг этиалогияси, патогенези, клиникаси ва диагностикаси. | 2 |
| 16 | Юрак нуқсонлари ривожланиши, эталогияси, патогенези, органик ва функционал юрак шовқинларининг хосил бўлиш механизми, мутлоқ ва нисбий белгилари, кичик қон айланишидаги босим ошиши белгилари, нуқсонлар кечишининг ўзига хослиги. | 2 |
| 17 | Кардиомегалия келиб чиқиш сабаблари, кардиомегалия турлари, клиник симптомларининг ўзига хослиги, ЭКГ даги ва рентгенологик текширувлардаги ўзгаришлар. Даволаш, β-адреноблокаторлар ва юрак гликозидларни қўллашда ўзига хос хусусиятлари. | 2 |
| 18 | ҚАЕ этиалогияси, патогенези, классификациясива клиник сурати.Юрак гликозидлари, β-блокаторлар, АПФ ингибиторлари, сийдик хайдовчи воситаларнинг қўллашдаги ўзига хос хусусиятлари | 2 |
| 19 | Миокардит ва миокардиодистрофияларни этиалогияси, патогенези ва даволаш усуллари. Миокардит ва миокардиодистрофияларни даволашда қўлланиладиган дори воситаларнинг фармакодинамикаси. | 2 |
| 20 | Перикардит ривожланиш сабаблари ва диагностикаси. ЎАТЭ (ТЭЛА) ва қаватланувчи аневризмаси этиопатогенези ва клиникаси. | 2 |
| **Пульмонология** | | |
| 21 | Пневмония, туберкулез ва ўпка инфаркти этаилогияси, патогенези, таснифи,клиник кўриниши ва шакллари. Текшириш усуллари. | 2 |
| 22 | Пневмония этиологияси, классификацияси. Пневмония, ўпка абсцесси, ўпка раки, ўпка эхинококки клиник кўринишлари ва шакллари, текшириш усуллари, асоратлари. | 2 |
| 23 | Пневмония, ўпка туберкулези ва ўпка раки классификацияси. | 2 |
| 24 | Пневмония, ўпка туберкулези ва ўпка ракиклиник кўринишлари, текширув усуллари ва асоратлари. | 2 |
| 25 | СОЎК(ХОБЛ) этиалогияси, классификацияси, клиник кўринишлари, текширув усуллари ва асоратлари. | 2 |
| **Ревматология** | | |
| 26 | Ревматизм ва ревматоидли артрит касалликларининг диагностик критериалари. Ревматизмнинг диагностик критериалари. | 2 |
| 27 | Серонегатив спондилоартритларнинг (Реактив артрит, Бехтерев касаллиги, псориатик артрит) диагностик критериалари. Ревматизмнинг диагностик критериалари. | 2 |
| 28 | Бириктирувчи тўқима диффуз касалликларининг диагностик критериалари, фаоллик даражалари ва даволаш усуллари. | 2 |
| 29 | Сурункали буйрак етишмовчилиги этиалогияси, патогенези, классификацияси, клиник синдромлари, диагностикаси вадаволаш усулларида қўлланиладиган дори воситаларининг фармакодинамикаси. | 2 |
| 30 | Дерматомиозит ва тизимли васкулит касалликларининг диагностик критериалари, активлик даражалари, даволаш усуллари ва профилактикаси.Дерматомиозит ва тизимли васкулитни даволашда қўлланиладиган дори воситаларининг фамакодинамикаси. | 2 |
| 31 | Тугунчали периартрит ва носпецифик аортоартериит касаллигининг Диагностик критериалари, активлик даражалари, даволаш усуллари ва профилактикаси. Тугунчали периартрит ва носпецифик аортоартериит касаллигини даволашда қўлланиладиган ДВ фармакодинамикаси. | 2 |
| **Нефрология** | | |
| 32 | Буйракнинг яллиғланиш ва иммун яллиғланиш касалликларининг этиалогияси, патогенези, касалликнин клиник намоён бўлиши, диагностикаси ва активлик критериалари. | 2 |
| 33 | Нефропатияларнинг этиалогияси, патогенези ва касалликни аниқлаш усуллари. | 2 |
| 34 | Сурункали буйрак етишмовчилиги этиалогияси, патогенези, таснифи, клиник синдромлари, диагностикаси ва даволашда қўлланиладиган дори воситаларининг фармакодинамикаси. | 2 |
| 35 | Шиш синдроми этиалогияси, патогенези, клиник намоён бўлиши ва диагностикаси. | 2 |
| **Гастроэнтерология** | | |
| 36 | Дисфагия ривожланиш сабаблари, этиология, патогенези, оғриқ хосил бўлиш механизми. Дисфагия ривожланишидаги хавф омиллар. | 2 |
| 37 | Яра касаллигининг клиник кўринишлари, клинико-лабаратор критериалари, асорати ва даволаш усуллари. | 2 |
| 38 | Панкреатит этиалогияси, патогенези, ва таснифи. Ошқозон ости бези ўсмасида ўтказиладиган диагностик текширувлар. | 2 |
| 39 | Носпецефик ярали коллит асоратлари ва ичакни диагностик текширув критериалари. | 2 |
| 40 | Гепатомегалия билан кечувчи касалликлар этиопатогенези, клиник кўринишлари, касалликнинг синдромал диагностикаси. | 2 |
| 41 | Жигар циррози этиопатогенези, клиник кўринишлари, ва диагностикаси. | 2 |
| 42 | Сариқлик билан кечувчи касалликлар этиопатогенези, клиник кўринишлари, касалликнинг синдромал диагностикаси. | 2 |
| 43 | Ошқозон-ичак касалликларидаги фармакотерапиянинг ўзига хос хусусиятлари ва асоратларидаги тактика. | 2 |
| **Иситма** | | |
| 44 | Иситматушунчаси ва турлари, иситма эгрилилари. Иситма билан кечувчи касалликлар. | 2 |
| **Гериатрия** | | |
| 45 | Қариликнинг диагностикаси, қари организмнинг физиалогияси, ёш нормалари. Остеопароз этиалогияси, патогенези, диагностик критериалари ва қари организм физиалогияси. | 2 |

Фан бўйича мустақил иш аудитория (172 соат) ва аудиториядан ташқари (90 соат) ўтказилади.

**Мустақил ўзлаштирадиган мавзулар бўйича талабалар томонидан бажариладиган Мустақил иш шакллари бўйича услубий кўрсатмалар:**

* мавзуни мустақил ўзлаштириш ва конспект ёзиш, реферат тайёрлаш, ижодий ишлаш.

- Мавзуни мустақил ўзлаштириш ва конспект ёзиш. Конспект мавзунинг барча саволларини қамраб олган, тизимли баён қилинган, фойдаланилган асосий адабиётлар ва ахборот манбалари кўрсатилган.

