



Zilola ANVAROVA,

Toshkent Kimyo xalqaro universiteti tadqiqotchisi

E-mail: [anvarovazilola522@gmail.com](mailto:anvarovazilola522@gmail.com)

Toshkent Amaliy Fanlar universiteti, Pedagogika fanlari doktori M.E. Axmedova taqrizi ostida.

## RHEUMATIC DISEASE AND METHODOLOGICAL METHODS OF ITS TREATMENT IN MEDICAL EDUCATION

Annotation

Rheumatism disease and methodical methods of its treatment are widely covered in the article. In the teaching of neontology, modern methodical approaches are used in the students' lessons. The use of modern information and communication technologies helps students to think independently in medicine, to expand the scope of creative research and medical logical thinking, as well as to connect what they learned in class with life.

**Key words:** Medical education, medical knowledge, high quality, medical service, rheumatism, treatment, patient, medical skills, rheumatism.

## РЕВМАТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ И МЕТОДИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЕГО ЛЕЧЕНИЯ В МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ

Аннотация

В статье широко освещено заболевание ревматизм и методические методы его лечения. При преподавании неонтологии на уроках студентов используются современные методические подходы. Использование современных информационно-коммуникационных технологий помогает студентам в медицине мыслить самостоятельно, расширять сферу творческих исследований и медицинского логического мышления, а также связывать то, чему они научились на занятиях, с жизнью.

**Ключевые слова:** Медицинское образование, медицинские знания, высокое качество, медицинская услуга, ревматизм, лечение, больной, врачебные навыки, ревматизм.

## TIBBIY O‘QITISHDA REVMAITIZM KASALLIGI VA UNI DAVOLASHNING METODIK USULLARI

Annotatsiya

Maqolada tibbiy o‘qitishda revmatizm kasalligi va uni davolashning metodik usullari keng yoritilgan. Neontologiya fanini o‘qitishda talabalarning dars mashg‘ulotlarida zamonaviy metodik yondashuvlardan foydalanilgan. Zamonaviy axborot-kommunikatsiya texnologiyalaridan foydalanish talabalarni tibbiy mustaqil fikrlashga, ijodiy izlanish va tibbiy mantiqiy fikrlash doiralarini kengaytirish bilan birga ularni dars mashg‘ulotlarida o‘rganganlarini hayot bilan bog‘lashga yordam beradigan fikrlar bayon qilingan.

**Kalit so‘zlar:** Tibbiy o‘qitish, tibbiy bilim, yuqori sifat, tibbiy xizmat, revmatizm kasaligi, davolash, kasal, tibbiy ko‘nikma, revmatizm.

**Kirish.** Tibbiy o‘qitish jarayoni ta‘limiy maqsadlar asosida talabalarga tibbiy bilim berish yuqori sifatli tibbiy xizmat ko‘rsatish usullarini o‘rgatish muhim ahamiyatga ega. Tibbiy o‘qitishda revmatizm kasalligi va uni davolashning metodik usullari quyidagicha tavsiflanadi. Revmatizmning tarqalishi. Hozirgi vaqtda kasallanishning susayganligi qayd qilingan va uning O‘zbekistonda tarqalishi 1000 nafar bolalar ichida 0,79 nafarga to‘g‘ri keladi. Maksimal kasallanish asosan 10-14 yoshlarga to‘g‘ri keladi. O‘qitish avvalo, ma‘lum bir muolajani bajarish uchun zarur bo‘lgan tibbiy bilim va ko‘nikmalarni egallashdan iboratdir. Tibbiy ta‘lim esa o‘z navbatida, tibbiy o‘qitish, kelajakda tibbiy ta‘limiy maqsadga erishishni ko‘zda tutadi. Revmatizmning tarqalishi va uni davolashning metodik usullari quyidagicha ifodalanadi.

