


**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH
VAZIRLIGI**

TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI

«TASDIQLAYMAN»
O'quv ishlari bo'yicha prorektor
Sh.A. Boymuradov
_____ 2022 y



SERONEGATIV SPONDILOARTRITLAR

Tibbiyot oliy ta'lim muassasalari o'qituvchilari, davolash va tibbiy pedagogika fakultetlari IV kurs talabalari uchun o'quv-uslubiy qo'llanma

Toshkent- 2022

Qodirova Sh.A., Jabbarov O.O., Salaeva M.S., Asanova G.K. // “Seronegativ spondiloartritlar” O’quv-uslubiy qo’llanma //«TIBBIYOT NASHRIYOTI MATBAA UYI» MChJ, Toshkent - 2022y., -36 bet

Ishlab chiquvchi muassasa: Toshkent tibbiyot akademiyasi, 2-son fakultet va gospital terapiya kafedrası

Tuzuvchilar:

- Qodirova SH.A.** – TTA 2-son fakultet va gospital terapiya kafedrası katta o’qituvchisi.
- Jabbarov O.O.** - TTA 2-son fakultet va gospital terapiya kafedrası mudiri, t.f.d., dotsent.
- Salaeva M.S.-** TTA simulyatsion o’qitish kafedrası dotsenti, t.f.n.
- Asanova G.K.** - Janubiy Qozog’iston Meditsina Akademiyasi terapevtik fanlar kafedrası mudiri, t.f.n., dotsent

Taqrizchilar:

- Hamraev A.A.–** Toshkent tibbiyot akademiyasi 2-son ichki kasalliklar kafedrası mudiri, t.f.d, professor.
- Munavvarov B.A.–** Toshkent Davlat Stomatologiya Instituti 2-son terapevtik fanlar yo’nalishi kafedrası dotsenti. , t.f.n.

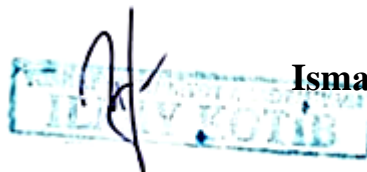
Toshkent tibbiyot akademiyasining Markaziy uslubiy kengashida muhokama qilindi.

Majlislar bayoni № 4 “_3_ dekabr_” 2021y.

Toshkent tibbiyot akademiyasining Ilmiy kengashida tasdiqlandi

Majlislar bayoni № 5 “_22 dekabr_” 2021y.

OTM kengash kotibi:



Ismailova G.A.

O'quv mashg'ulotida ta'lim texnologiyasi modeli

Mavzu: Seronegativ spondiloartritlar.

Ta'lim berish texnologiyasi (amaliy mashg'ulot)

Vaqt: 4 soat	Talabalar soni: 9
O'quv mashg'ulotining shakli va turi	Amaliy mashg'ulot
O'quv mashg'ulotining tuzilishi	1. Nazariy qism 2. Amaliy qism 3. Analitik kism: -Vaziyatli masalalar -Testlar 4. Amaliy qism
O'quv mashg'uloti maqsadi:	-Talabalar seronegativ spondiloartritlar etiologiyasi va patogenezi to'g'risida ma'lumotlarga ega bo'lish; -Talabalar seronegativ spondiloartritlar, reaktiv artritlar etiologiyasi va patogenezi to'g'risida ma'lumotlarga ega bo'lish; tasnifi bilan tanishtirish: -talabalarni klinikasi-klinik sindromlar bilan tanishtirish; - tekshirish rejasini tuzishni o'rgatish; - etiologiyasiga ko'ra kechish variantlari xususiyatlarni o'rgatish;diagnostik mezonlarini o'rgatish; -laborator va instrumental tekshiruvlar natijalarini tahlil qilishni o'rgatish;diagnostikasi, -davolashning o'ziga xos xususiyatlarini o'rgatish; , -amaliy ko'nikmalarni qadamma – qadam bajarish, bilim va ko'nikmalarni chuqurlashtirish-
Talaba bilishi lozim	- seronegativ spondiloartritlar, reaktiv artritlar etiologiyasi, patogeni, tasnifi, klinikasi va diagnostikasi, diagnostik mezonlari to'g'risida ma'lumotlarga ega bo'lish; - davolash prinsiplarini; -asoratlarni; - kasallik profilaktikasini

<p>Talaba bajara olishi lozim:</p>	<ul style="list-style-type: none"> – -seronegativ spondiloartrit va reaktiv artritli bemorlarni kuratsiya qila olish; - kuzatiladigan klinik sindromlarni aniqlay olishni; - bemorlarni tekshirish rejasini tuzishni; - laborator-instrumental tekshiruvlar natijalarini tahlil qila olishni; - klinik tashxisini asoslashni; -qiyosiy tashxis o‘tkazishni; - bemorlarga parhez va rejali davolashni tavsiya etishni; -asosiy preparatlar guruhlariga retseptlar yoza bilishni;
<p>Pedagogik vazifalar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Seronegativ spondiloartritlar va reaktiv artritlar to‘g‘risida umumiy tushunchani shakllantirish, etiologiyasi va patogenezini xakida ma‘lumotlar berish; - kliniasi xakida ma‘lumot berish;dignostik mezonlarini o‘rgatish: -talabalarni laborator-instrumental tekshiruvlar natijalarini tahlil qila olishni o‘rgatish; - talabalarni klinik tashxisni qo‘yish va asoslashini urgatish; -davolash prinsiplarini bayon etish. 	<p style="text-align: center;">O‘quv faoliyati natijalari:</p> <p>Seronegativ spondiloartrit va reaktiv artritli bemorlarni kuratsiya qila oladilar</p> <ul style="list-style-type: none"> - klinik belgilarni aytib beradilar; - kechishi xususiyatlarini ajrata oladilar; - bemorlarni tekshirish rejasini tuza oladilar; - laborator-instrumental-rentgenologik va UTTi tekshiruvlari natijalarini tahlil qilib beradilar. - bemorlarga parhez va rejali davolashni tavsiya eta oladilar; <p>-davolashda qo‘llaniladigan dorilar guruhlariga misollar keltiradilar.</p> <p>Talabalarda aqliy fikr yuritishni o‘stirish, to‘g‘ri tashxis qo‘yish va qiyosiy tashxislash tadbirlar ketma – ketlik chizmasini to‘g‘ri tassavur qilishi, tanqidiy mulohazani shakllantiradilar</p> <p style="padding-left: 40px;">-davolashda qo‘llaniladigan dorilar guruhlariga misollar keltiradilar.</p> <p>Talabalarda aqliy fikr yuritishni o‘stirish, to‘g‘ri tashxis qo‘yish va qiyosiy tashxislash tadbirlar ketma – ketlik chizmasini to‘g‘ri tasavvur qilishi, tanqidiy mulohazani shakllantiradilar</p>
<p style="text-align: center;">Ta‘lim usullari</p>	<p style="text-align: center;">Aqliy hujum, ko‘rsatma berish, namoyish, videousul, amaliy ish usuli, kitob bilan ishlash</p>
<p style="text-align: center;">Ta‘lim shakli</p>	<p style="text-align: center;">Guruhlarda ishlash, interfaol va grafikli organayzerlar usuli</p>

<i>Ta'lim vositalari</i>	Doska-stend, videofilm, rentgenogrammlar, grafik, diagrammlar, matnlar
<i>Ta'lim berish sharoiti</i>	Maxsus texnika vositalari bilan jihozlangan, guruhli shakllarda ishlashga mo'ljallangan xonalar
<i>Monitoring va baholash</i>	Og'zaki so'rov: tezkor-so'rov, yozma so'rov: test

“Seronegativ spondiloartritlar” o’quv mashg’ulotining texnologik xaritasi

Ish bosqich	Vaqti	Faoliyat	
		Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchilar
I qism. Nazariy qism	Ma'ruza 80 daqiqa	1.1. Mavzuning nomi, maqsadi va kutilayotgan natijalarni yetkazadi. Mavzu bo'yicha asosiy tushunchalar: etiologiya, patogenez, tasnif, klinik belgilari, davolash va profilaktika to'g'risida tushuncha beradi. Mashg'ulot rejasi bilan tanishtiradi. Adabiyotlar ro'yxatini beradi	Tinglaydilar va yozib oladilar.
	Amaliy mashg'ulot 40 daqiqa	1.2. Talabalarni aqliy hujumga tortish uchun savollar beradi. Mashg'ulot rejasi va tuzilishiga qarab ta'lim jarayonini tashkil etish bo'yicha harakatlar tartibi bayon qilinadi. Talabalar bilimni faollashtirish maqsadida mavzuning asosiy tushunchalari bo'yicha tezkor-so'rov o'tkazadi. Kichik guruhlarda ishlashni tashkillashtiradi, ishlash qoidasi, vaziyatlarni tahlil qilish chizmasi, muammolarni ifodalanishiga e'tibor berishlariga qaratadi.	Savollarga javob beradilar. Muhokama qiladilar, aniqlashtiruvchi savollar beradilar, aniqlaydilar. Mustaqil ravishda tahlil qilish varog'ini to'ldiradilar, muammoni yechadilar.

II qism Amaliy qism	40 daqiqa	2.1.O'qituvchi bilan birgalikda bemor kuratsiyasi va uni tahlil qilish	Tinglaydilar, savollar beradilar.
	40 daqiqa	Katta tanaffus	
	40 daqiqa	2.2. Mustaqil bemorlar kuratsiyasi. Amaliy ko'nikmalarni bajarish.	Amaliy ko'nikmalarni bajaradilar.
	25 daqiqa	1.3.Tashxislash va qiyosiy taqqoslash. Davolash. Profilaktika. So'rov. Vaziyatli masalalar yechish Testlarni yechish	Javob beradilar. Vaziyatli masalalarni yechadilar. Testlarni yakka tartibda ishlaydilar.
	15 daqiqa	1.3. Mustaqil ta'lim prezentatsiyasi. Mavzu bo'yicha xulosa qiladi. Gurux bo'yicha baholash mezonlarini e'lon qiladi.	Mustaqil bajargan ishlarning namoyishi

MAVZU: “SERONEGATIV SPONDILOARTRITLAR”

1.Mashg'ulot o'tkazish joyi, jihozlanishi

tibbiy pedagogika fakultetiga qarashli 2-son ffakultet va gospital terapiya kafedrasining o'quv xonasi, terapiya bo'limi, tematik bemorlar yoki volonterlar, kasallik tarixi, ko'rgazmali qurollar, mavzu bo'yicha videofilm, tarqatma materiallar, laborator va rentgenologik tekshiruvlar natijalari.