- Реферат тайёрлаш. Талаба асосий адабиётлардан ташқари қўшимча адабиётлардан (монографиялар, илмий, услубий мақолалар, Интернетдан олинган маълумотлар, электрон кутубхона материаллари ва ҳ.к.) фойдаланиб материаллар йиғган, таҳлил қилган, тизимга солган. Мавзу моҳияти очилган, фақат хулосаси бор.

- Ижодий ишлаш. Машғулотда берилган вазиятли масалалар, кроссвордлар, органайзерларни тўғри ечган, жавоб асосланган. Жадваллар тўғри тўлиқ тўлдирилган.Фан бўйича курс иши намунавий ўқўв режада режалаштирилмаган.

**ГЛОССАРИЙ**

**Профилактика** – согликни мустахкамлаш касалликларни олдини олиш стт таргиб етишга каратилган комплекс тадбирлар йигиндисидир

**Бирламч профилактика** - согликни максимал саклашга каратилган хавф омилларни эрта аниклаш вабартараф этишга каратилган тадбирлар йигиндисидир булардан бошкариб булмайдиган еши жинси ирсий моиллик, бошкариб буладиган чекиш,алкогол, кам харакатлик хает тарзи нотугри овкатланиш киради.Бу ерга стт,тугри овкатланиш буйича тавсиялар зарали одатлар билан курашиш,жисмоний машклар билан мунтазам шугилланиш киради.

**Иккиламчи профилактика** - бу касалликларни эрта аниклаш ва уз вактида даволаш. Бу ерга скрининг профилактик курувлар саволномалар утказиш киради. Биз биламизки усма касалликлари асосан ката ешли ахолии орасида куп учрайди,масалан сут бези усмасидаги эрта узгаришларни аниклаш учун оилавий шифокор барча 25 ешдан ката аелларни сут безини текшириб маммография утказиш,40 ешдан катта аелларни йилига 2 марта текшириш керак. .

**Учламчи профилактика**-бу асоратлардан огохлантириш учун касалликларни даволаш ,масалан барча АД ва СД билан касалланган беморларга биз инсултва МИларни олдини олиш учун аспиринни профилактик дозада берамиз.Беморларни хает тарзини узгартириш буйича маслахат бериш умумий амалиет врачининг иш фаолиятига киради.

**Йўтал –** мураккаб рефлектор акт бўлиб, кўкрак қафаси ичидаги босимнинг тезда ошиши билан характерланади.

**Пневмония –** ўткир инфекцион яллиғланишли касаллик бўлиб, кўпинча бактериал этиологияли бўлади ва яллиғланиш жараёнига ўпканинг респиратор қисмларини жалб қилади ҳамда альвеолаларнинг экссудацияси билан кечиб ёнида жойлашган бронхларга, томирларга ва плеврага тарқалади.

**УСОК** нафас йуллари дистал кисмларининг сурункали яллигланиш жараёни билан жарохатланиши билан куринади. Ушбу гурух беморлар учун нафас чикариш максимал тезлиги пасайиши ва аста секин упканинг газ алмашинув ёмонлашиши, яъни нафас йулларининг кайтмас обструкцияси ривожланиши характерли

**Қоринчалар экстрасистолияси**–қоринчаларнинг вақтидан олдин қўзғалиши ва қисқариши бўлиб, миокардни гетеротроф ўчоғидаги автоматизмга асосланади.

**Пароксизмал тахикардия -** юрак ритми бузилишининг, юрак қисқариш частотаси минутига (дакикасига) 140-220 ча бўлган, юракнинг тез-тез уриш хуружлари сифатида намоён бўлади.

**Ҳилпировчи аритмия –** юрак ритмининг бузилиши бўлиб, унда тўлиқ юрак цикли давомида, бўлмачалар алоҳида мушак толаларининг бетартиб қўзғалиши ва қисқариши (минутига 350 дан 600 гача) кузатилади ва уларнинг мувофиқлашган қисқариши бўлмайди.

**Стабил зўриқиш стенокардияси** ЮИК ни энг кўп тарқалган клиник шакли ҳисобланади ва аксарият ҳолларда ўтказувчанликни ёмонлашишига олиб келадиган йирик тож томирларни “асоратланмаган” атеросклерозида кузатилади. У зўриқиш стенокардияси кўринишида намоён бўлиб, миокардни кислородга талаби ошган вақтда резистив артериолаларни мос равишда кенгаймаслиги оқибатида юзага келади.

**Ностабил стенокардия** деганда стенокардия хуружлари давомийлигининг узайиши ва оғирлашиши, оғриқлар характерини ўзгариши, беморни жисмоний зўриқишга чидамлилигини кескин камайиши, хуружларни тинч ҳолатда ҳам пайдо бўлиши, нитратларга сезувчанликни пасайиши тушунилади. Қабул қилинаётган нитроглицеринлар сони кунига 20-40 та таблеткагача етиши, лекин уни самараси жуда кам ёки умуман бўлмаслиги мумкин. Бу ҳолатда МИ ва тўсатдан коронар ўлим ривожланиш хавфи юқори.

***Вариантли (Принцметал, спонтан ёки вазоспастик) стенокардия*** *-* йирик тож артериялари спазми натижасида юзага келиб, ўта кучли оғриқ хуружлари тўсатдан бирон-бир сабабларсиз тинч ҳолатда, аксарият ҳолларда куннинг маьлум бир вақтида (тунда ёки эрта тонгда) пайдо бўлиб, даврий равишда (хафтда 2-3 ва ундан кўпроқ) кузатилади

***Ўткир коронар синдром (ЎКС)*** - бу илк бор юзага келган стенокардиядан тортиб, узоқ муддат давом этувчи ва нитроглицерин қабул қилганда ҳам йўқолмайдиган, натижаси ноаниқ, йирик ўчоқли МИ ёки тўсатдан ўлимга олиб келиш эҳтимоли юқори бўлган, тинч ҳолатда ҳам узлуксиз авжланиб борувчи давомли стенокардияларни ўз ичига олади. Бу тахминий ташҳис вақтинча қўйилиб, шифокор касаллик кечишига, лаборатор-асбобий текширишлар натижасига асосланиб, 24 соат ичида клиник ташҳис (МИ ёки ностабил стенокардия) қўйиши ва келгуси даволаш тактикасини белгилаши лозим.