Tibbiy o‘qitishni samarali usuli bu tajriba almashishdir. Tibbiy o‘qitishda klinitsistlarni dars mashg‘uloti berishga jalb etish, professional pedagoglarni jalb qilishdan ko‘ra samaraliroqdir. Tibbiy ko‘nikmalarni egallagan har qanday pedagog ham Tibbiy o‘qitishga qodir emas, va aksincha har qanday moxir pedagog ham o‘z sohasini yaxshi mutaxasissi bo‘lmasa Tibbiy ko‘nikmalarni o‘qitishga qodir emas. O‘z kasbining ustasi, yuqori malakali professional bo‘lishi kerak. Dars mashg‘ulotida o‘qituvchi pedagogik mahoratga ega bo‘lishi kerak. Kamtar, o‘ziga va talabalarga nisbatan talabchan bo‘lishi kerak. Infektsion faktorlar bilan

bog‘liq (A guruhiga mansub beta-gemolitik streptokokk yoki uning L formasi, virus-streptokokkli assotsiatsiya). Revmatik jarayonning shakllanishida streptokokkning antigen moddasi bilan yurak to‘qimasi o‘xshashligiga asoslangan immunologik mexanizmlar muxim rol o‘ynaydi. Revmatizm bilan kasallanishda irsiy moyillik ham katta ahamiyatga ega (irsiylanishning multifaktorial tipi). Kasalliklarni o‘qitishda asosan tibbiy pedagog patomorfologik nuqta nazardan qaraganda revmatizmga biriktiruvchi to‘qima tuzilmalarining dezorganizatsiyasiga olib keluvchi tizimli vaskulit sifatida qarash mumkin. Ko‘pchilik mualliflar A guruhiga mansub beta-gemolitik streptokokkning revmatizmning etiologiyasida ahamiyati katta deb hisoblaydilar. Revmatizmning o‘tkazilgan streptokokkli infeksiyasidan so‘ng 2-3 haftadan keyin ko‘proq yuzaga kelishi, aktiv fazasidagi bemorlar qonida streptokokka nisbatan antitelalarning yuqori titrda bo‘lishi, 60-75 foiz % bemorlar qonida streptokokkli antigen topilishi, bitsillin profilaktikasida kasallanish va qaytalanishning birdaniga susayishi streptokokkli nazariya to‘g‘irligini tasdiqlaydi. Revmatizmning qaytalanishi surunkali tonzilitti bor bo‘lgan bemorlarda, hatar guruhida: qarindoshlarida, naslda mavjudligi hamda qonda B-xujayrali D8\17 markerning topilishi nisbatan 2,5 marta ko‘proq kuzatilada. Hozirgi vaqtda revmatizmning latent va surunkali shakllari streptokokkning ko‘p yillik bitsillin profilaktikasidan keyin aniqlangan, organ

va to'qimalarda persistirlovchi, fagotsitozga uchramaydigan va antibiotiklar ta'siriga chidamli qobiqsiz L - shakliga o'tishi bilan tushuntiriladi. Anginani boshidan o'tqazgan faqat 0,2-0,3 foiz % shaxslariga revmatizm bilan kasallanadi, ya'ni u streptokokk infeksiyasiga sezgir organizmlarda rivojlanadi. Kasallik asosan ota-onaga va boshqa bolalari kasallangan oilalarda ko'p uchraydi. Bu esa «oilaviy revmatizm» tushunchasi hosil bo'lishiga olib keladi. Revmatizm streptokokka nisbatan genetik immun yetishmovchiligi bor shaxslarda rivojlanadi, ya'ni bu kasallik irsiy moyillikka ega, lekin shu bilan bir qatorda kasallik rivojlanishida tashqi muhit omillari ham muhim rol o'ynaydi.

Hozirgi vaqtgacha streptokokkning «revmatogen» shtammlari borligi to'g'risidagi masala taxlil qilinadi. Stellerman ko'rsatishi bo'yicha «revmatogen» shtammlarga liloproteinazasini yo'qotgan (xiralashish omili) streptokokklar qiradi. U kardit, artrit, xoreya va revmatizmning boshqa ko'rinishlari rivojlanishi turli «revmatogen» streptokokk shtammlariga bog'liqligini aytib o'tgan. Bu nuqtai nazarga boshqa mualliflar revmatizm bilan kasallangan bemorlar tomog'ida kasallikning aktiv fazasida 15-20 xil streptokokk serotipi aniqlanishini va ular klinik sog'lom shaxslar, boshqa streptokokk infeksiyasi bemorlarda ham uchrashi haqidagi ma'lumotlarni qarshi qo'yadilar. Genetik markerlarni tekshirish shuni ko'rsatadiki, revmatizm bilan kasallangan bemorlar ichida. A va V qon guruhli shaxs ko'pchilikni tashkil etadi. V guruh qoniga ega bo'lgan, revmatizm bilan kasallangan bemorlarda antistreptolizin - O ning yuqori titri aniqlangan, bu esa bu guruh qoniga ega bo'lgan shaxslarning streptokokka nisbatan yuqori sezuvchanligidan dalolat beradi.