2. Mashg'ulotning davomiyligi-4 s

3. Mashg'ulotning maqsadi

seronegativ spondiloartritlarkasalligi to'g'risida umumiy tushunchani shakllantirish;

ankilozlanuvchi spondiloartrit, reaktiv artrit etologiyasi va patogenezi to'g'risida ma'lumotlarga ega bo'lish;

-talabalarni ankilozlanuvchi spondiloartrit, reaktiv artrit kasalligining tasnifi bilan tanishtirish:

-talabalarni ankilozlanuvchi spondiloartrit, reaktiv artrit kasalligi klinikasi va unda kuzatiladigan klinik belgilar bilan tanishtirish;

-talabalarni kasalligining diagnostikasi bilan tanishtirish;

-ankilozlanuvchi spondiloartrit, reaktiv artrit kasalligida kuzatiladigan laborator-instrumental tekshiruvlar, natijalarini tahlil qila olishni o'rgatish;

- ankilozlanuvchi spondiloartrit, reaktiv artrit kasalligini davolashning asosiy prinsiplarini bayon etish;

- talabalarni qo'llaniladigan asosiy dorilar guruhlar bilan tanishtirish va ularda bu preparatlarga retseptlar yozishni shakllantirish.

Vazifalar

Talaba bilishi kerak:

ankilozlanuvchi spondiloartrit, reaktiv artrit etiologiyasi va patogenezini to'g'risida ma'lumotlarni;

ankilozlanuvchi spondiloartrit, reaktiv artrit tasnifini, klinikasi, qiyosiy tashxisini;

ankilozlanuvchi spondiloartrit, reaktiv artrit davolashning asosiy prinsiplarini

- ankilozlanuvchi spondiloartrit, reaktiv artrit kasalligining oldini olishni.

Talaba qila olishi kerak:

ankilozlanuvchi spondiloartrit, reaktiv artrit mavjud bemorlarni kuratsiya qila olishni;

- ankilozlanuvchi spondiloartrit, reaktiv artrit mavjud kasalligida kuzatiladigan klinik belgilarni aniqlay olishni;

- kasalligida kuzatiladigan laborator-instrumental tekshiruvlar natijalarini tahlil qila olishni;

ankilozlanuvchi spondiloartrit, reaktiv artrit mavjud bemorlarning diagnostikasini;

ankilozlanuvchi spondiloartrit, reaktiv artrit mavjud bemorlarni tekshirish rejasini tuzishni;

ankilozlanuvchi spondiloartrit, reaktiv artrit mavjud bemorlarning klinik tashxisini asoslashni

ankilozlanuvchi spondiloartrit, reaktiv artrit mavjud bemorlarga parhez va rejali davolashni tavsiya etishni;

- asosiy preparatlar guruhlariga retseptlar yoza bilishni.

5. Mashg'ulotning nazariy qismi

Tushuncha va etiologiyasi

SERONEGATIV SPONDILOARTRITLAR ilgari revmatoid artritning seronegativ turiga (qonda RF IgM sinfi bo'lmasligi) mansub deb hisoblanib, HLA-B27 bilan bog'liq bo'lgan, ko'pchilik klinik o'xshashliklar, ayniqsa eng

muhimi dumg‘aza- yonbosh bitishmalari zararlanishi hamda ushbu jarayonlarga nasliy moyillikning mavjudligi xususiyatlariga ega kasalliklar guruhidir.

Umuman olganda bu kasalliklar klinik ko‘rinishi, patogenetik mexanizmi, genetik moyilligi, H LA- V 27 topilishi, kasallik rivojlanishi infeksiya (iyersiniy, salmonella, xlamidiy) bilan bog‘liqligi va bu mikroblar antigenining H LA- V 27 bilan immunologik o‘xshashligi aniqlangan.

Bularga kiradi:

1. Ankilozlanuvchi spondiloartrit – Bexterev kasalligi
2. Psoriatik artrit
3. Enteropatik artritlar: Kron, Uipl kasalliklarida, nospesifik yarali kolit
4. Yuvenil surunkali artrit
5. Reyter kasalligi/sindrom
6. Oldingi uevit

Spondiloartropatiyalarning umumiy belgilari: (Wollheim. 1993 y)

Ileosakral bitishmalarning patologik jarayonga qo‘shilishi;

Entezopatiyalar rivojlanishi;

Oyoqlarda asimmetrik periferik artrit;

Oila a‘zolarida SNSA guruhiga kiruvchi kasalliklardan birining mavjudligi;

Teri, ko‘z, ichak, urogenital traktida bo‘g‘imdan tashqari belgilarning namoyon bo‘lishi;

Revmatoid omilga nisbatan manfiy reaksiya aniqlanishi;

HLA-B27 bilan bog‘liqlik xosligi.

Seronegativ spondiloartritlarning tashxis mezonlari:

(Armor et al., 1995)

KLINIK YOKI ANAMNESTIK BELGILARI:

- Bel sohasidagi tungi og‘riqlar va ertalabki karaxtlik – 1 ball.
- Asimmetrik oligoartrit – 2 ball.
- Yonbosh sohasidagi o‘tib ketuvchi og‘riqlar – 2 ball.
- Qo‘l va oyoq barmoqlarining sosiskasimon o‘zgarishi – 2 ball.
- Talalgiya va boshqa entezopatiyalar – 2 ball.
- Irit - 2 ball.
- Gonokokkli bo‘lmagan uretrit yoki servitsit artrit boshlanishdan 1oy oldin - 1 ball.
- Artrit boshlanishdan oldin diareya – 1 ball.

Hozirda yoki anamnezda psoriaz yoki balanit, surunkali enterokolit – 2 ball

RENTGENOLOGIK BELGILARI:

Sakroileit/ ikki tomonlama II yoki III-IV bosqich – 3 ball.

GENETIK XUSUSIYATLARI:

Qarindoshlarida HLA-B27 bo'lishi, anamnezida pelviospondilit, Reyter sindromi, psoriaz, uveit, surunkali kolit – 2 ball

DAVO MUOLAJALARIGA SEZGIRLIGI:

Kasallik erta qaytalanganda YaQNV qabul qilgandan keyin 48 soat ichida og'riq kamayishi yoki barqarorlashishi – 1 ball.

12ta mezon bo'yicha ballar yig'indisi 6 ga teng va undan yuqori bo'lsa, kasallik tasdiqlanadi.

Ankilozlanuvchi spondiloartrit (Bexterev-Shtryumpel-Mari) kasalligi).

Birinchi marta bu kasallikni 1901 yili rus nevropatologi Vladimir Bexterev aniqlagan. Bu spondiloartropatiyalarga kiruvchi, yallig'lanish bilan kechuvchi, umurtqaning dumg'aza- yonbosh chigalini zararlovchi surunkali kasallikdir. Asosan jarayonning umurtqa pog'onasi bo'g'imlari, dumg'aza-yonbosh bitishmasi va paravertebral yumshoq to'qimalarni zararlashi xos. Birlamchi (idipatik) va ikkilamchi (reaktiv artrit bilan bog'liq, psoriaz va ichak yallig'lanish kasalliklari bilan bog'liq) shakllari bor. Kasallik o'smir va yoshlarda ko'p uchrab, erkaklar 3marta ko'proq kasallanadi. Umurtqa pog'onasi va periferik bo'g'imlarning zararlanishi nogironlikga olib keladi.

Epidemiologiyasi:

Populyatsiyadagi uchrashi 0.8-0.9%.ni tashkil etadi. 15-35 yoshda uchraydi. Erkaklar va ayollar nisbati 9:1

Etiologiyasi va patogenzi:

Kasallikning kelib chiqishi va rivojlanish sabablari to'liq o'rganilgan emas. **Nasliy omil:** olimlarning kuzatishlaricha kasallik asosan immun tizimida genetik moyillik mavjud kishilarda rivojlangan. HLA B27 bilan bog'likligi (immunologik markerda topilishi) patogenetik ahamiyatga ega.

Infeksiyaning bog'likligi: kasallik organizmdagi surunkali infeksiyalar (asosan oshqozon-ichak va peshob yo'llari infeksiyalarida yuzaga keladiganlari)da bo'lishi mumkin, ko'proq ichak (klebsiella) va siydik yo'llari infeksiyasining roli aniqlangan. Shuningdek, kuchli stress, tayanch-harakat tizimi jarohatlari ham kasallikka sabab bo'lishi qayd etiladi.

Patomorfologiyasi:

Dumg'aza- yonbosh chigali zararlanadi. Kasallikning boshlanishida subxondrial granulyatsion to'qimaning o'sishi va unda to'planuvchi limfotsitlar, plazmotsitlar, semiz hujayralar, makrofaglar xondrotsitlar faolligi oshadi. Bo'g'im yuzasining tog'ayli regeneratsiyasi va ossifikatsiyasi bo'g'imning to'liq obliteratsiyasiga olib keladi.

Umurtqa pogonasi:

Kasallikning dastlabki davrida diskning fibroz halqasida va umurtqa suyagi qirrasida o'zgarishlar bo'ladi. Fibroz xalqaning tashqi qavatlarida asta –sekin eroziyaga uchrab, suyak to'qimasiga almashinib boradi. Ossifikatsiyaning davom etishi sababli sindesmofitlar o'sadi. Keyinchalik umurtqa pog'onasi "bambuk" tayoqchasiga o'xshab koladi, ya'ni, umurtqalararo chigallar o'zining elastikligini yo'qotadi. Umurtkalarda yallig'lanish, destruksiya, osteoporoz rivojlanadi, umurtqalararo yoriklarda ankilozlar uchraydi.

Periferik bo'g'imlar:

Ularda giperplaziya, limfoid infiltratsiya, pannuslar hosil bo'ladi. Revmatoid artritdan farqli ravishda bu yerda fibrin va yaralar bo'lmaydi.

Bog'lovchi apparat: yallig'lanish jarayoni paylarda yoki umurtqa pog'onasi atrofida, ossifikatsiya tos suyagi atrofida rivojlanadi.