***Биринчи бор пайдо бўлган стенокардия (БПБС)***– бу ташҳис ўзини шу пайтгача соғлом ҳисоблаган бемор ҳаётида илк бор ҳар қандай жисмоний зўриқишда (юриш, оғир юк кўтариш, сузиш, спорт машғулотлари) оғриқ хуружлари пайдо бўлган вақтдан 1 ойгача бўлган муддат ичида қўйилади. У тож томирлардаги атеросклеротик жараён даражасига ва шикастланган томирлар сонига боғлиқ ҳолда турлича кечиши мумкин.

***Авж олиб борувчи стенокардия*** анамнезида маълум муддат турғун стенокардия билан оғриган беморларда пайдо бўлиб, касаллик қўзғалганлигидан далолат беради ва ҳар доим ностабил стенокардия сифатида баҳоланади.

***Миокард инфарктидан кейин эрта пайдо бўлган стенокардия*** *-* оғриқ хуружлари МИ ривожлангандан кейинги 48 соатдан 2 ҳафта ичида ёки бемор шифохонадан чиқиши билан (4 - 8 ҳафта оралиғида) пайдо бўлади. Хуружларни пайдо бўлиши МИ ни яқин ва узоқ оқибатларни ёмонлаштиради.

***Операциядан кейин пайдо бўлган стенокардия*** *-* оғриқ хуружларини ЮИК ни фаол даволаш усуллари (аорта - коронар шунтлаш, стентлаш, транскоронар ангиопластика) қўлланилгандан сўнг 2 - 4 ҳафта давомида ёки ундан сўнг пайдо бўлиши тушунилади.

**Миокард инфаркти** юрак мушакларининг чегараланган некрози бўлиб, унинг қон билан таъминланиши ва талаби ўртасидаги мувозанатнинг ўткир бузилиши натижасида юзага келади. Барча мамлакатларда МИ ўлимга ва ногиронликка олиб келувчи асосий сабаблардан бири ҳисобланади. Сўнги йилларда ёш ва ўрта ёшдаги аҳоли орасида МИ билан оғриганлар сони ортиб бормоқда.

***Чап қоринчани диастолик дисфункцияси*** ишемия жараёнини ва ривожланаётган МИ ни илк белгиларидан бири ҳисобланади. Диастолик дисфункция - диастола вақтида юрак мушакларини ригидлигини ошиши (чўзилувчанлигини пасайиши) ҳисобига юзага келади.

***Чап қоринчани систолик дисфункцияси*** қуйидагича намоён бўлади: чап қоринчани регионар қисқарувчанлигини бузилиши; унинг глобал систолик дисфункцияси.

***Чап қоринчани ремоделлашиши*** – юрак мушагида инфаркт ривожланиши ҳисобига чап қоринча таркиби ва фаолиятини ўзгариши. Бу асосан Q тишчали МИ да кузатилади. Чап қоринча деворида хосил бўлган некроз ўчоғи систола вақтида ўзида ўзгармаган миокард томонидан кучли қоринча ичи босимини ҳис этади Миокардни некрозга учраган соҳаси қисқаришда қатнашмаслиги ва қоринча ичи босимига қаршилик кўрсата олмаслиги сабабли у қисқа вақт ичида тез чўзилади ва ингичкалашади.

***Юрак астмаси.*** У тўсатдан ҳаво етишмаслик ҳисси ва ҳансирашдан бошланиб, қисқа вақт ичида бўғилиш хуружига ўтади. Бемор қўзғалувчан ва тўшакда ўтирган ҳолатда (ортопноэ) бўлади (6.45). Ушбу ҳолатда юракнинг ўнг томонига келаётган қон хажми ва кичик қон айланиш доирасидаги юклама камаяди. Беморни ташқи қиёфаси аянчли, нигоҳида қўрқув ҳисси мавжуд бўлади.

***Ўпкани альвеоляр шиши.*** Унда юқорида санаб ўтилган клиник белгиларга қўшимча равишда нафас олиш сони ошади ва шовқинли бўлади, масофадан эшитиладиган йирик пуфакчали нам хириллашлар (самовар қайнашига ўхшаш нафас) кузатилади.

**Кардиоген шок** юракни қон отиб бериш ҳажми, артериал босим, периферик аъзо ва тўқималар перфузияси пасайиши билан бир вақтни ўзида чап қоринчани қон билан тўлиш босими 20 мм.сим.уст. дан юқорига кўтарилади. Бу кичик қон айланиш доирасида веноз қонни димланишига ва ўпка шишига сабаб бўлади.

***Юракни ички ва ташқи ёрилиши.*** Миокард инфаркти билан оғриган беморларнинг 1-3 % да чап қоринча девори ёрилиши ва юрак тампонадаси кузатилади. Уларнинг 30-50 % да юрак деворини ёрилиши касалликнинг биринчи соатларида кузатилади.

***Чап қоринча аневризмаси***– қоринча деворини махаллий парадоксал бўртиб чиқиши ҳисобланади. Аневризма кўпроқ чап қоринчани олдинги деворида ва чўққи сохасида юзага келади.

***Дресслер синдроми***касалликнинг 2-11 ҳафталарида беморларни 1-3 % да ривожланиб, плеврит, пневмонит, перикардит белгилари билан намоён бўлади. Бундан ташқари уларда иситмалаш, полиартрит, полисерозит, эозинофилия, ЭЧТ нинг ошиши кузатилиши мумкин

**Тропонинлар.** Қисқарувчи миокарддаги тропомиозинлар комплекси таркибига кирувчи Т ва I тропонин концентрациясини ошиши кардиомиоцитлар некрозидан далолат берувчи юқори сезувчан ва специфик (хос) маркер (кўрсатгич) ҳисобланади.

**Миоглобин.** Қон таркибида миоглобин концентрациясини ошиши МИ ташҳислашда юқори сезувчан, лекин носпецифик кўрсатгич ҳисобланади. Унинг кўрсатгичи оғриқ хуружи юзага келгандан кейин 2-4 соат ичида ошади ва ундан кейинги 24-48 соат давомида сақланиб туради.

***МВ-КФК***миокард инфарктини ташҳислашда муҳим кўрсатгичлардан бири ҳисобланади. Унинг фаоллиги касаллик бошлангандан 4-6 соат ўтгач кўтарила бошлайди ҳамда 12-18 соатдан кейин максимал кўрсатгичга етади ва 48-72 соатдан кейин меъёрига қайтади.

***Реваскуляризация.*** Аксарият ҳолатларда тромболизис амалиёти самарадорлигини аниқлаш ва тож томирлар ҳолатини баҳолаш мақсадида КАГ ўтказилади. Тож томирда яққол стеноз ёки инфаркт билан кечувчи артерия окклюзияси аниқланса реваскуляризация амалиёти бажарилади.