A.I.Strukov biriktiruvchi to'qima dezorganizatsiyasining 4 bosqichini farqlagan:

- 1.Mukoid bo'kish.
- 2.Fibrinoid bo'kish.
- 3.Granulematoz bosqich.
- 4.Chandiqlanish bosqichi.

Klinitsistlar uchun mukoid bo'kish bosqichini ajratish muxim bo'lib, bunda davolash qancha erta boshlansa, patologik jarayonni shuncha tez ortga qaytarish mumkin. Fibronoid bo'kish bosqichida biriktiruvchi to'qimaning chuqurroq destruktiviyasi kuzatiladi. Davolash olib borilganda jarayonni orqaga qaytarish extimolliga kamroq. Ikkala bosqich

revmatik jarayon borligidan dalolat beradi va morfologik jihatdan bola organizmiga kuproq xos bo'lgan eksudativ komponent sifatida namoyon bo'ladi. Nospetsifik eksudativ komponentning rivojlanish darajasi revmatizmning klinik o'zgarishlari og'irligi bilan bog'liq (miokardit, xoreya, poliserozlar). Ashoff-Talalayev granulomalari yurak devori va klapani, endokarda, fibroz xalqada, perikarda, qon tomirlar devorida va boshqa a'zolar biriktiruvchi to'qimasida uchraydi. Ular xujayraviy elementlar to'plami bo'lib, biriktiruvchi to'qima dezorganizatsiyasi maxsulotlarini yo'qotishga qaratilgan sustkor tipdagi xujayraviy immun reaksiyani belgilaydi, markazida proliferatsiyalanuvchi va gipertrofiyalangan gistiotsitlar saqlaydi. Bu granulomada fiksatsiyalangan immun komplekslar topilishi bilan tasdiqlanadi (turga hoslik). Granulomaning rivojlanish sikli 3-4 oy.

O'tkir - yorqin, keskin klinik ko'rinishli, polisindromli, laborator ko'rsatkichlar jarayonning yuqori aktivligini bildiradi, kasallikning dinamikasi 2-3 oy davom etadi, yurak nuqsoni kam shakllanadi, bunday kechish ko'prok revmatizmida uchraydi.

O'tkir osti klinik simptomlar rivojlanishi asta-sekin, polisindromlik kamroq xos, kasallik davomiyligi 2-6 oy, ko'pincha yurak nuqsoni shakllanadi. Antirevmatik terapiya samarasi kamroq ifodalangan.

Cho'zilga-sust-torpid kechish, kasallik 4-6 oy davom etadi, yaqqol xurujlarsiz, lekin remissiyasiz, bunda revmokardit kam yoki o'rta aktivlikka ega bo'lib, yurak nuqsoni davolanishga qaramasdan ko'proq shakllanadi.

Uzliksiz-qaytalanuvchi juda og'ir kechadi, ko'pincha katta yoshdagi bolalarda uchraydi va polisindromik, yaqqol avj olish bilan xarakterlanib, davolash natijasida axvolining yomonlashuvi bilan to'liqsiz remissiyaga o'tadi. Yashirin-aktiv faza yo'q, oldin ham bo'lmagan, revmatik anamnezi yo'k, yurak nuqsoni tezda aniqlanadi.

Revmatizmning tashhis mezonlari. Revmatizmning tashhis mezonlari birinchi marta 1930-1938 y bolalar revmatizmi ilmiy asoschisi A.A.Kisel tomonidan yaratilgan. Keyinchalik ular Jones tomonidan 1944 y qayta ishlangan. A.I. Nesterov ularni 2 ta punkt bilan to'ldirdi. Asosiy (katta, spetsifik) va ko'shimcha (kichik, nospetsifik) diagnostik mezonlar farq qilinadi.