Ankilozlanuvchi spondiloartrit tasnifi:

I. Klinik shakllari:

1. Markaziy shakli. Faqat umurtqa va dumgaza -yonbosh chigali zararlanadi.
2. Rizomielik shakli-umurtqa pog'onasi, yelka va chanoq- son bo'g'imlari zararlanadi.
3. Periferik shakli. umurtqa pog'onasi, oyoqning pastki bo'g'imlari zararlanadi.
4. Revmatoid artritimon ("skandinavcha") shakli-qo'l bo'g'imlari zararlanadi, ertalabki karaxtlik ro'y beradi, umurtqa pog'onasi zararlanmaydi.
5. Septik shakli: o'tkir isitma, kuchli terlash, artralgiya, oriqlash kuzatiladi.

II. Kechishi bo'yicha:

1. Sekin avj oluvchi
2. Sekin avj oluvchi, qo'zish davrlari bilan
3. Tez avj oluvchi – qisqa vaqt ichida to'liq ankilozga olib keladi
4. Septik varianti, o'tkir boshlanishi, ko'p terlash, qaltirash, isitmalash, visseritlarning erta boshlanishi, EChTning 50-60 mm/soat va undan yuqori bo'lishi bilan xarakterlanadi.

III. Klinik-laborator ko'rsatkichlar bilan bog'liq faollik darajalari:

1. Minimal –umurtqa va qo'l-oyoqlar bo'g'imlarida bir oz ertalabki karaxtlik va og'riq, EChT – 20 mm/soatgacha, S –reaktiv oqsil (SRO) +
2. O'rtacha – umurtqa va qo'l-oyoqlar bo'g'imlarida doimiy og'riq, bir necha soat davom etuvchi ertalabki karaxtlik, EChT – 40 mm/soatgacha, SRO ++
3. Ifodalangan – umurtqa va qo'l-oyoqlar bo'g'imlarida doimiy kuchli og'riq, bo'g'imlarda ekssudativ o'zgarishlar, subfebril temperatura, kun buyi davom etuvchi karaxtlik, EChT – 40 mm/soat dan yuqori, SRO +++

IV. Funktsional yetishmovchilik darajalariga ko'ra:

I – daraja: Umurtqa fiziologik egriliklarining o'zgarishi, umurtqa va bo'g'imlarda harakat cheklanganligi;

II – daraja: Umurtqa va bo‘g‘imlarda harakatning keskin cheklanganligi natijasida bemor kasbini o‘zgartirishga majbur bo‘ladi;

III – daraja: Mehnat qobiliyatining butunlay yukolishiga olib keluvchi umurtqa hamma bo‘limlari va tos-son bo‘g‘imlarining ankilozi yoki o‘z-o‘ziga xizmat qila olmaslik ro‘y beradi.

Klinikasi:

Umumiy belgilar:isitma, holsizlik,oriqlash kam hollarda bo‘ladi.

Bo‘g‘imlar zararlanishi: dastlabki belgilardan-asta sekin o‘sib boruvchi og‘riklar belda va ko‘krak qafasida, dumg‘aza sohasida bo‘ladi. Avval bir tomonlama, keyinchalik ikki tomonlama og‘riklar paydo bo‘ladi.Og‘riqlar yallig‘lanish xarakterida buladi, og‘riqlar tunda va sahar paytida kuchayadi,fizik zo‘riqishda pasayadi. Ba‘zi bemorlarda rentgenda o‘zgarishlar bo‘lsa ham belda og‘riqlar bo‘lmaydi,”qotish” belgilari ustivor bo‘ladi, periferik shaklda oligo-monoartrit (tizza bo‘g‘imlaridaa), tovonda og‘riqlar, tos bo‘g‘imlaridaa og‘riq bulishi mumkin.

Entezopatiya Entez bu-bog‘lamlarning birlashish joyi yoki bo‘g‘im kapsulasining suyakka birlashish joyi hisoblanadi. Entezopatiya Bexterov kasalligining erta belgilaridan bo‘lib dumgaza- yonbosh bo‘g‘imini zararlaydi, umurtqalar aro disk, qovurg‘a- kurak chigalini ham zararlaydi.

Bemorni ob‘ektiv ko‘rikdan o‘tkazilganda : kechki belgilaridan -“sadaqa so‘rovchi kishi“ holati bo‘lib, bu umurtqaning qiyshayib, qotib kolishi, ya‘ni, bo‘yinning ifodalangan lordozi va ko‘krak umurtqalarining ifodalangan kifozi tufayli rivojlanadi.



Ankilozlovchi spondiloartritda bemorning “tilamchi” holati

Bo'yin umurtqalarida harakatni bilish uchun **Forste** belgisi:-bemor devorga taqaladi va ensa va devor oraligi o'lchanadi.Ko'krak umurtqalari xarakatini aniklash uchun **Otta** belgisi qo'llaniladi: birinchi umurtka uchi paypaslab topilib undan 30 sm pastga qarab o'lchanadi, keyin bemorga maksimal tarzda gavnani to'g'rilash buyuriladi va qaytadan o'lchanadi, agar harakat cheklangan bo'lsa bu masofa 35 sm. dan kam bo'ladi.

Ko'krak qafasi ekskursiyasi-nafas olganda va nafas chiqarganda ko'krak qafasi aylanasi 4 -qovurg'alar orasida o'lchanadi.

Bel umurtqalari harakatini aniqlash uchun **Tomayer** belgisidan foydalaniladi: Bemor qo'lining uchi bilan polga tekkizishga xarakat kiladi, pol bilan bemor qo'li uchi masofasi o'lchanadi.

Shoberg belgisi- bel soxasidagi 5 -umurtqa uchidan yuqoriga karab, 10 sm o'lchanadi va bemorga belni to'g'rlash aytiladi va bu masofa o'lchanadi Bu masofaning 4 sm dan kam bo'lishi harakatning cheklanganligini ko'rsatadi.

Dumg'za- yonbosh chigali zararlanishini o'lchash uchun **Kushelevskiy** belgisidan foydalaniladi.Bu bemorning yonbosh holati va yotgan holda yonbosh suyagini bosib ko'rish bilan aniqlanadi.

Tizimli o'zgarishlar: Ko'z zararlanishi:oldingi uveit,o'tkir irit,iridosiklit ko'rinishida, 25-50% bemorlarda uchraydi.

Yurak qon -tomir tizimi zararlanishi: aortit, aorta yetishmovchiligi, o'pka zararlanishi: fibroz ko'rinishida, buyraklar zararlanishi:Lg nefropatiya, kam holda amiloidoz ko'rinishlarda rivojlanadi.

Ankilozlanuvchi spondiloartrit tashxis mezonlari:

-Bel-dumg'aza sohasida 3 oydan ortiq davom davom etuvchi va dam olgandan so'ng o'tib ketmaydigan og'riq va karaxtlik;

-Ko'krak qafasida og'riq va rigidlik;

- Umurtqa bel sohasida harakat cheklanganligi;

-Ko'krak qafasida nafas ekskursiyasining(nafas olishda va chikarishdagi farqi 2,5sm dan kam bo'lishi) cheklanganligi;

-Irit va uning asoratlari;

Rentgenologik mezonlar:

- Ikki tomonlama sakroilit I-IVdarajasi.

-Bir tomonlama sakroilit II-IV darajasi

Ikki tomonlama sakroileitning rentgenologik belgilari (II-IV bosqichlar).

Tashxis bir yoki ikki rentgenologik belgi topilganda haqiqiy hisoblanadi.

Diagnostik mezonlar (Nyu-York 1984 y):

1. Anamnezida bel sohasida yallig‘lanish jarayoni bo‘lishi;
2. 40 yoshdan kichik bo‘lishi va og‘riqlarning 3oy davom etishi, tinch holatda og‘riq kuchayishi va fizik zo‘riqishda og‘riqning o‘tib ketishi;
3. Umurtqa pogonasi bel sohasi harakatining cheklanishi;
4. Ko‘krak qafasi eskursiyasining cheklanishi (nafas olishda va chiqarishdagi farq 2,5sm dan kam bo‘lishi.).

Rentgenologik mezonlar:

Ikki tomonlama sakroilit I-IV darajasi.

Bir tomonlama sakroilit II-IV darajasi.

Tashxis bir yoki ikki rentgenologik belgi topilganda haqiqiy hisoblanadi.

Laborator tekshirishlar.

Umumiy qon tahlili: EChT oshishi,

Qon bioximik tahlili: SRO musbatligi; seromukoid, fibrinogen miqdorining oshishi xos.

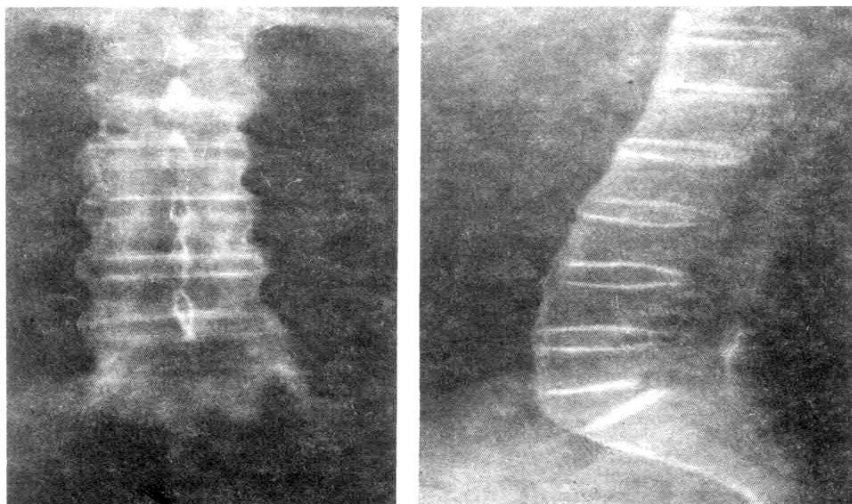
Umumiy peshob tahlili : amiloidoz bilan asoratlenganda massiv prteinuriya, silindruriya-donadorsimon aniqlanadi.

Immunologik tekshirish: HLAB27 ga nisbatan antitela topiladi

Instrumental tekshirishlar.

Rentgenologik tekshirish: Dumg‘aza- yonbosh bitishmasi rentgenografiyasi: bo‘g‘imlar yorig‘ining “yolg‘on” kattalashuvi, konturlarining to‘g‘ri emasligi osteporoz bilan bog‘lik buo‘ladi. Kechrok subxondral eroziyalar, keyinchalik ankiloz rivojlanadi..