***Электрокардиография.*** Кўкрак қафасидаги оғриқни қиёсий ташҳислашда ЭКГ муҳим аҳамиятга эга бўлган текшириш усули ҳисобланади. Айрим ҳолларда тинч ҳолатда олинган ЭКГ да ҳатто яққол намоён бўлган стенокардия хуружлари вақтида ҳам ЮИК га хос ўзгаришлар бўлмаслиги мумкин.

**Юкламали функционал синамалар.** ЮИК ташҳисини тасдиқлашда юкламали функционал синамалардан фойдаланилади. Улардан велоэргометр ёки тредмилда дозаланган юклама бериш ва дипиридамол қўллаш ёрдамида ўтқазиладиган синамалар, бўлмачани қизилўнгач орқали электростимуляциялаш ва кун давомида Холтер бўйича ЭКГ олиш амалиётда кенг қўлланилади.

***Юракни қизилўнгач орқали электрик қўзғатиш*** *(ЮҚОЭҚ)*- инвазив бўлмаган текшириш усули ҳисобланиб, ЮИК билан оғриган беморларда яширин тож томирлар етишмовчилигини ташҳислаш, юрак ритми бузилиши хусусиятини ва уни электрофизиологик механизмларини аниқлаш, қоринча усти пароксизмал тахикардиясини бартараф этиш учун қўлланилади.

***Кун давомида Холтер бўйича ЭКГ мониторлаш.*** Кун давомида Холтер бўйича ЭКГ мониторлаш ЮИК билан оғриган бемордаги ўтиб кетувчи юрак ритми бузилишлари ва ишемик ўзгаришларни ташҳислаш учун қўлланилади. Ушбу синамани беморнинг доимий фаоллиги шароитида узоқ вақт (1-2 кун) олиш мумкин. Аксарият беморларда Холтер мониторлаш юрак қисқаришлари сони ортиши ва ҚБ кўтарилиши билан кечувчи миокардни ўтиб кетувчи ишемиясини RS-T оралиқни ўрта чизиқдан кўтарилиши ёки/ва депрессияси кўринишида объектив тасдиқлаш имконини беради

**Миокардни 201Tl билан сцинтиграфиялаш.** Миокардни сцинтиграфиялаш шикастланмаган ёки аксинча шикастланган миокардни айрим радионуклидли бирикмаларни ўзида йиғиш хусусиятига асосланган. Клиник амалиётда асосан икки турдаги миокардни сцинтиграфиялаш усули қўлланилади

**Позитрон эмиссион томография.** Позитрон эмиссион томография (ПЭТ)- юрак мушаклари метаболизми, кислород билан таминланганлик даражаси ва тож томирлар перфузияси ҳолатини, яъни миокардни яшашга лаёқатлилигини аниқлаш имконини берадиган инвазив бўлмаган текшириш усули ҳисобланади.

**Стресс –эхокардиография.** ЮИК нинг сурункали турларини ташҳислашда фақат чап қоринча миокардининг маҳаллий қисқарувчанлигини тинч ҳолатда текшириш етарли ҳисобланмайди. Жисмоний юклама вақтида икки ўлчамли ЭхоКГ - *стресс – эхокардиография* ёрдамида чап қоринчани маҳаллий қисқарувчанлигини текшириш кўпроқ маълумот беради.

**Коронароангиография.** Коронароангиография (КАГ)- юрак тож томирларини контраст модда юбориб рентгенологик текширишусули ҳисобланади. Унинг ёрдамида ЮИК тож томирларни шикастланиш хусусияти, жойлашиши ва патологик жараённи давомийлиги ҳамда компенсатор коллатераллар ҳолати аниқланади

**Кардиомиопатия (КМП)** – кардиомегалия ва юрак етишмовчилиги тез ривожланиши билан характерланувчи, номаълум этиологияли, миокарднинг яллигланишисиз кечадиган касаллигидир. Кардиомиопатия турли формаларга булинади: дилятацион, гипертрофик, ресриктив. Дилятацион КМП юрак барча камераларини кескин кенгайиши ва бироз гипертрофияга учраши, миокарднинг диффуз зарарланиши натижасида, унинг насос ва кискариш фаолиятини пасайиши билан кечади, бу эса уз урнида юрак етишмовчилигини кучайиб боришига олиб келади.

* 1. **Гипертрофик КМП –** миокарднинг номаълум этиологияли касаллиги булиб, миокард, субэндокард ва эндокардларнинг морфологик узгариши натижасида (фиброз), юракнинг диастолик фаолияти бузилиши билан кечади. Турли КМПлар, юрак нуксонлари, ЮИК ва ГК орасида киёсий ташхис куйидаги мезонларга асосланиб утказилади: ёши, касалликнинг бошланиши, клиника, физикал текширувлар натижалари, лаборатор-инструментал текширувлар.
  2. **Юракнинг орттирилган нуксони (ЮОН)**купинча эндокардит ва ревматик этиологияли булади. Юракнинг орттирилган нуксонининг клиникасида икки гурух белгилар фаркланади: клапан аппаратининг фаолияти бузилиши билан боглик бевосита белгилар, билвосита белгилар эса, юрак камераларининг компенсатор гипертрофияси ва уларнинг дилятацияси натижасида келиб чикади. ЮОНдан фаркли равишда КМПларда, купрок факат мушак каватининг зарарланади ва кардиомегалия юзага келиши, натижада, киска вактлар ичида огир юрак етишмочилиги, юрак ритмининг мураккаб бузилишлари ва тромбоэмболияларнинг келиб чикиши кузатилади.

**Интерстициал нефрит** Буйракларнинг хужайралар оро тўкимасини ўткир ва сурункали абактериал , нодеструктив яллиғланиши,кейинчалик нефронни патологик жараён билан камраб олиниши билан ифодаланадиган касалликдир.

**Диабетик нефропатия**қандли диабетнинг I ва II типида кузатилади ва,протеинуриядан ташкари, полинейропатия, микро - и макроангиопатия билан характерланади.

**СБЕ**– патологик симптомокомплекс, нефронлар сони ва функциясини бирданига камайиши билан характерланади,бунинг оқибатида буйраклар экскретор ва инкретор функцияси,барча турдаги моддалар алмашинуви, аъзолар фаолияти , кислота-ишқормувозанати бузилади.

**Профилактика** – это комплекс мероприятий, направленных на поддержание и укрепление здоровья, и предотвращение заболеваний, это пропаганда ЗОЖ, ответственное отношение людей к своему здоровью.