Revmatizmning diagnostik mezonlari	
Asosiy:	Qushimcha:
Kardit	Isitma
Poliartrit	Artralgiya
Xoreya	Leykotsitoz, EChT oshishi
Revmatik tugunchalar	EKG da P-Q uzayishi
Annulyar toshmalar	Serologik va bioximik ko'rsatkichlar
Utkazilgan streptokokk kasallik bilan bog'liqligi	Kapillyarlar o'tkazuvchanligining oshishi
Antirevmatik terapiya samaradorligi	Charchash, qorin sohasida og'riq, burundan qon ketish

Shu bilan bir vaqtda bemor ahvoli og'irlashadi ortopnoe, bo'yin venalari shishi yuzaga keladi. Qorinda og'riq bo'lishi mumkin, shishlar, jigar kattalashgan, zichlashgan, og'riqli. Yurak va bug'imlar zararlanishi bilan birga jarayonga MNS qo'shiladi (xoreya, ensefalopatiya, meningoensefalit, neyrorevmatizm). Bolalarda ko'proq xoreya uchraydi (sidengam xoreyasi). Xoreya revmatizm manifestatsiyasi bo'lishi mumkin va har doim jarayonning faolligidan dalolat beradi, cho'zilgan va o'zgargan shakllari ham bo'lishi mumkin. Xoreya bilan nerv tizimda total yetishmovchiligi bo'lgan 5-10 yoshdagi bolalar, lekin ko'pincha pubertat davridagi bolalar kasallanadi. Xoreyaga uzun yashirin davr xos. Bola g'ayritabiy harakatlar qiladi; bo'shshadi, xoitirasi, imlosi, yurish-turishi o'zgaradi, yig'loqi, qo'zg'ialuvchan bo'lib qoladi. Bemorni ob'ektiv tekshirilganda triada simptomlari xos:

-ixtiyorsiz, distal, cheksiz giperkinetlar;

- mushakli gipotoniya;
- koordinatsiya buzilishi;

Nevrologik statusda pay refleklari uchraydi, asosan tizza refleksii ("+" Gerdon refleksi), Cherni simptomi (nafas organda qorin old devorining tushishi), Romberg holatida turg'unsizlik, "ilviragan yelka" simptomi, Filatov ko'zi va tili (bemor ko'zini zich kisilgan holatida uzoq vaqt tutib turolmaydi, chiqarilgan tili tortishib turadi). Giperkinetlar hayajonlanganda kuchayadi va uyku vaqtida to'la yo'qoladi. Simptomlar qaytar o'zgarishlari 1,5 — 3 oy davomida yuzaga keladi. Xoreya retsidivlanadi va uning fonida ko'pincha yurak no'soni shakllanadi.

Kam uchraydigan simptomlarga anulyar toshmalar va revmatik tugunchalar qiradi. Anulyar toshma dumaloq-oqish markazli pushti-qizil rangdagi dog' bo'lib, asosan qorin, ko'krak qafasining yon yuzalarida, yelka va son ichki yuzasida, buyinida yurkada joylashadi. Toshma ko'pincha

kasallik boshlanishida xosil bo'lib, uzoq saklanmaydi. U boshqa patologik holatlar (sur. Tonzillit, ORVI) da ham uchraydi, shuning uchun diagnostik ahamiyati kam. hozirgi vaqtda kamdan-kam holda avvallari kasallikning og'ir kelgan turida aniqlagan revmatik tugunlarni ko'rish mumkin. Tugunchalar bir necha kundan bir necha oygacha saqlanib qoluvchi, pay, aponevrozlar soxasida dumolok, zich bittalab yoki ko'plab joylashuvchi 2-8 mm og'riqsiz xosilalardir. Ba'zan revmatizm abdominal sindromdan boshlanadi. Shiddatli boshlanish, kuchli isitma, qorindagi og'riqlar, qondagi yallig'lanish xarakteridagi o'zgarishlar bemorni xirurgik bo'limiga gospitalizatsiyasiga ko'rsatma bo'ladi. Abdominal sindrom o'tkir boshlangan qorin parda seroz yallig'lanishi va keyingi aspektik eksudativ peritonit natijast hisoblanadi.