Umurtqa pog‘onasi rentgenografiyasida avval eroziyalar (oldingi pastki va yuqori qsmalarida), keyinchalik umurtqaning normal egilish xususiyati yo‘qoladi. Sekin – asta umurtqalar orasida “suyakli ko‘prik-sindesmofitlar paydo bo‘ladi, ” bambuk tayoqchasi” belgisi aniqlanadi. Periferik bo‘g‘imlarda esa entezopatiya belgisi bo‘ladi



AS da davolash dasturi:

- Rejim
- YaQNVni qo‘llash
- Sulfasalazin bilan davolash.
- Spazmgga qarshi miorelaksatsiyalovchi davo
- massaj, fizioterapevtik davo
- Sanator-kurort davo

Patogenetik Bazis:

Imunodepressantlar– metotreksat 7,5-21,5 mg/ dozada haftada;

Sulfanilamidlar– sulfasalazin,0,5 salazopiridozin;

Aminoxinolin preparatlari– delagil 0,25 mg, plakvenil 0,2 mg.7-10 kun;

NYaQP – artritning kam ifodalangan faolligida: diklofenak 3,0ml m/o, indometatsin 75 mg;

Mushak spazmini davolash: midiokalm, izopretan.0,25, 2-3 marta

5 ASK ushlovchi preparatlar

Sulfasalazin, sulfapiridin va 5 aminosaltsil kislotaning qo‘shma preparati. Ichak florasi ta’sirida sulfasalazin, sulfapiridin va 5 ASKga parchalanadi, 5 ASK leykotrien sintezini, prostoglandin va yallig‘lanish mediatorlarini kamallaydi, shuningdek, uning antibakterial ta’siri ham borligi aniklangan. Sulfasalazin ovkatlanish o‘rtasida beriladi,. Kasallikning yengil va o‘rtacha og‘ir darajalarida sulfasalazin sutkasiga 3—4grammdan , og‘ip darajasida sutkasiga6-8 gr. dan tavsiya etiladi.

Qiyosiy taqqoslash:

Belgilar	Bexterev kasalligi	Revmatoidli artrit	Osteoartroz	Reyter kasalligi
Bemor jinsi	Erkaklar-90%	Ayollar-75%	Ayollar-50%	Erkaklar
Yosh	15-40 yosh	30-40 yosh	50 yosh	40 yoshgacha
Ertalabki karaxtlik	Deyarli doimo	Deyarli doimo	Kam	Yo‘q
Artrit boshlanishi	Asta-sekin	Asta-sekin	Asta-sekin	O‘tkir, nimo‘tkir
1 plyusnefaang bo‘g‘imi.	yo‘q	Kam holda	Juda kam	Ko‘p holda
Zararlangan bo‘g‘imlar soni	Monoartrit kam oligoartrit.	Poliartrit	Mono yoki poliartrit	Poliartrit, oligoartrit

Yallig‘lanish belgisi	Ifodalangan	O‘rtacha ifodalangan	Kam ifodalangan	O‘rtacha ifodalangan
Og‘riq	Sahar payti,tunda	Bir oz, uzoq vaqt	Harakatlarga nda	O‘tkir, ba‘zan uzoq vaqt
Mushaklarda trofikaning buzilishi	Yo‘q	Deyarli doimo	Kam ifodalangan	Ifodalangan
Tana harorati	Oshgan	Subfebril uzoq vaqt kechqurunlari .	Kam holda	Deyarli doimo
Tofuslar	Manfiy	Teri osti tugunlari 5-20%	Geberden tugunlari	Manfiy
Kolxitsin oz	Manfiy	Manfiy	Manfiy	Manfiy
Laborator ko‘rsatkich: leykotsitlar soni	Doimo biroz oshgan	Kam holda	Yo‘q	Xuruj paytida
EChT	Oshgan	Oshgan	Normada.	Oshgan
Giperurike miya	Yo‘q	Yo‘q	Juda kam	Manfiy

Reaktiv artritlar

Reaktiv artritlar (ReA)- bu bo‘g‘imlarning «steril» kasalliklari bo‘lib, bo‘g‘imdan tashqaridagi infeksiyaga javob tarzida rivojlanadi va bo‘g‘imdan kasallikka sabab bo‘lganligi taxmin qilingan omilni ajratib olish mumkin bo‘lmaydi. Keyingi vaqtda ReA lar guruhiga faqat siydik yo‘llari va jinsiy yullar, hamda ichak infeksiyasi bilan bog‘liq va gistomuvofiqlik antigeni HLA-B27 bilan assotsiatsiyalanadigan, seronegativ spondiloartropatiyalar guruhiga mansub kasalliklarni kiritishga bo‘lgan tendensiya kuzatilmokda.

“Reaktiv artrit” termini birinchi marotaba 1969 yilda finlyandiyalik olimlar P.Ahonen, Aho K.Sieverslar tomonidan tibbiyotga kiritilgan.

Epidemiologiyasi

Rossiya revmatologiya instituti ma‘lumotlariga ko‘ra ReA barcha revmatik kasalliklarning 10-14% ini tashkil qiladi. Ulardan 50-75% ReA ning urogen etiologiyali turiga to‘g‘ri keladi.

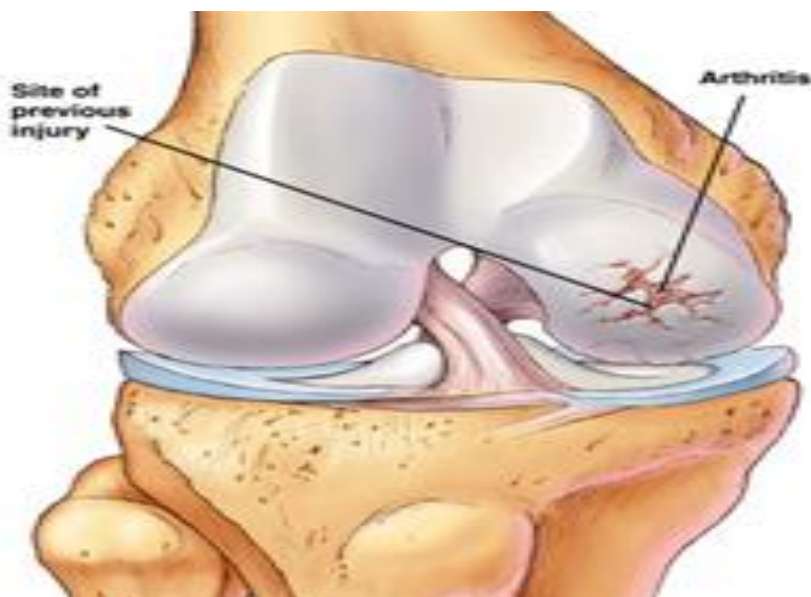
O‘zbekiston Respublikasi revmatologiya markazi ma‘lumotlariga ko‘ra revmatik kasalliklar bilan murojaat qilgan bemorlar 1992 yilda 6,0%, 1998 y – 20%, 2003 yilda 24% ni tashkil qilgan

Etiologiyasi

Reaktiv artritlar kelib chiqishida infeksiya va genetik moyillikka katta ahamiyat beriladi. 70-80% hollarda urogen artritlar xlamidiy infeksiyasi bilan bog'liq. 10-20% bemorlarda Ureaplasma urealyticum aniqlanishi mumkin. Ayni vaqtda 10-20% bemorlarda infeksiyon omilni aniqlab bo'lmaydi.

Reaktiv artritning umumiy belgilari:

- Kasallik rivojlanishi yoshlarda ko'proq uchraydi; (30-40 yosh);
- Urogenital va ichak infeksiyasi bilan uzviy bog'liqliligi;
- Bo'g'imlarning mono-oligoartikulyar tipida kuchli assimetrik zararlanishi, ko'pincha pay -bog'lamlar zararlanishi bilan (axillit, bursit, tovon bursiti) tarzida kechadi;
- Tizimli va organlar zararlanish belgilari: konyuktivit, keratodermiit, aftozli stomatit, sirkulyar balanit;
- Seronegativlilik (qon zardobida RO bo'lmasligi);
- Artritning HLA-B27 antigeni bilan bog'liqliligi;
- Rentgenda tovon suyagida qadoqlanish, mayda bo'g'imlar atrofida periartikulyar, paravertebral ossifikatsiya rivojlanishi;
- Asosan yallig'lanish jarayoni ileosakral chigalda bo'ladi (assimetrik sakroileit);
- Urogenital sohada yallig'lanish jarayoni, bakteriologik va serologik usullar bilan Re A ni rivojlantiruvchi mikroorganizmlarning topilishi.



Tasnifi:

Etiologiyasiga ko'ra ReA larning 2 guruhi farqlanadi:

- urogenital (qo'zg'atuvchisi: xlamidiyalar, ureaplazma)
- enterokolitik (qo'zg'atuvchisi: iersiniyalar, shigellalar, salmonellalar)

Kechishiga ko'ra:

- o'tkir-6 oygacha
- cho'zilgan-1 yilgacha
- surunkali-1 yildan ko'p
- qaytalanuvchi-6 oy ichida

Aktivlik darajasiga ko'ra:

- past darajali (I)
- o'rta darajali (II)
- yuqori darajali (III)
- remissiya (0)

Funksional sinfiga ko'ra:

- I - o'z-o'ziga xizmat qilish, kasbiy va boshqa faoliyati to'liq saqlangan;
- II - kasbiy faoliyati cheklangan;
- III - kasbiy va boshqa faoliyati cheklangan;
- IV - o'z-o'ziga xizmat qilish kasbiy va boshqa faoliyati cheklangan

Patogenezi:

I bosqich – infeksiyon – zararlanish o'chog'i siydik-tanosil organlarida yoki turli etiologiyali enterokolit rivojlanadi (mikroorganizmlar antigeniga nisbatan antitelalar hosil bo'ladi)

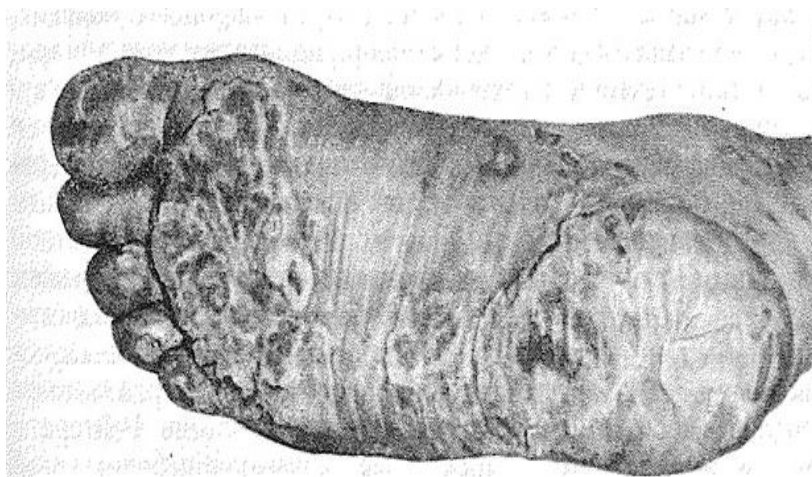
Irsiy moyillik (HLA B27)- mikroorganizmlarga nisbatan retseptor bo'lib, organizmda migratsiya (ko'chib yurishiga sabab bo'ladi, mikroblarning peptidini bog'laydi va ularni sitotoksik T-limfotsitlarga «ro'para» qiladi.