**Первичная профилактика** - это мероприятия направленные на максимальное сохранение здоровья, выявление и устранение факторов риска (из них: неуправляемые – возраст, пол, наследственность невозможно изменить, но они обращают внимание на семьи группы риска и помогают выявить управляемые факторы риска – курение, «носвой», алкоголь, малоподвижный образ жизни, ожирение, неправильное питание и т.д.) различных заболеваний среди здорового населения. Сюда входят советы по ЗОЖ, включающие советы по правильному питанию, борьбе с вредными привычками, регулярные занятия физическими упражнениями. Первичная профилактика подразумевает также санитарно-профилактические мероприятия: очистку воды, туалетов, борьба с мухами, мытье рук, санитарное просвещение (сан.бюллетни, буклеты и лекции).

**Вторичная профилактика** - это ранняя диагностика и своевременное лечение заболеваний. Сюда относят скрининг, профосмотры, использование вопросников. Мы знаем, что опухолевые заболевания чаще встречаются у пожилых, например, рак молочной железы.

**Третичная профилактик**а - это лечение заболевания, для предупреждения осложнений. Например, всем больным с АГ и СД мы назначаем аспирин в профилактических дозах, для профилактики инсульта и ОИМ.

**Кашель** представляет собой толчкообразный форсированный звучный выдох, в результате которого трахеобронхиальное дерево очищается от слизи и инородных тел.

**Пневмони́я** - воспаление лёгких, воспаление лёгочной ткани, как правило, инфекционного происхождения с преимущественным поражением альвеол (развитием в них воспалительной экссудации) и интерстициальной ткани лёгкого

**ХОБЛ** проявляется хроническим воспалительным процессом с преимущественным поражением дистального отдела дыхательных путей. Для этой категории больных характерно снижение максимальной скорости выдоха и медленное постепенное ухудшение газообменной функции легких, что отражает необратимый характер обструкции дыхательных путей.

**Желудочковая экстрасистолия -** преждевременное возбуждение и сокращение желудоч-ков, обусловленное гетеротопным очагом автоматизма в миокарде одного из них. В основе ме-ханизма желудочковой экстрасистолии лежат механизмы re-entri и постдеполяризации в эктопи-ческих очагах ветвей пучка Гиса и волокон Пуркинье.

**Пароксизмальная тахикардия** – это внезапно начинающийся и так же внезапно заканчивающийся приступ учащения сердечных сокращений до 140-250 в минуту при сохранении в большинстве случаев регулярного ритма.

**Мерцательная аритмияили фибрилляция предсердий *-***нарушение ритма, при котором на протяжении всего сердечного цикла наблюдается частое (от 350 до 700 в мин.) Беспорядочное, хаотичное возбуждение и сокращение отдельных групп мышечных волокон предсердий, каждая из которых фактически является теперь своеобразным эктопическим очагом импульсации.

**Атеросклероз**(от греч. athēra кашица и [склероз](http://dic.academic.ru/dic.nsf/es/52849/%D1%81%D0%BA%D0%BB%D0%B5%D1%80%D0%BE%D0%B7)), хроническое сердечнососудистое заболевание лиц преимущественнопожилого возраста. Характеризуется уплотнением артериальной стенки за счёт разрастания соединительнойткани, сужением просвета сосудов и ухудшением кровоснабжения органов. Имеют значениенаследственность, избыточное потребление животного жира малая физическая активность, психоэмоциональное перенапряжение, курение. При атеросклерозе венечных артерий сердца возможныстенокардия, инфаркт миокарда, кардиосклероз; при атеросклерозе сосудов мозга нарушения мозговогокровообращения, в том числе инсульт.

**Ишемическая болезнь сердца**Патология сердца, в основе которой лежит поражение миокарда, обусловленное недостаточным его кровоснабжением в связи с атеросклерозом и возникающими обычно на его фоне тромбозом или спазмом коронарных артерий сердца.

**Нестабильная стенокардия -** расценивается как крайне опасный этап обострения ишемической болезни сердца, угрожающий развитием инфаркта миокарда или внезапной смертью. По клиническим проявлениям и прогностическому значению нестабильная стенокардия занимает промежуточное место между стабильной стенокардией и острым инфарктом миокарда, но, в отличие от инфаркта, при нестабильной стенокардии степень и продолжительность ишемии недостаточны для развития некроза миокарда.

**Впервые возникшую стенокардия-** одно из проявлений нестабильной стенокардии и диагностируется в течение 28-30 дней с момента первого болевого приступа;

**Прогрессирующая стенокардия -** Болевые приступы возникают чаще, становятся более тяжелыми, снижается толерантность к нагрузке, появляются ангинозные приступы в покое, снижается эффективность ранее применявшихся антиангинальных средств, увеличивается суточная потребность в нитроглицерине;

**Ранняя постинфарктная стенокардия -** в пределах 2 недель от развития инфаркта миокарда.

**Острый коронарный синдром-** этопредварительный диагноз, позволяет врачу определить порядок и неотложность выполнения диагностических и лечебных мероприятий. Основная цель введения этого понятия - необходимость применения активных методов лечения (тромболитическая терапия) до восстановления окончательного диагноза (наличие или отсутствие крупноочагового инфаркта миокарда).

**Инфаркт миокарда (ИМ) —** это ишемический некроз сердечной мышцы, развивающийся в результате острой недостаточности коронарного кровообращения. Основной причиной развития ИМ является атеросклероз КА (95%). В большинстве случаев прекращение или резкое ограничение коронарного кровотока наступает в результате тромбоза КА, который обычно развивается в области “осложненной” атеросклеротической бляшки, истонченная капсула которой оказывается поврежденной (надрыв, изъязвление, обнажение липидного ядра бляшки).

**Тромбоз**Прижизненное образование внутрисосудистых сгустков (тромбов), состоящих из эритроцитов, лейкоцитов, тромбоцитов и фибрина, связанных с внутренней поверхностью сосуда и препятствующих току крови. Тромбоз артерий с нарушением их проходимости опасен ишемией и инфарктами кровоснабжаемых органов(например, инфаркт миокарда), тромбоз в полостях сердца и венах — тромбоэмболиями.

**Нарушение ритма и проводимости сердца -** наиболее частые осложнения острого круп-ноочагового инфаркта миокарда. Иногда они могут быть первыми и единственными проявлени-ями заболевания, особенно при повторных инфарктах миокарда.

**Кардиогенный шок -** одно из наиболее тяжелых осложнений инфаркта миокарда, возни-кающее вследствие дезорганизации гемодинамики, ее нервной и гуморальной регуляции и нарушения жизнедеятельности организма.

**Сердечная недостаточность** чаще всего проявляется в виде сердечной астмы и отека легких, т. е. острой левожелудочковой недостаточностью, а также острой недостаточностью правых отделов сердца - правожелудочковой недостаточностью.

**Острая левожелудочковая недостаточность** с явлениями сердечной астмы и отека лег-ких протекает особенно тяжело при инфаркте или разрыве сосочковой мышцы. При крупнооча-говом ИМ, тем более трансмуральном, всегда наблюдается латентная сердечная недостаточ-ность.

