

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС
ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ
ТОШКЕНТ ПЕДИАТРИЯ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

**Э.А.Шомансурова, Ш.Т.Акбарова, А.И.Улугов, Ш.А.Агзамова,
М.Б.Деворова, Г.Т.Махкамова**

ПОЛИКЛИНИК ПЕДИАТРИЯ ВА РЕАБИЛИТОЛОГИЯ

Тиббиёт олий ўқув юртларининг 6-7 курс талабалари учун дарслик

Тошкент 2010

Дарсликда оилавий поликлиника ва қишлоқ шифокорлик пунктларида ишлаш жараёни ҳамда болалардаги энг кўп тарқалган касалликларни ташҳисоти, давоси ва профилактикаси кўрсатилган.

Бобларда ҳар бир касалликларга тегишли таснифлар, ташҳисот мезонлари, даволаш усуллари, диспансер кузатув схемаси ва реабилитацияси берилган.

Дарслик тиббиёт олий ўқув юртлари талабалари учун тавсия қилинган.

Тақризчилар:

Тиббиёт фанлари доктори, профессор ТВМОИ педиатрия кафедраси
муdiri **Ф.С. ШАМСИЕВ**

Тиббиёт фанлари доктори, ТГА болалар юқумли касалликлари ва
педиатрия кафедраси профессори **Б.Т. ХАЛМАТОВА**

СЎЗ БОШИ

Поликлиник педиатрия ва реабилитология - тиббиёт институтида педиатрия таълимини яқунловчи фандир. У талабадан болалар касалликлари пропедевтикаси, факултет ва госпитал педиатрия шуниндек тиббий–биологик мутахассислиги кафедраларида олган билимларни ишлатишни талаб қилади.

Педиатрия институтлари ва факултетларнинг 7 босқич талабаларига мўлжалланган мазкур дарсликда улар аввалги босқичларда ўзлаштирган мавзулар эътиборга олинган. Дарсликга Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш тизимини ислоҳ қилиш борасида поликлиника ишини ташкиллаштириш ҳақида маълумотлар, шуниндек ёш болаларда энг кўп учрайдиган касалликларни тафсифловчи педиатриянинг асосий бўлимлари тақдим этилган. Касалликларни тавсифлаш, ташҳислаш, даволаш ва профилактика мезонларига тўхталаган ҳолда муаллифлар мавзуни бир хил шаклини сақлаб қолишган. Касалликни замонавий даво ва реабилитация тамоилларига кўра, касалликдан сўнг поликлиника назоратида бўлиш ва босқичма-босқич даволаш шартлари ҳисобга олинган ва муаллифлар томонидан диспансеризация ва реабилитация масалалари ёритилган.

Умид қиламизки, мазкур дарслик битирувчи босқич талабаларига ўзларининг олийжаноб шифокор касблари сифатида мустақил фаолият кўрсатиш учун тайёрлашда ёрдам беради.

1 ҚИСМ

БИРЛАМЧИ ТИББИЙ ЁРДАМНИ ТАШКИЛ ҚИЛИШ

1.1 Оила тиббиёти асослари. Оилавий поликлиника ва қишлоқ врачлик пунктида ишни ташкил қилиш. Қўлланиладиган ҳужжатлар. Касаллик варақаси.

Оилавий поликлиника ва қишлоқ врачлик пункти (ҚВП) ўзига бириктирилган ҳудуддаги аҳолига бирламчи тиббий ёрдам кўрсатишга асосланган. Поликлиниканинг иш фаолияти, мутахассисларнинг иш ўринлари шу поликлиника хизмат кўрсатадиган аҳолининг сони, жинси, ҳар хил касалликларнинг қайд этилиш даражаси билан аниқланади.

Замонавий оилавий поликлиника ва ҚВП лари даволаш ва профилактика муассасалари бўлиб, аҳолига тиббий ёрдам кўрсатиш, касалликнинг олдини олиш ва аҳолини соғломлаштириш тадбирларини ўтказиш учун мўлжалланган шифо маскани ҳисобланади.

Унинг вазифасига қуйидагилар киради:

- ўткир кечувчи касаллиги ва жароҳати бўлган беморларга бирламчи тез тиббий ёрдам кўрсатиш;
- беморларни уй шароитида ва поликлиникада даволаш;
- аҳолини диспансер назоратидан ўтказиш;
- беморнинг вақтинчалик ишга лаёқатсизлигини аниқлаш;
- беморларнинг ишга лаёқатсизлигини аниқлаш комиссиясига шифокорлар меҳнат-эксперт комиссияси (ШМЭК) йўлланма бериш;
- санатория-курортга даволаниш учун йўлланма бериш;
- стационар давога муҳтож беморларни ўз вақтида стационарга ётқизиш.

Поликлиникада қуйидаги ишлар олиб борилади:

- касалликнинг олдини олишга йўналтирилган профилактик тадбирлар;
- эпидемияга қарши тадбирлар;
- санитария-оқартув ишлари;
- аҳолининг саломатлик даражасини ўрганиш;

- касалликни эрта аниқлаш ва даволаш;
- диспансеризация ва реабилитация.