II bosqich – immunopatologik - immunkomplekslarning hosil bo'lishi va bo'g'imlarni zararlashi.

Urogenital reaktiv artritlarning klinik xususiyatlari:

Siydik-tanosil organlar zararlanishi qo'zg'atuvchilari: xlamidiya - 70-80 % , ureoplazma - 13 % (50%gacha), OIT –infeksiyasi bilan bog'liq mikroblar assotsiatsiyasi. ReA lar asosan yoshlarda uchraydi. Erkaklarda eroziv balanit: siydik kanali atrofi bo'ylab og'riqsiz b eroziyalar aniqlanishi mumkin. Ayollardagi servitsit, adneksit, salpingit kasallikni rivojlantiradi. Ayollar xlamidiy infeksiyasining ko'proq tashuvchisi bo'lib hisoblanadi. Jinsiy aloqadan keyin 7-8 kun o'tgandan keyin uretrit rivojlanadi. 1-6 haftadan keyin artrit klinikasi ruy beradi.

Artrit boshlanishi o'tkir yoki o'tkir osti klinikasi bilan kechadi. Shish va giperemiya, ba'zan isitma ko'tarilishi ro'y beradi. Ko'pincha oyoqning pastki bo'g'imlari zararlanib assimetrik tipda mono-oligoartrit holida kechadi. Jarayon kuchayganda tananing yuqori kismidagi bo'g'imlari ham zararlanadi. Barmoqlarning sosiskaga o'xshab defigratsiyasi kuzatiladi va psevdopodagra klinikasi ruy beradi (oyoqning bosh barmog'i shishib zararlanadi). Bo'g'imlar zararlanish barobarida paylar, bo'g'imning shilliq sumkasi va fassiyasi zararlanadi. Ko'pincha axillit, tovonda qadoq, bursit uchraydi. Bo'g'imdan tashqari ko'z shilliq pardasi, og'iz bo'shligi, teri va ichki organlar zararlanishi ham kuzatiladi. Konyuktivit kasallik boshlanishida bo'lib, 1-2 kun davom etib, kuchli bo'lmagan qizarish, kichishish bilan o'tadi. Shuni e'tiborga olish kerakki, xlamidiyli konyuktivit residiv beradi. 5-10% bemorlarda og'ir kechgan holatlarda uveit to'r pardaning va siliar tanachaning yallig'lanishi kuzatiladi. Teri va shilliq qavatlardagi o'zgarishlar: keratodermiya og'iz shilliq qavatining og'riqsiz yaralanishi rivojlanadi.



Keratodermiya



Ko'zning zararlanishi

Enterokolitli reaktiv artritlarning klinik kechish xususiyatlari:

Ichak infeksiyasi qo'zg'atuvchilari: iersiniy-20%, salmonella-2-7,5%, shigella-1,5% hisoblanadi. Iersiniozli enterokolit erkak va ayollarda hohlagan yoshda uchraydi, lekin artritlar ayollarda ko'prok uchraydi. ReA lar ichak infeksiyasining epidemiyasida yoki sporadik holatlarida ro'y beradi. Ich buzilishi 1-2 hafta davomida davom etishi mumkin va antibiotiksiz ham to'xtashi mumkin. Artrit odatda enterokolitdan 1-3 haftadan keyin rivojlanadi. Boshlanishida oyoqning pastki bo'g'imlari va bilak bo'g'imi zararlanadi. ReA ning enterokolitli shaklida mayda bo'g'imlarning assimetrik zararlanishi kuzatiladi. Ba'zi bemorlarda axillit, bursit uchraydi. O'tkir davrida tana harorati ko'tariladi. Aksariyat hollarda jarayon to'liq orqaga kaytadi. 30% xollarda artrit surunkali shaklda kechadi. Sekin kechuvchi sakroileit rivojlanadi.



Reyter sindromi – (Uretrookulosinovial sindrom)

1916 yilda leytenant nemets xarbiy vrachi Gants Reyter bemorning uretrasidan okma ajralishi, artrit va konyuktivit kurinishini dizenteriyadan keyin birincha kundan keyin paydo bulganligini aniklagan. Bunga boglik bulmagan xolda Fissejen va Lerua Lar xam ushbu sindromni aniklashgan.

Reyter sindromi bu-siydik-tanosil organlar yoki ichakning infeksiyon zararlanishi, bo‘g‘imlarning immun zararlanishi (reaktiv artrit), ko‘zlar (kon'yuktivit), teri (keratodermiya) shaklida kechadi.

Reaktiv artritlar diagnostikasi:

Umumiy qon tahlilida-neytrofil leykotsitoz, EChT oshadi. Surunkali kechganda normoxrom anemiya aniqlanadi. Umumiy peshob tahlilida - proteinuriya, leykosituriya, mikrogematuriya kuzatiladi.

Nechiporenko sinamasida leykotsitlar soni oshadi.

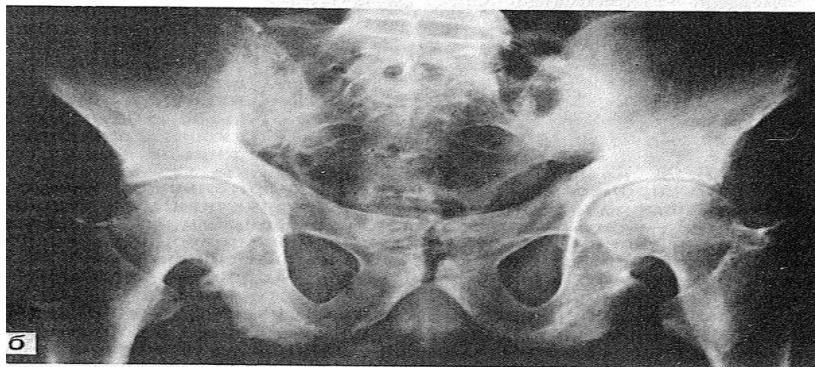
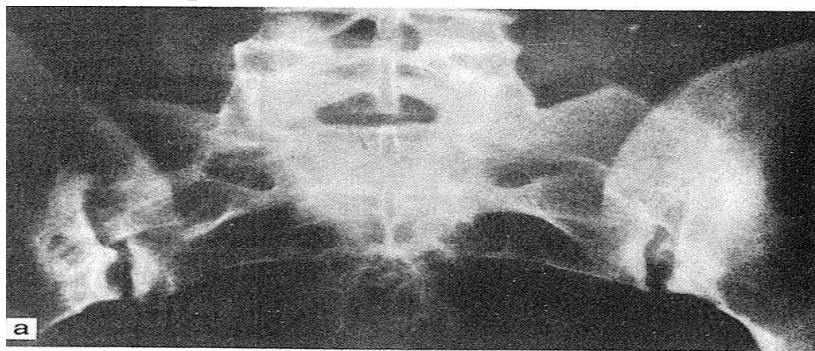
Prostata suyuqligi tekshiruvida 10 dan ortiq leykotsitlar, lesitin donachalarining soni kamayishi kuzatiladi.

Qonni bioximik tekshirish-nospesifik yallig‘lanish belgilari;

Qonni immunologik tekshirish– HLA B 27, (-) RF, immun yallig‘lanish belgilari;

Urogenital infeksiya - qo‘zg‘atuvchiga nisbatan yoki spesifik antitelalarning topilishi;

Enterokolitik artrit – ichaklar mikroflorasini aniqlash, axlatni ekish, disbakteriozni aniqlanadi.



ReA ni davolash

1. Infeksion o'choqni sanatsiya kilish.
2. Patogenetik davolash.
3. Reabilitatsiya tadbirlari.

ReA ning davolash rejasi.

- Etiologik davolash.
- Yallig'lanish o'chog'ini mahalliy davolash.
- NYaQV larni qo'llash.
- Bazis dorilari bilan davolash.
- Immunomodulyatorlarni qo'llash.
- Bo'g'imlarni lokal davolash usuli.
- Fizioterapevtik davolash. Davo fizkulturasi.
- Poliklinikada davolash
- San-kurort davolash. Dispanserizatsiya.

Urogenetal infeksiyada etiotrop davolash:

Tavsiya qilingan sxema:

- Azitromitsin 1,0 g peroral bir marta
 - Doksisiklin 100 mg peroral kuniga 2 marta
- Alternativ sxema (ekvivalent):
- Roksitromitsin 150 mg peroral kuniga 2 marta
 - Eritromitsin 500 mg peroral kuniga 4 marta
 - Ofloksatsin 200 mg peroral kuniga 2 marta
 - Klaritromitsin 250 mg peroral kuniga 2 marta
- Qo'shimcha preparatlar:

- Amoksitsillin 500 mg peroral kuniga 3 marta

Davolash kursi-21-28 kun, zamburug'ga qarshi terapiya birgalikda o'tkaziladi.

Ichak infeksiyasida – axlatni ekish natijasini hisobga olgan holda levomitsitin, tetrasiklin 2 gr, biseptol, shigellezda: biseptol, ampitsillin, sikloproflaksatsin, Salmonolezda: levomitsitin, biseptol, Kapilobakteriozda: eritromitsin, gentamitsin, tetrasiklin tavsiya etiladi.