**Сердечная астма (СА) и отек легких (ОЛ) —**пароксизмальные формы тяжелого затрудне-ния дыхания, обусловленного выпотеванием в легочную ткань серозной жидкости с образова-нием отека — интерстициального (при сердечной астме) и альвеолярного, со вспениванием бо-гатого белком транссудата (при отеке легких).

**Аневризма сердца.** Развивается при трансмуральных обширных инфарктах миокарда, которое проявляется ограниченным выпячиванием стенки одной из камер сердца и увеличение его полости за счет выпячивания.

**Постинфарктный аутоиммунный синдром Дресслера** включает в себе перикардит, плеврит (сухой или экссудативный), пневмонит, синовиты (синдром передней грудной стенки, плеча, руки), реже – геморрагический васкулит, нефрит, аутоиммунный гепатит, закономерно- возрас-тание СОЭ, эозинофилия, лейкоцитоз, повышение температуры тела.

**ВЭМ** Велоэргометрия, функциональная нагрузочная проба проводится для диагностики ИБС, в частности стабильной стенокардии. Проба состоит в непрерывной регистрации ЭКГ во время вращения больным педалей устройства, имитирующего велосипед и позволяющего ступенеобразно изменять уровень нагрузки и соответственно величину совершаемой больным в единицу времени работы, измеряемую в ваттах.

**Чреспищеводная электрическая стимуляция сердца** метод спомощью которого достигается различная степень учащения сердечных сокращений, по сравнению с велоэргометрией считается более кардиоселективным видом нагрузки. Она показана больным, которым проведение проб с общей физической нагрузкой по разным причинам невозможно. Наиболее специфичным критерием положительной пробы является снижение сегмента ST (не менее чем на 1 мм) в первом комплексе ЭКГ после прекращения стимуляции.

**Фармакологические пробы**, основанные на изменениях ЭКГ, таких же, как при физической нагрузке, но под влиянием различных фармакологических средств, способных вызвать преходящую ишемию миокарда, применяют для уточнения роли отдельных патофизиологических механизмов в происхождении ишемии. Патологическое смещение на ЭКГ сегмента ST в пробе с дипиродомолом характерно для связи ишемии с феноменом так называемого межкоронарного обкрадывание, а в пробе с изопротеренолом (стимулятором b-адренорецепторов) — с повышением метаболических потребностей миокарда.

**Холтеровского мониторирования ЭКГ** - позволяет зарегистрировать преходящие аритмии, смещение сегмента ST и изменения зубца Т в разных условиях естественной деятельности обследуемого (до и после еды, во время сна, при нагрузке и т.д.) и выявить тем самым болевые и безболевые эпизоды преходящей ишемии миокарда, установить их число, продолжительность и распределение в течение суток, связь с физической нагрузкой или другими провоцирующими факторами. Метод особенно ценен для диагностики спонтанной стенокардии, не провоцируемой физической нагрузкой (рис. 1).

**ЭхоКГ** Эхокардиографическое ииследование включенно в стандарт диагностики ИБС для оценки функции глобальной и локальной сократимости ( гипокинезия, дискинезия, акинезия). Эхокардиография и контрастная или радионуклидная вентрикулография имеют преимущества при диагностике связанных с ишемической болезнью сердца морфологических изменений левого желудочка сердца (аневризмы, дефекты перегородки и др.) и снижения его сократительной функции (по уменьшению фракции выброса, увеличению диастолического и конечного систолического объемов), в т.ч. для выявления локальных нарушений сократимости миокарда в зонах ишемии, некроза и рубцов.

**Сцинтиграфия миокарда** с использованием 201Tl применяют для обнаружения зон нарушенной перегрузки, видимых на сцинтиграммах как дефект накопления радионуклида в миокарде. Метод наиболее информативен в сочетании с проведением нагрузочных или фармакологических проб (велоэргометрии, чреспищеводной электрокардиостимуляции, пробы с дипиридамолом). Появление или расширение зоны гипоперфузии миокарда при проведении нагрузочной пробы считается высокоспецифичным признаком стенозирования венечных артерий.

**Коронарная ангиография** дает наиболее достоверную информацию о патологических изменениях в коронарном русле и является обязательной в случаях определения показаний к хирургическому лечению ИБС. Метод позволяет выявлять стенозирующие изменения в венечных артериях сердца, их степень, локализацию и протяженность, наличие аневризм и внутрикоронарных тромбов (так называемые осложненные бляшки), а также развитие коллатералей. При использовании специальных провокационных проб удается выявить спазм крупных венечных артерий.

**Кардиомиопатия –** заболевание миокарда неизвестной этиологии, Характеризующееся кардиомегалией, прогрессирующей сердечной недостаточностью. Классификация кардиомиопатий: Дилатационная, Гипертрофическая: а) не обструктивная; б) обструктивная. Рестриктивная: а) без облитерации; б) с облитераций.

**Кардиомиопатия дилатационня** характеризуется резким расширением всех камер сердца с незначительной их гипертрофией снижением сократительной функции миокарда.

**Гипертрофическая кардиомиопатия (ГКМП)** - генетически обусловленное заболевание, характеризующееся гипертрофией КМЦ и нарушением их пространственной ориентации, развитием фиброза миокарда, диспластическим поражением интрамуральных венечных артерий, приводящих вкупе к нарушению внутрисердечной гемодинамики, снижению диастолической способности ЛЖ, относительной коронарной недостаточности и нарушению ритма и проводимости.

**Приобретённые пороки сердца,** называемые также клапанными пороками — нарушение деятельности сердца, обусловленное морфологическими и/или функциональными изменениями одного или нескольких его клапанов. Изменения клапанов могут быть в виде стеноза, недостаточности или их сочетания. Являются результатом инфекционного поражения, воспаления или аутоиммунных реакций, перегрузки и дилатации камер сердца.

**Интерстициальный нефрит** – острое или хроническая абактериальное, недеструктивное воспаление межуточной ткани почек с последующим вовлечением в процесс всего нефрона.

**Диабетическая нефропатия** (примушественно в виде диабетического гломерулосклероза) встречается при сахарном диабете I и II типов, характеризуется, наряду с протеинурией, полинейропатией, микро - и макроангиопатией. При тромбозе почечных вен больные жалуются на интенсивная боль в поясничной области, наряду с протеинурией у них выявляется эритроцитурия (до степени макрогематурии), олигоурия, анурия с развитием ОПН.