Revmatizmda buyrak zararlanishi siydik sindromi: o'rta darajadagi proteinuriya, leykotsituriya, kam holda eritrotsituriya bilan ifodalanadi. Bu o'zgarishlar xavfsizroq hisoblanadi. G.Klinik belgilar bilan bir qatorda laborator ko'rsatkichlarda ham xarakterli o'zgarishlar kuzatiladi. Faol revmatik jarayonida E.Ch.T. 30 mm/s dan oshadi, lekin tezda gormonoterapiya fonida pasayadi. Qon taxlilida leykotsitar formula chapga siljiydi. (tayoqcha yadroli neytorfillar miqdori oshadi). Leykotsitlar miqdori oshishi mumkin. Gemoglobin miqdori kamayadi va rang ko'rsatkich kamayadi, siydikda eritrotsitlar ko'rish maydonda 10-12 ta va kam hollarda 50-80 bo'lishi mumkin (nefrit). Siydik bilan chiquvchi oqsil miqtosori kam va revmatik infeksiya og'irligiga bog'liq, o'rtacha leykotsituriya kuzatilishi mumkin. Qon immunobioximik taxlillarida: ASL-O, AKS, ASG (norma! :250-500)titrlari, DFA reaksiya ko'rsatkichlari (norma 0,210 YeD optik zichlik), seromukoid (norma 0,180 YeD gacha) ko'rsatkichlarning oshishi, S-reaktiv oqsil topilishi (normada yuk, fibrinogen normada 9,2 mkmmol/l gacha) miqdorning qonning fibrinolitik aktivligi susayganda oshishi kuzatiladi. Oqsil fraksiyalari o'zgarishi: aktiv globulinlar oshishi xos. Revmatizm diagnostikasida laborator ko'rsatkichlar emas, klinika muhim ahamiyatga ega.

Solishtirma tashhis usuli. Revmatizni qatro yurak, bo'g'im, MNS kasalliklari bilan solishtirib ko'rish zarur. Dekompensirlangan surunkali tonzillitni revmatizm bilan umumiy holsizlik, charchash, poliartrologik subfebrilitet kabilar yaqinlashtiradi, hamda bemorni tekshirganda taxikardiya, sistolik shovqin ekstrasistoliya aniqlanadi. Ba'zan kattalashmagan murtaklar (toksik-allergik) bola organizmiga toksik-allergik ta'sir ko'rsatib, gipertoniya va yuqori immunobioximik ko'rsatkichlar bilan kechadi. Tashhis qo'yishda tonzilning faqat avj olganda o'zgarishlar yuzaga kelishi (yashirin oraliq vaqti yo'q) yordam beradi, yurak organik zararlanish simptomlari bo'lmaydi. Virusli miokardit revmatizdan ORVI bilan bog'liqligi, ekstrakrdial ko'rinishlari yo'qligi, kasallik erta (5-6 yoshgacha) boshlanishi bilan farq qiladi, miokardial yetishmovchilik asosiy o'ringa chiqadi, laborator ko'rsatkichlar normada bo'lib, yurak klapanlari nuqsoni shakllanmaydi.

Yurak uzoq vaqt jarayonga qo'shilmaydi. Yallig'lanishga qarshi terapiya kam samara beradi. Osteomiyelit antibakterial terapiya qilishga qaramasdan yuqori harorat bilan kechuvchi, travma bilan bog'liqligi, bitta

bo'g'imning chegaralangan shikastlanishi, og'riqni giperemiya va shishli joyda maksimal bo'lishi, intoksikatsiya belgilari tez o'sib borishi bilan xarakterlanadi. Monoartritda, ayniqsa tosson bo'g'imida silning asorati emasligini xisobga olish kerak. Poliartrit leykozning birinchi ko'rinishi bo'lishi mumkin, bunda umumiy qon taxlilida o'zgarishlar aniqlanmaydi. Bo'g'im sindromi kardit belgilarisiz kechishi, periferik limfa tugunlari, jigar, taloq kattalashishi, anemiya leykozga shubxa qilishga yordam beradi. Dignostika stretokokk infeksiyasiga bog'liq bo'lmagan, tana harorati oshmaydigan, intoksikatsiya belgilarisiz kechuvchi nevroz harakatlari (tiklar) bilan solishtirma tahlil o'tkazish kerak. Umumiy holati o'zgamargan, proksimal giperkinezlar mavjud, lekin katta amplitudada emas, mushakli gipotoniya yuk. Kasallik oylab va yillab davom etadi, bolani o'zini tutishadi o'zgarishlar MNS ning organik shikastlanishi belgilari ham bor.