Psoriatik artrit

Artritning psoriaz bilan bog'liqligi birinchi mara Fransiyada 1818 yili aniqlangan. Psoriaz eng ko'p tarqalgan teri kasalliklaridan biri. Turli tadqiqotlar natijalariga ko'ra psoriaz ning aholi o'rtasida tarqalishi 1-3% (o'rtacha 2,5%) ni tashkil etadi, jinsi, irqi va geografik o'rniga bog'liq bulmaydi. Dermatologik bemorlarning 5% ini psoriaz bilan xastalanganlar tashkil etadi. Psoriaz bilan xastalangan bemorlarning 10-15% ini 10 yoshgacha bo'lgan bolalar tashkil etgani holda psoriaz belgilari o'rtacha 28 yoshda paydo bo'ladi. Psoriatik artrit asorat

sifatida 6-10% bemorlarda kuzatiladi. Avstraliyada bu kasallik aholining 1,5% ida, AQSh da – 0,1%, va Gresiyaning shimoliy g'arbida – 0,57% holatda uchrashi aniqlangan.

Psoriatik artrit rivojlanishiga ta'sir etuvchi omillar:

Tashqi: 1. Shikastlanish 2. Infeksiya

3. Psixoemotsional zo'riqish stress

Ichki: 1. Irsiy moyillik 2. Neyro-endokrin va immun boshqarish mexanizmining (sitokinli, xemikonli) buzilishi. 3. Semirish. 4. Chekish

Psoriatik artritning 5 klinik shakli farqlanadi:

1. Assimetrik oligoartrit
2. Distal va falangalararo bo'g'imlar artriti
3. Simmetrik revmatoidsimon artrit
4. Destruktiv artrit
5. Psoriatik spondiloartrit

M.Yu. Alixanova va hammualliflar tomonidan o'zbek millatiga mansub insonlarda psoriatik artritning rivojlanishida va klinik ko'rinishlarida HLA-B27 antigenining patogenetik ahamiyati va HLA-B27 gistomuvofiqlik antigenining bo'g'im sindromi turi va kechishi, bo'g'imlar destruksiyasi hamda davolashga nisbatan javobi o'rtasida bog'liqlik mavjudligi isbotlangan. Psoriatik artritga chalingan bemorlarda kasallikning faollik darajasi, davomiyligi, bo'g'imlar destruksiyasi va HLA-B27 antigenining mavjudligiga mos ravishda IL-6, TNF- α va IFN- γ – yallig'lanish oldi sitokinlari miqdorining oshishi kuzatilgan.

Psoriazli bemorlarda bo'g'im sindromining tashxis mezonlari:

1. Qo'l va oyoq panjalari distal va falangalararo bo'g'imlari zararlanishi.
2. Bir barmoqning uchta bo'g'imi bir vaqtda zararlanishi.
3. Oyoq panjalari barmoqlarining patologik jarayonga erta qo'shilishi.
4. Talalgiya.
5. Terida psoriatik toshmalar yoki tirmoqlar zararlanishi.
6. Qarindoshlarida psoriaz aniqlanishi.
7. Revmatoid omil aniqlanmasligi.
8. Osteoliz.
9. Sakroileit.
10. Paravertebral ossifikatsiyalar rivojlanishi.

6. Amaliy qism.

Kuratsiya so'ngida esa talabalar berilgan bemorlarni bayon etishadi va bunda o'zlashtirgan amaliy ko'nikmalarini namoyish etishadi. Pedagog esa kafedrada ishlab chiqilgan mezonlarga asoslanib, bu ko'nikmalarining qadamma-qadam o'zlashtirishini baholaydi.

Amaliy ko'nikmalarni qadamma-qadam o'zlashtirish, uni bajarish va baholash.

1. Bemorni kuratsiya qilish.

Xarakat tartibi	Faoliyat algoritmi		Mo'ljallangan belgilar
	Operatsiyalar ketma-ketligi	Xarakat vositalari	
1.	Pasport ma'lumotlarini aniqlash	So'rab surishtirish	Yoshi, millati, kasbi, yashash manzili
2.	Kasallikka xos shikoyatlarni aniqlash	So'rab surishtirish	Boshlang'ich davrida quruq yo'tal, keyin zangsimon balg'am bilan, tana xaroratining qaltirash bilan ko'tarilishi, nafas olganda kuchayadigan ko'krak qafasidagi og'riqlar, ko'p terlash, gerpetik toshmalar
3.	Kasallik anamnezini yig'ish	So'rab surishtirish	Surunkali tarzda bahor kuz oylarida qo'zishi, parhezni buzganda, ovqatlanish vaqti bilan bog'liq epigastral sohadagi og'riqlarni mavjudligi
4.	Xayot anamnezini yig'ish	So'rab surishtirish	Boshlanishi – tunda, saharda bog'liq holda, tinch holatda og'riqlarni bo'lishi, irsiy moyillikni mavjudligi
5.	Umumiy xolatini baxolash	Ko'zdan kechirish	Umumiy axvoli o'rta og'irlikda, hushida, huruj vaqtida tana holati majburiy
6.	Obyektiv ko'rik	Manual va fizik ko'nikmalar	Bo'g'imlarni ko'zdan kechirish, ularda harakatni aniqlash
7.	Tekshirish dasturini tuzish	Klinik fikrlash	Qon umumiy taxlili – leykotsitoz, ECHT oshgan, tayoqcha yadroli siljish. Rentgenda kasallikka hos o'zgarishlar, qonda HIA-27 titrining baland chiqishi
8.	Tashxis qo'yish	Klinik fikrlash	Qabul qilingan tasnif asosida klinik tashxis qo'yish va asoslash, kasallik og'irlik darajasini aniqlash.
9.	Qiyosiy tashxis o'tkazish	Klinik fikrlash	Revmatoidli artrit, osteoartroz, podagra va h.k.
10.	Davolash tamoyillarini aniqlash	Klinik fikrlash	1.Antibakterial davo. 2.Patogenetik terapiya 3.Simptomatik 4.Fizioterapiya

2. Mashg'ulotda qo'llaniladigan interfaol usullar stsenariysi

Mashg'ulotning nazariy qismida talabalarning bilimi an'anaviy so'rov va interaktiv o'qitishning "aqliy hujum", "muammoning yechimi", "sinektik" va "kim ko'proq?, kim chaqqon?", "grafikli organayzerlar" usullari, "assessment texnikasi" orqali aniqlanadi. Shuningdek, mavzuga bag'ishlangan videorolik va kompyuter prezentatsiyasi taqsimotidan foydalanish mumkin.

"Muammoning yechimi" ish o'yinini o'tkazish usuli.

Ish uchun zarur:

1. Aloxida varaqda chop etilgan topshiriq variantlari va vaziyatli masalalar to'plami.
2. Har bir kichik guruxdagi talabalar soniga qarab, qur'a tashlash uchun sonlar.
3. Toza qog'oz varaqlari, ruchkalar.

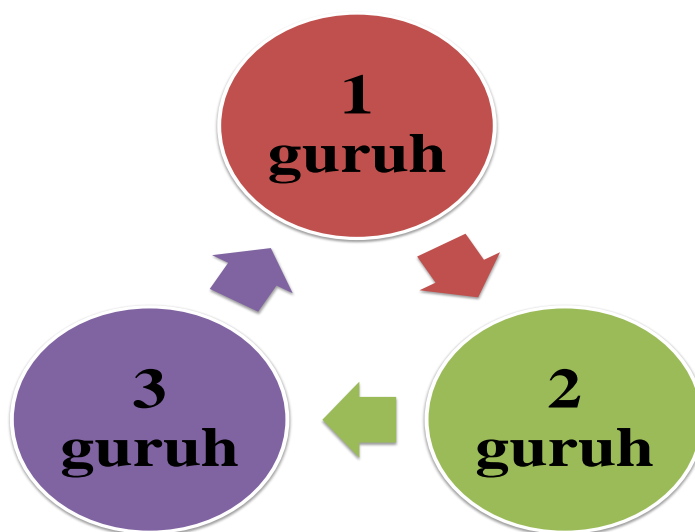
Ishning borish tartibi:

1. Guruhdagi barcha talabalar qur'a tashlash yo'li bilan har birida 3(2) talabadan bo'lgan 3 (4) kichik guruhga bo'linadi.
2. Har bir kichik guruh aloxida stol atrofiga o'tiradi, qog'oz varag'i va ruchka tayyorlaydi.
3. Varaqda sana, guruh soni, fakultet, mazkur kichik gurux ishtirokchi – talabalarining ismi, familiyasi va ish o'yinining nomi yoziladi.
4. Kichik guruhlar ishtirokchilaridan biri konvertdan topshiriq variantini oladi va bu topshiriq barcha kichik guruhlar uchun qo'llaniladi.
5. Har bir kichik guruh talabalaridan biri varaqqa topshiriqni ko'chirib oladilar.
6. Kichik guruhning hamma talabalari birgalikda topshiriqni muhokama qiladilar, so'ng ulardan birortasi uning yechimini yozadi.
7. Topshiriq yechimiga 15 daqiqa vaqt ajratiladi.
8. O'qituvchi ishning borishini kuzatib boradi.
9. Vaqt tugagandan so'ng ishlar o'qituvchiga topshiriladi.
10. O'yinning barcha ishtirokchilari natijalarni muxokama qiladilar, eng to'g'ri bo'lgan yechimni tanlaydilar va unga maksimal ball qo'yiladi.
11. Muhokamaga 15 daqiqa ajratiladi.
12. Talabalar javob uchun ballni mashg'ulotning nazariy qismi uchun ajratilgan reytingdan oladilar.
13. Eng to'g'ri javob bergan kichik gurux mashg'ulotning nazariy qismi uchun ajratilgan maksimal balldan – 100% ni, 2 – o'rin olgan kichik gurux reytingning 80% ni, 3- kichik gurux reytingning 60% , 4-o'rinni olgan gurux esa 40% ni oladi.
14. Javob varaqlarida o'qituvchi ballarni va o'zining imzosini qo'yadi.

15. Talabalar tomonidan olingan ball mashg'ulotning joriy bahosini qo'yishda e'tiborga olinadi.

Ish o'yini savollari:

1. Ankilozlanuvchi spondiloartrit kasalligining etiologiyasi, tasnifi, turlari.
2. Reaktiv artritlarning patogenezi, klinikasi.
3. Ankilozlanuvchi spondiloartrit va Reaktiv artritlarning laborator-instrumental diagnostikasi, diagnostik mezonlari.
4. Ankilozlanuvchi spondiloartrit va Reaktiv artritlarni davolash.



Grafikli organayzerlar texnikasi.