**ХПН** – патологический симптомокомплекс, обусловленный резким уменьшением числа и функции нефронов, что приводит к нарушению экскреторной и инкреторной функции почек, расстройству всех видов обмена веществ, деятельности органов и систем, кислотно-щелочного равновесия. Наиболее частые причины ХПН -хронический [гломерулонефрит](file:///D:\Мои%20документы\Загрузки\des304.htm), хронический [пиелонефрит](file:///D:\Мои%20документы\Загрузки\des163.htm), нефриты при системных заболеваниях, наследственные нефриты, [поликистоз почек](file:///D:\Мои%20документы\Загрузки\des164.htm), нефроангиосклероз, диабетический гломерулосклероз, [амилоидоз](file:///D:\Мои%20документы\Загрузки\des113.htm) почек, а также урологические заболевания (двусторонние или единственной [почки](file:///D:\Мои%20документы\Загрузки\anat277.htm)).

**Prevention** is a complex of measures aimed at maintaining and strengthening health and preventing diseases is to promote healthy lifestyles, responsible attitude of people towards their health.

**Primary prevention** is measures aimed at maximum preservation of health, the identification and elimination of risk factors (including: unmanaged – age, gender, and heredity cannot be changed, but they pay attention to families at risk and help to identify controllable risk factors – Smoking, "nosway", alcohol, sedentary lifestyle, obesity, improper diet, etc.) of various diseases among the healthy population. This includes advice on healthy lifestyles, including advice on nutrition, addictions, regular exercise. Primary prevention involves sanitation: clean water, toilets, fighting flies, hand washing, health education (San.bulletins, booklets, and lectures).

**Secondary prevention** is early diagnosis and timely treatment of diseases. These include screening, examination, the use of questionnaires. We know that neoplastic diseases are more common in the elderly, for example, breast cancer.

**Tertiary prevention** is the treatment of the disease, to prevent complications. For example, all patients with hypertension and diabetes, we assign aspirin prophylactic doses for prevention of stroke and AMI.

**Cough** is a tolchkoobrazny forced loud exhale, which clears the tracheobronchial tree of mucus and foreign bodies.

**Pneumonia -** inflammation of lungs, inflammation of the lung tissue, usually of infectious origin, mainly affecting the alveoli (development in which the inflammatory exudation) and interstitial tissues of the lung.

**COPD** is manifested by a chronic inflammatory process mainly affecting the distal Airways. For this category of patients is characterized by reduced maximum expiratory flow and slow the gradual deterioration of gas exchange function in the lungs, which reflects irreversible airway obstruction.

**Ventricular premature beats -** premature excitation and reduction jeludok-cov due to heterotopic hearth automaticity in the myocardium of one of them. Based on IU-charisma ventricular arrythmia mechanisms are re-entri and postdeposition in ectopy-ical lesions of the branches of bundle of his and Purkinje fibers.

**Paroxysmal tachycardia** is suddenly beginning and as suddenly ending a bout of rapid heart rate to 140-250 per minute, while maintaining in most cases, regular rhythm.

**Atrial fibrillation or atrial fibrillation -** a rhythm at which during the whole cardiac cycle observed frequent (from 350 to 700 in min.) a Disorderly, chaotic excitation and contraction of individual groups of muscle fibers of the Atria, each of which is actually now a kind of source of ectopic impulses.

**Atherosclerosis** (From the Greek. Athēra paste and sclerosis), chronic cardiovascular disease preimuschestvennopozhilogo age. Characterized seal the arterial wall due to the proliferation of soedinitelnoytkani, narrowing of the vascular lumen, and the deterioration of blood supply to organs. Have znachenienasledstvennost, excessive consumption of animal fat, low physical activity, psycho-emotional overstrain, smoking. In atherosclerosis of the coronary arteries stenokardiya heart, myocardial infarction, cardio; atherosclerosis of brain vessels mozgovogokrovoobrascheniya disorders, including stroke.

**Coronary heart-disease** pathology of the heart, which is based on myocardial damage caused by insufficient blood supply to it in connection with atherosclerosis and usually occurs on the background of thrombosis or spasm of the coronary arteries.

**Unstable angina** - is regarded as an extremely dangerous phase of acute ischemic heart disease, which threatens the development of myocardial infarction or sudden death. According to clinical manifestations and prognostic value of unstable angina is intermediate between stable angina and acute myocardial infarction, but, unlike a heart attack, unstable angina extent and duration of ischemia, insufficient for the development of myocardial necrosis.

**For the first time emerged stenokardiya**- one of the manifestations of unstable angina and diagnosed within 28-30 days after the first attack of pain;

**Progressive angina** - pain attacks occur more frequently and become more severe, reduced exercise tolerance, there anginal attacks alone, reduced the effectiveness of previously used antianginal drugs increases the daily need for nitroglycerine;The early post-infarction angina - within 2 weeks of myocardial infarction.

**Myocardial infarction (MI)** - it is an ischemic necrosis of heart muscle that develops as a result of acute failure of the coronary circulation. The main cause of myocardial infarction is atherosclerosis CA (95%). In most cases, termination or limitation of a sharp coronary blood flow occurs as a result of thrombosis spacecraft, which usually develops in the field of "complicated" plaque, which is thinned capsule is damaged (torn, ulceration, exposure of the lipid core plaques).

**Acute coronary syndromic** a preliminary diagnosis allows the physician to determine the order and urgency of the implementation of diagnostic and therapeutic measures. The main purpose of the introduction of this concept - the need for active treatment (thrombolysis) to restore a definitive diagnosis (presence or absence of macrofocal myocardial infarction).

**Tromboz**.Prizhiznennoe formation of intravascular clots (thrombi) consisting of erythrocytes, leukocytes platelets and fibrin associated with the inner surface of the vessel and impede blood flow. Thrombosis of the arteries in violation of their patency dangerous myocardial ischemia and perfused organs (eg, myocardial infarction), thrombosis in the cavities of the heart and veins - venous thromboembolism.

**Necrosis** (from the Greek νεκρός -. Dead), or necrosis - a pathological process, expressed in local death of tissue in vivo as a result of an exogenous or endogenous damaged it. Necrosis manifested in swelling, denaturation and coagulation of cytoplasmic proteins, destruction of cellular organelles and finally across the cell. The most frequent causes of necrotic tissue damage are: stopping of blood supply (which may lead to infarction, gangrene) and impact pathogenic bacteria or virus products (toxins, proteins that cause a hypersensitivity reaction, et al.).

**Intravital intravascular thrombosis** formation of clots (thrombi) consisting of erythrocytes, leukocytes platelets and fibrin associated with the inner surface of the vessel and impede blood flow. Thrombosis of the arteries in violation of their patency dangerous myocardial ischemia and perfused organs (eg, myocardial infarction), thrombosis in the cavities of the heart and veins - venous thromboembolism.