Davolash usullari. Bolalarda revmatizmi davolash erta, kompleks, bosqichli (statsionar, revmatik sanatoriy, dispenser, uzoq davom etishi 3-4 oydan kam emas) kerak.

A. 1-bosqich. Statsionar davon-kompleksli terapiyaning birinchi, asosiy bosqichlarini u o'z ichiga oladi.

1. bolaga moslanuvchi davolovchi gimnastika mashg'ulotlari bilan davolash - harakatlanuvchi rejimni ta'minlash (funksional reabilitatsiya)

2. medikamentoz terapiya qo'llash (patogenetik davo)

3. surunkali infeksiya o'choqlarini sanatsiya qilish.

Statsionarda o'tkir revmatizm bilan kasallangan bemorlarni yaqqalash maqsadga muvofik, chunki u streptokokk tashuvchisi hisoblanadi. Bo'limda davolash-harakat rejim aniqlanadi. Yotoq rejimi 2-3 hafta yeki ko'proqqa (kardit ogirligiga karab) belgilanadi. So'ng bolani yarim yotoq rejimiga (xojatxonaga, stolga, muolajaga turishga ruhsat beriladi), keyinchalik shugullanuvchi rejimga o'tkaziladi. Birinchi rejimdan ikkinchisiga o'tkazishda klinik-laborator ko'rsatkichlar nazoratga olib boriladi. Uzoq vaqt toza havoda yurish katta ahamiyatga ega. Ovqatlanishi to'la sifatli bo'lishi kerak, gormonoterapiyada ovqat tarkibidagi K+ tuzlarini oshirish, osh tuzini kamaytirish maqsadga muvofik.

**Xulosa.** Tibbiy o'qitishni yo'lga qo'yishda tibbiy ko'nikmalarni egallanganlik darajasini baholash mezonlarini ishlab chiqish muhimdir. Muloqot jarayonida o'qituvchi va talaba orasidagi faol ikki tomonlama muloqot, bilim va ko'nikmalarning egallashga va hosil bo'lishiga ko'maklashadi. Yordam va nazorat usuli. Tibbiy o'qitishni tashkil etishda o'quv jarayonida tibbiy ko'nikmalar qanday metodik yondashuv asosida o'rgatilishi rejalanihi lozim va ularning egallanishida duch kelayotgan turli-xil vaziyatdagi qiyinchiliklarni bartaraf etishda tibbiy kompetentlikka erishishga yo'naltirilishi muhim ahamiyatga ega. Tibbiy ko'nikmalarni a'lo darajada egallash konsepsiyalarini qo'llash. Yangi ko'nikmalarni o'zlashtirishda o'qitishning insonparvarlik usullarini qo'llash muhim ahamiyatga egaligi bilan ajralib turadi. An'anaviy o'qitish usullaridan farqli ravishda amaliyot orqali o'qitishdir. Talaba tibbiy amaliy ko'nikmani o'qituvchi bevosita bajarib ko'rsatganda uni tezroq egallaydi. Har bir tibbiy amaliy ko'nikma qadamlarga ajratilishi lozim. Talaba har bir ko'nikmani qadamma-qadam bajara borib avtomatizm darajasigacha erishishiga qaratilishi lozim.

#### ADABIYOTLAR

1. Axmedova M.E.. Tibbiy ta'lim uchun. Pedagogika. Darslik. "Tibbiyot nashriyoti matbaa uyi", MCHJ. Toshkent - 2022. 223 bet.
2. Зернов Н.Г., Тарасов О.Ф.. Семиотика детских болезней. Москва, 1984
3. Исаева Л.А.. Детские болезни Москва, 1994.
4. Греф Дж.. Педиатрия (перевод с английского). Москва, 1997.
5. Сушко Е.П. и соавт. Детские болезни. Минск, 1998.
6. Ричард П. Полин, Марк Ф. Диттмар. Секреты педиатрии. 1999.
7. Шабалов Н.П.. Детские болезни. Санкт - Петербург, 2006.