Ma'lumotlarni tarkiblashtirish va tarkibiy bo'lib chiqish, o'rganilayotgan tushunchalar (hodisalar, voqealar, mavzular va shu kabilar) o'rtasida aloqa va aloqadorlikni o'rnatishning yo'li va vositalari.

Klaster – (Klaster-tutam, bog'lam) – axborot xaritasini tuzish yo'li – barcha tuzilmaning mohiyatini markazlashtirish va aniqlash uchun qandaydir biror asosiy omil atrofida g'oyalarni yig'ish. Bilimlarni faollashtirishni tezlashtiradi, fikrlash jarayoniga mavzu bo'yicha yangi o'zaro bog'lanishli tasavvurlarni erkin va ochiq jalb qilishga yordam beradi.

Talabalar Klasterni tuzish qoidasi bilan tanishadilar. Yozuv taxtasi yoki katta qog'oz varag'ining o'rtasiga asosiy so'z yoki 1-2 so'zdan iborat bo'lgan mavzu nomi yoziladi. Birikma bo'yicha asosiy so'z bilan uning yonida mavzu bilan bog'liq so'z va takliflar kichik doirachalar "yo'ldoshlar" yozib qo'shiladi. Ularni asosiy so'z bilan chiziqlar yordamida birlashtiriladi. Yozuv ajratilgan vaqt

davomida yoki g'oyalar tugagunicha davom etishi mumkin. Muhokama uchun klasterlar bilan almashinadilar.

Assesment texnikasi

Ushbu texnika baholash metodi ichida usul sifatida qo'llaniladi. Texnika – mohirlik, ustalik degan ma'noni bildiradi. Demak, talabalar o'z bilim ko'nikma, malakalarini mohirlik bilan sinab, o'z o'zlarini baholashlari, bir sinovdan o'tishlari mumkin.

Assesment (ingl – assessment – baho) o'z-o'zini taqdimot qilish, ma'lum bir sinovdan o'tish deb belgilanadi.

Usulning maqsadi. Tinglovchilarning mashg'ulotda o'tilgan mavzuni egallaganligi bo'yicha tayanch tushunchalarni o'zlashtirib olinganlik darajalarini aniqlash, mustaqil ravishda o'zlarining bilim darajalarini baholash, shuningdek, o'z bilimlarini bir tizimga solishga o'rgatish.

Usulning qo'llanishi. O'quv mashg'ulotlarining barcha turlarida (dars boshlanishi yoki dars oxirida yoki o'quv predmetining biron-bir bo'limi tugallanganida) o'tilgan mavzuni o'zlashtirilganlik darajasini baholash takrorlash, mustaxkamlash yoki oraliq va yakuniy nazorat o'tqazish uchun, shuningdek, yangi mavzuni boshlashdan oldin tinglovchilarning bilimlarini tekshirib olish, malaka oshirishga kelgan tinglovchilarning dastlabki bilimlari, ko'nikma, malakalarini aniqlab olish uchun mo'ljallangan. Ushbu usulni mashg'ulot jarayonida yoki mashg'ulotning bir qismida yakka tartibda tashkil etish mumkin.



6. “Vaziyatli masalalar yechish” usuli sstenariysi.

Bu usul amaliy mashg'ulotlarning barchasida keng qo'llaniladi. Bunda o'qituvchi mashg'ulotlar bo'yicha tuzilgan masalalardan foydalanadi. Vaziyatli

masalalarni yechish mobaynida talabalarning qisqa vaqt mobaynida fikrlash qobiliyati, vaziyatlarga ijodiy va amaliy qay darajada yondashishi yana bir bor nazorat qilinadi. Bu usul talabalarning o'z bilimlaridan optimal foydalangan holda to'g'ri xulosa chiqarish imkoniyatini kengaytiradi.

Bu usuldan barcha amaliy mashg'ulotlar o'tishda, oraliq, yakuniy nazorat va amaliyotda qo'llaniladi.

1-masala

1. 22 yoshli talabada tizza bugimlarida ogrik, chap boldir bugimida ogrik, ikala oyok panjalarida ogrik, chap yonbosh soxasida ogrik, kuzning achishishi va yosh okishidan bezovta buladi. Siyganda ozgina kichishish paydo buladi. Ikki oydan beri kasal xisoblaydi. Kasal kurilganda ichki organlarda uzgarishlar yuk. Tana xarorati 37,7. CHap boldir payi atrofida va tovonda shishilar bor. Okulist konyuktivit diagozi kuygan. Umumiy kon taxlilida leykotsitoz, soe oshgan, 54mm rt t. Uretradan mazok olingandagonokokklar topilamagan.

1. Tashxisni shakllantiring

2. Davolash rejasini tuzing.

2-masala

Bemor N 32 yoshda ung tizzasida kuchli ogrik va ozrok shishdan bezovta buladi. Oyokda xarakat xam cheklangan. CHap tizzaida orgiklar yuk. Anamnezida 2xafta burun isitmasi kutarilgan, kugil aynish, ich ketishi bezovta kilgan.

I Siznig dastlabki tasxishingiz.

A. revmatoid artrit

V urinogen reaktiv artrit

B. enterogen reaktiv artrit

G. Podagra.

II. Diaozni aniklash uchun kaysi tekshirish utkazish kerak.

A Bugimlar. R-grfiyasi.

B. Axlat bak posev.

V. Uretradan mazok olish.

G Xamma sanalgarlar.

3-masala

Bemor SH. 49 yoshda buyin soxasida xarakatning cheklanishidan, bel dumg'aza soxasi umurtqasining xarakati cheklanganligi, ko'zning qizarishi, umumiy xolsizlikdan shikoyat kiladi. Ob'ektiv: umumiy axvoli o'rta og'ir, terisi oqargan, toshmalar yo'q, Poza «prositelya» Bel soxasi umurtqalari doskadek sillik. Forste,

Kushalovskiy, Tomayer simptomlari musbat. O'pkada vezikulyar nafas.Yurak tonlari bo'g'iqlashgan A\D 110/75. Qorin yumshoq og'riqsiz.

Laborator tekshirishda umumiy qon taxlilida leykotsitlar 7000. ECHT 25.

Um siydik analizi: sol og'ir.1015. oqsil abs. leyk 3-4. epit 1-2. SRB manfiy.

1. Sizning taxminiy tashxisingiz

2. Qanday asorat rivojlangan

3. Shifokor taktikasi

4. 22 yoshli talabada tizza bugimlarida ogrik,oyok bosh barmogi ogrigi,yonbosh soxasidagi ogrik,siyganda ozrok kichishish bezovta kiladi.Ikki oydan buen

bemor.Jinsiy alokada noregulyar tarzda buladi.Tana xarorati 37,7

Ob'ektiv tekshirishda boldir tovon bugimi ozrok shishgan.Soe 54.Uretradan mazok olinganda gonokokklar ttopilmagan.

Eng informativ davolash usuli.

A Uretradan mazok oib tekshirish.*

BV Artroskopiya.

V.Siydik kislotasini aniklash

G. Axlatni bakteriologik tekshirish.

D buyrak UZI.

II Bemorni davolashda uzok vakt antibiotik belgilash.

A ampitsilin

B tsefamizin

V tetratsiklin*

G gentomitsin.

D. linkomitsin

5. Bemor 22 yoyda tizza bugimida va boldir bugimida ogrikdan shikoyat kiladi.va bugimlarda shishilar paydo bulgan.1,5 oy davomida dizurik xolat ruy bergan,va uzidan uzi utib ketgan.Ut damlamalari bilan davolangan.RF analizi manfiy.

Anik diagozni aniklang.

A revmatoid artriti.

B podagra.

Vyarali kolidagi artrit.

G reaktiv aritrit *.

II/Sul'fasalazinning bazis terapiyaligi belgilash:

A antibakterial *.

B Immunodepressiv.

V YAlliglanishga karshi.

G. Antifolantin.

D noma'lum.

6. Bemor 27 yoshda kaft bilak bugimida ogrik, tizza bugimidagi ogrik, yurish kiyinligida, xolsizlikdan shikoyat qiladi.

Obyektiv tek: xolati urta ogir, tizza va kaft bilak bugimida xarakat cheklanganligi va defiguratsiya va ogrik, chuloklanish kuzatiladi. Teri okargan toshmalar yuk.90

Laborator tekshirishda: umm kon taxlili nV 94, leykotsitlar $8,3 \times 10^9$, soe 24mm ch. um siydik analizida: solishtma ogirlik 1015, oksil .066%, leykotsitlar 9-10\1epit 6-7/1

SRO++ RF manfiy.

Uretradan oigan material Hlamidia trahomatis.

1. Sizning dastlabki diagnozingiz

A revmatoid artriti.

B urogenital reaktiv artrit.*

V. enterogen reaktiv artrit.

G Pdoagra.

D. infeksion artrit.

II kaysi dorilar bemorni davolashda ishlatiladi.

A Antibiotiklar.

B NPVS.

V. Sanalgalardan xech bir emas.

G. Xamma sanalgalanlar.

7. Bemor SH. 49 yoshda buyin soxasida xarakatnig cheklanishidan, bel dumgaza soxasi umurtkas ining xarakati cheklanganligi, kuzning kizarishi, umumiy xolsizlikdan shikoyat qiladi.

Ob'ektiv: umumiy axvoli urta ogir, terisi okargan, toshmalar yuk, Poza «prositelya» Bel soxasi umurtkalari doskadek silik. Forste, Kushalovskiy Tomayra simptomlari musbat. Upkada vezikulyar nafas. YUrak tonlari bugiklashgan A/D 110/75. Korin yumshok ogriksiz.

Laborator tekshirishda umm kon taxlilida nV 90 leykotsitlar 7000. soe 25.

Um siydik analizi: sol ogir. 1015. oksilavs. leyk 3-4. epit 1-2. SRB manfiy.