**Violation of rhythm and conduction heart** - the most common complications of acute croup-noogahoogah myocardial infarction. Sometimes they can be the first and only proyavlenie s disease, especially with repeated myocardial infarction.

**Cardiogenic shock** is one of the most serious complications of myocardial infarction, disturbance caused due to disruption of hemodynamics, and its nervous and humoral regulation and the violation life of the organism.

**Heart failure** is most often seen in the form of cardiac asthma and pulmonary edema, i.e., acute left ventricular failure, and acute failure of the right heart - right ventricular failure.

**Acute left ventricular failure** with symptoms of cardiac asthma and edema of leg-fir occurs especially hard during a heart attack or rupture of the papillary muscle. When krupnaja-govem THEM, especially transmural, there is always a latent cardiac insufficiency.

**Cardiac asthma (CA) and pulmonary edema (OL)** —paroxysmal forms of severe any problem in breathing, due to the exudation in the lung tissue of serous fluid with the formation of edema — interstitial (in cardiac asthma) and alveolar, with foaming Bo-gathogo protein transudate (pulmonary edema).

**Aneurysm of the heart.** Developed with extensive transmural infarction of the myocardium, which is manifested by a limited bulging of the wall of one of the heart chambers and enlargement of its cavity due to diverticulum.

**Post-infarction autoimmune syndrome Dressler** includes pericarditis, pleurisy (dry or exudative), pneumonitis, synovitis syndrome (anterior chest wall, shoulder, arms), rarely – hemorrhagic vasculitis, nephritis, autoimmune hepatitis naturally - increased ESR, eosinophilia, leukocytosis, fever.

**VEM** Ergometers, exercise stress test is carried out for the diagnosis of coronary artery disease, in particular, stable angina. The sample consists of a continuous ECG during the rotation of the pedal device patients simulating a bicycle in tiers and allows to change the load level and accordingly the value done by the patient per unit of time, measured in watts.

**Transesophageal cardiac electrical stimulation** method by which achieved varying degrees of increased frequency of heart rate compared with the bicycle stress test is considered more cardioselective views load. It is indicated in patients who are carrying out tests with total physical activity for various reasons impossible. The most specific criterion is a reduction in the positive sample segment ST (not less than 1 mm) in a first electrocardiogram complex after cessation of stimulation.

**Pharmacological assays** based on ECG changes, the same as during physical exertion, but under the influence of various pharmacological agents that can cause transient myocardial ischemia, is used to clarify the role of different pathophysiological mechanisms in the genesis of ischemia. Abnormal displacement of the ECG ST-segment in the sample with dipirodomolom characteristic of communication ischemia phenomenon of so-called mezhkoronarnogo robbing, and in the sample with isoproterenol (b-adrenergic stimulant) - with increased myocardial metabolic demand.

**Holter ECG monitoring** - allows you to register transient arrhythmias, ST segment offset and changes in the T wave in the different conditions of the natural activity of the subject (before and after meals, at bedtime, with a load, etc.) and to identify the most painful and painless episodes of transient ischemia infarction, set the number, duration and distribution during the day, the link with physical activity, or other provoking factors. The method is particularly useful for the diagnosis of spontaneous angina provoked no physical stress (Fig. 1).

**Echocardiography** Echocardiographic iisledovanie included in CHD diagnosis standard for the evaluation function of the global and local contractility (hypokinesia, dyskinesia, akinesia). Echocardiography and contrast or radionuclide ventriculography have advantages in the diagnosis associated with coronary heart disease morphological changes of the left ventricle (the aneurysm, septal defects, and others.) And reduce its contractile function (to reduce the ejection fraction, increased diastolic and end-systolic volume) in tonnes .ch. to detect local violations in the areas of myocardial ischemia, necrosis and scarring.

**Myocardial scintigraphy** with 201Tl is used for the detection of areas disturbed overload visible on the scintigram as a defect of the radionuclide accumulation in the myocardium. Most informative method in conjunction with carrying out stress or pharmacological tests (ergometers, transesophageal pacing, tests with dipyridamole). The emergence and expansion of the zone of myocardial hypoperfusion during exercise test is considered a highly specific sign of coronary artery stenosis.

**Coronary angiography** provides the most accurate information about the pathological changes in the coronary arteries and is mandatory in cases of indications for surgical treatment of coronary artery disease. The method allows detection of changes in constrictive coronary arteries of the heart, their extent and localization length, presence of intracoronary thrombus and aneurysm (the so-called complicated plaques), as well as the development of collateral vessels. When using special provocative tests can not identify a spasm of large coronary arteries.

**Cardiomyopathy** – myocardial disease of unknown etiology, Characterized by cardiomegaly, progressive heart failure. Classification of cardiomyopathies: Dilated, Hypertrophic: a) obstructive b) obstructive. Restrictive: a) without obliteration b) obliterate.

**Dilatazionnaya cardiomyopathy** is characterized by a sharp expansion of all chambers of the heart with little hypertrophy, a decrease in myocardial contractile function.

**Hypertrophic cardiomyopathy (HCM)** is a genetically determined disease characterized by hypertrophy of cardiomyocytes and disruption of their spatial orientation, development of myocardial fibrosis, dysplastic lesion of the intramural coronary arteries, leading together to the violation of intracardiac hemodynamics, decrease diastolic ability of the left ventricle, relative coronary insufficiency and a violation of rhythm and conduction.

**Acquired heart disease**, also called valvular defects — disruption of the heart due to morphological and/or functional changes in one or more of its valves. Change the valves can be in the form of stenosis, insufficiency or a combination thereof. Are the result of infection, inflammation or autoimmune reactions, overload and dilatation of the heart chambers.

**Interstitial nephritis** – acute or chronic abacterial, non-destructive inflammation of the interstitial tissue of the kidney with subsequent involvement of the entire nephron.

**Diabetic nephropathy** (preimushestvenno in the form of diabetic glomerulosclerosis) is found in diabetes types I and II, is featured, along with proteinuria, polyneuropathy, micro - and macroangiopathies. Thrombosis of the renal veins patients complain of intense pain in the lumbar region, along with proteinuria, they have revealed erythrocyturia (to the extent of gross hematuria), oliguria, anuria with the development of AKI.

**Chronic renal failure** – a pathological symptom caused by a sharp decrease in the number and function of nephrons, which leads to the violation of excretory and endocrine kidney function, frustration all types of metabolism, activities of organs and systems, acid-base balance. The most common causes of chronic renal failure, chronic glomerulonephritis, chronic pyelonephritis, nephritis in systemic diseases, hereditary nephritis, polycystic kidney disease, nephroangiosclerosis, diabetic glomerulosclerosis, amyloidosis of the kidney and urologic diseases (bilateral or solitary kidney).