1. Sizning taxminiy tashxisingiz

2. Qanday asorat rivojlangan

3. Shifokor taktikasi

Test savollari:

1. Seronegativ spondiloartropatiya uchun qaysi belgi xos?

+ ko'z yallig'lanishi

- falangalararo bo'g'imlar proksimal qismining zararlanishi

- revmatoid faktorning musbatligi

- bo‘g‘imlarda ko‘chuvchi og‘riq
- suyaklar aro mushaklarning atrofiyasi

2. Ankilozilanuvchi spondiloartrit uchun qaysi rentgenologik belgi xos?

- + umurtqa pog‘onasi kvadratizatsiyalanishi
- o‘zgarish yuk
- «teshilish belgisi»
- ko‘plab uzurlar
- osteofitlar

3. Qaysi kasallikda HLA-B27? tashuvchanligi ko‘proq uchraydi ?

- + ankilozlanuvchi spondiloartrit
- Marfan sindromi
- podagrik poliartrit
- revmatik poliartrit
- deformatsiyalanuvchi osteoartroz

4. Bexterev kasalligini davolashda qo‘llaniladigan bazis preparatni ajrating:

- + sulfasalazin
- indometatsin
- aspirin
- kurantil
- imodium

5. Reaktiv artritlarni davolashda qo‘llaniladigan preparatni ko‘rsating:

- + makrolidlar
- gentamitsin
- penitsillin
- sefalosporinlar
- sulfanilamidlar

6. Ankilozlanuvchi spondiloartritga xos rentgenologik belgini ko‘rsating:

- + sindesmofitlarning xosil bo‘lishi, umurtqa pogonasi «bambuk tayoqchasi shaklida»
- falangalararo bo‘g‘imlar proksimal qismining zararlanishi
- oyok birinchi barmog‘ining zararlanishi
- qovurg‘alar uzuratsiyasi
- o‘zgarishlar yo‘q

7. Bexterev kasalligiga xos rentgenologik belgi:

- + sindesmofitlarning hosil bo‘lishi
- osteofitlar
- qovurg‘alar naqshlanishi

- «teshilish» sindromi

- subxondral osteoskleroz

8. Reyter sindromiga xos mezonni ajrating:

+ uretra va bachadon bo‘yni surtmasi natijalarining musbatligi

- sinovial qobiqda barqaror infeksiyaning mavjudligi

- qonda revmatoid omil musbat

- sinovial qobiqda revmatoid omil musbat

- sinovial qobiqda natriy kristallarining musbatligi

9. Kuyida ko‘rsatilgan qaysi kasallikda tovon kadog‘i shakllanadi?

+ ankilozlanuvchi spondilit

- revmatoidli artrit

- revmatik poliartrit

- bo‘richali poliartrit

- sistem kasalliklardagi artrit

10. Ankilozlanuvchi spondiloartritga xos rentgenologik belgini ko‘rsating:

+ umurtqa pogonasi qo‘lqo‘lning kvadratlanishi

- «teshilish» belgisi

- ko‘plab nakshlar

- osteofitlar

- miomalyatsiya uchoklari

11. Bexterev kasalligini davolashda qo‘llaniladigan preparatni ko‘rsating:

+ salofalk

- indometatsin

- aspirin

- kurantil

- azatioprin

12. Seronegativ spondiloartritlar guruhiga kiruvchi 2 ta kasallikni ko‘rsating:

+ Bexterev kasalligi

+ Reyter sindromi

- revmatoid artrit

- deformatsiyalovchi osteoartroz

13. Urogen etiologiyali reaktiv artritlarning 3 ta qo‘zg‘atuvchisini tanlang:

+ ureoplazma

+ xlamidiya

+ trixomanada

- gonokokk

- streptokokk

- shigella

14. Bexterev kasalligining 3 ta shaklini ko‘rsating:

- +periferik shakli
- +rizomielik shakli
- +markaziy shakli
- latentshakli
- aralash shakli
- avjlanuvchi shakli

15. Bexterev kasalligidagi 3ta funksional sinamani ayting:

- +Otto sinamasi
- +Shober sinamasi
- +Tomayer sinamasi
- Valsalva sinamasi
- Rivolt sinamasi
- Kveym sinamasi

8. O'zlashtirilgan mavzuni nazorat qilish uchun OSKI savollari:

1. Seronegativ spondiloartritlarga xarakteristika bering.
2. SSA guruxiga kaysi kasalliklar kiradi.
3. SSA ning laborator-klinik uxshashligini aniklang.
4. AS ning etiologiya va patogenezi.
5. AS ning patoforfologiyasi.
6. AS ning klinikasi.
7. AS da laborator va instrumental diagnostikas.
8. AS ning diagnostik mezon
9. Kiyosiy taxshish.
10. AS ni davolash
11. ReAning etiologiyasi va patogenezi
12. Urogenital ReAning klinik xususiyati.
13. Enteokolitli ReAning klinik xususiyatlari.
14. ReAnig laborator diagnostikasi.
15. Urogenital ReA ning laborator diagnostikasi
16. Enterokolitli ReAning laborator diagnostikasi.
17. RA ning diagnostik mezonlari.
18. Psoriatik artrit klinikasi
19. ReAni qiyosiy taqqoslash
20. ReAdavolash rejasi..

9. KO'RGAZMALI MATERIALLAR:

Mavzuga xos bemorlar yoki ixtiyoriy bemorlar, kasallik tarixlari, rolli o'yin ssenariylari, grafikli organayzerlar, mavzu bo'yicha videofilm, komyuter prezentatsiyasi.

10. TARQATMA MATERIALLAR:

Umumiy qon, siydik, qonning bioximik tekshiruv natijalari, rentgenogrammalar, retseptlar, vaziyatli masalalar, test savollari.

Joriy nazoratni baholash mezonlari:

Baholash usullari	Ekspress testlar, yozma ishlar, og'zaki so'rov, prezentatsiyalar
Baholash mezonlari	<p>5- (86-100) ball “a’lo” -mavzuga oid nazariy va uslubiy tushunchalarni to'la o'zlashtira olish; -mavzu bo'yicha o'z fikrini to'liq bayon etish, barcha berilgan savollarga to'liq to'g'ri javob berish, tahlil qilish va xulosa chiqarish, ijodiy fikrlash, auditoriyada mavzuni muhokama qilishda faol qatnashish, -mavzu bo'yicha bemorlarni mustaqil kuratsiya qilish, laborator-instrumental tekshiruvlar natijalarini tahlil va talqin qilish, qiyosiy tashxislash, tashxisni shakllantirish, davo tayinlash; -kuratsiya natijalari asosida kasallik tarixini yozish; -mavzu bo'yicha vaziyatli masalalarni yechish, test savollariga to'liq va to'g'ri javob berish; -erkin tasavvurga ega bo'lib, kerak bo'lganda o'qituvchi bilan o'z fikrini almashish.</p> <p>4- (71 – 85) ball “yaxshi” -mavzuga oid nazariy va uslubiy tushunchalarni to'la o'zlashtira olish; -mavzu bo'yicha o'z fikrini yetarli darajada bayon etish, barcha berilgan savollarga to'g'ri javob berish; - tahlil qilish va xulosa chiqarish, ijodiy fikrlash, auditoriyada mavzuni muhokama qilishda qatnashish, - mavzu bo'yicha bemorlarni kuratsiya qilish, laborator-instrumental tekshiruvlar natijalarini tahlil va talqin qilish, qiyosiy tashxislash, tashxisni shakllantirish, davo tayinlashda ishtirok etish; -kuratsiya natijalari asosida kasallik tarixini yozish; -berilgan uy vazifasi mavzusi bo'yicha aniq tasavvurga ega bo'lish.</p> <p>3 (55-70) ball “qoniqarli”</p>

	<p>-mavzu bo'yicha o'z fikrini bayon etish, barcha berilgan savollarga to'g'ri javob berish;</p> <p>- auditoriyada mavzuni muhokama qilishda qatnashish,</p> <p>-mavzu bo'yicha bemorlarni kuratsiya qilish, laborator-instrumental tekshiruvlar natijalarini tahlil va talqin qilish, qiyosiy tashxislash, tashxisni shakllantirish, davo tayinlashda ishtirok etish;</p> <p>--kuratsiya natijalari asosida kasallik tarixini o'qituvchi yordamida yozish;</p> <p>-berilgan uy vazifasi mavzusi bo'yicha tasavvurga ega bo'lish.</p> <p>2-(0-54) ball "qoniqarsiz"</p> <p>-mavzu bo'yicha o'z fikrini bayon etolmaslik, berilgan savollarga javob berolmaslik;</p> <p>- auditoriyada mavzuni muhokama qilishda qatnashmaslik;</p> <p>-mavzu bo'yicha bemorlarni kuratsiya qilish, laborator-instrumental tekshiruvlar natijalarini tahlil va talqin qilish, qiyosiy tashxislash, tashxisni shakllantirish, davo tayinlashda ishtirok etmaslik;</p> <p>--kuratsiya natijalari asosida kasallik tarixini o'qituvchi yordamida yozish;</p> <p>-berilgan uy vazifasi mavzusi buyicha tasavvurga ega emaslik.</p>
--	--

11. Tavsiya etiladigan adabiyotlar:

ASOSIYLARI:

1. Bobojonov S.N. Ichki kasalliklar. Tibbiyot institutlari talabalari uchun T., Ibn Sino. 2010.
2. Nasonov Ye.L., Solovev S.K. Revmatologiya: natsionalnoe rukovodstvo. Moskva: GEOTAR-Media. 2014.
3. Zborovskaya I. A., Xanov A. G., Kapustina Ye. A. Uchebnik prakticheskoy revmatologii: rukovodstvo dlya vrachey. – Rostov n/D, 2016. – 376 s.

QO'SHIMCHA ADABIYOTLAR:

1. S.K.Adjigaytkanova. DIAGNOSTIKA I LEChENIE OTDELNYX FORM REVMATIChESKIX ZABOLEVANIY S POZITSII DOKAZATELNOY MEDITSINЫ Uchebno-metodicheskoe posobie Utverjdeno SKMS GBOU VPO RNIMU im. N.I.Pirogova Minzdrava Rossii Moskva – 2013
2. Agababova E.R. Infeksii pri spondiloartritax/ spondiloartropatiyax. // Ros. revmatol. - 1998. -№1. - S.7-16.
3. Kriterii diagnoza reaktivnyx artritov (proekt).// Nauchn.-prakt. revmatol. 2003. - №3. -S.82-83
4. Soliev T.S. Reaktivnye artrity T.1987.
5. M.Yu. Aliaxunova, S. K. Nuritdinova, T.A. Xan, R.A. Xakimova, D.N. Islamova Psoriaticheskiy artrit Diagnostika i lecheniya
- 6.<http://www.dissercat.com/content/meditsinskaya-reabilitatsiya-bolnykh-seronegativnymi-spondiloartritami#ixzz54VedfcQn>



TIBBIYOT NASHRIYOTI MATBAA UYI