ҚИШЛОҚ ВРАЧЛИК ПУНКТИ ҲАҚИДАГИ НИЗОМ

1. ҚВП маълум бир бириктирилган ҳудуд аҳолисига малакали тиббий ёрдам кўрсатадиган муассасадир.
2. ҚВП аҳолининг жойлашиши, аҳоли пунктларининг бир-бири билан ўзаро боғлиқлигини, қишлоқ хўжалик ва бошқа турдаги ишлаб чиқариш хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда, аҳоли сони 1500 ва ундан кўп бўлган жойларда ташкил этилади.
3. ҚВПлари хизмат кўрсатиладиган аҳоли сонига кўра
 - биринчи типдаги – аҳоли сони 1500гача
 - иккинчи типдаги – аҳоли сони 1500дан 3500гача
 - учинчи типдаги – аҳоли сони 3500дан 6000гача
 - тўртинчи типдаги – аҳоли сони 6000дан кўп бўлган ҚВПларига бўлинади.
4. ҚВПни ташкил қилиш ва тугатиш туман марказий шифохона бош шифокори ва туман ҳокими томонидан амалга оширилади.
5. ҚВП ишчиларининг вазифалари ва ҳуқуқлари Соғлиқни сақлаш вазирлиги томонидан белгилаб берилади.
6. ҚВПнинг таъминланиши Соғлиқни сақлаш вазирлиги томонидан тасдиқланган рўйхат асосида маҳаллий маблағ ҳисобидан амалга оширилади.
7. ҚВП ўзининг вазифасини тўлиқ бажариши учун дори дармонлар ва санитария-гигиена жиҳозлари билан таъминланиши керак.
8. ҚВП бош шифокори туман бош шифокори томонидан тайинланади ва лавозимидан бўшатилади.
9. Аҳолига тез тиббий ёрдам кўрсатиш мақсадида ҚВПлар техника билан таъминланади.
10. ҚВПларида иш ўринлари, қанча аҳолига хизмат кўрсатиш сони, чегараси, қишлоқ хўжалик ва бошқа турдаги ишлаб чиқариш турларига қараб ажратилади.
11. ҚВПда врачлар иш ўринларининг сони ҚВПнинг турига, бириктирилган ҳудуд аҳоли сонига, 1 врачлик иш ўрнига 1500 аҳоли тўғри келишини ҳисобга олган ҳолда ажратилади.
12. ҚВПлари қуйидагича бўлиниши мумкин:

- кундузи ётиб даволанишга мўлжалланган ҚВП;
- кечаси ва кундузи ётиб даволанишга мўлжалланган ҚВП.
- 13.** ҚВПлари газ, марказлашган сув таъминоти, телефон билан таъминланиши керак.
- 14.** ҚВПларида олиб бориладиган ҳисоб-китоб ишлари туман марказий шифохонасига тақдим этилади.
- 15.** ҚВПлари Ўзбекистон Республикаси Вазирлар маҳкамаси томонидан тасдиқланган ва Ўздавлойиха томонидан ишлаб чиқилган намунавий дастур асосида қурилади.
- 16.** ҚВП 2 хил кўринишда - туман марказий шифохонаси таркибида ва ўзи алоҳида юридик боғлиқ бўлмаган муассаса сифатида иш юритиши мумкин.

ҚВПнинг АСОСИЙ ВАЗИФАЛАРИ:

- Ўзига тегишли ҳудуд аҳолисига малакали тиббий ёрдам кўрсатиш, касалликлар ва шикастланишнинг олдини олиш учун профилактик тадбирлар ўтказиш, ногиронлик ва ўлим кўрсаткичини камайтириш.
- Аҳолининг санитария-гигиена онгини ошириш бўйича тадбирлар ўтказиш ва ташкиллаштириш.
- Аҳоли ўртасида соғлом турмуш тарзи, тўғри овқатланиш, чекиш, ичиш ва бошқа зарарли одатлар билан шуғулланмаслик, жисмоний тарбия ва спорт билан шуғулланиш тўғрисида ташвиқот ўтказиш.
- Аҳолига тез тиббий ёрдам кўрсатиш.
- Профилактик текширув ва диспансер кузатуви ишларини ташкиллаштириш ва ўтказиш.
- Болалар ва катталар ўртасида кўп учрайдиган касалликлар (сил, тери-таносил ва б.)нинг олдини олиш, даволаш тадбирларини ўтказиш.
- Касаллик сабабларини, ногиронликка олиб келувчи сабабларни ўрганиш ва камайтириш чора-тадбирларини кўриш.
- ҚВПда фаолият кўрсатаётган шифокор ва ҳамширалар малакасини ошириб бориш.
- Касалликни эрта аниқлаш, керак бўлса туман марказий шифохонасидан мутахассисларни жалб этиш.

- Кўрсатма бўйича беморларни ўз вақтида туман марказий шифохонасига ётқизиш.
- Кўрсатма бўйича вақтинчалик ишга лаёқатсизликни аниқлаш.
- ҚВПга бириктирилган ҳудудда юқумли ва бошқа касалликлар пайдо бўлганда туман марказий шифохонасига ва СЭСга билдириш.

ҚВП ШИФОКОРИ ТЎҒРИСИДА НИЗОМ

1. ҚВП шифокори лавозимига юқори малакали умумий амалиёт шифокори ёки даволаш иши, педиатрия иши йўналиши бўйича тиббиёт институтини тамомлаган юқори малакали шифокор тавсия этилади.
2. ҚВП шифокори лавозимига тавсия этиш ёки лавозимдан олиш туман марказий шифохонаси бош шифокори томонидан амалга оширилади.
3. ҚВП шифокори умумий амалиёт шифокори тамойиллари асосида ишлайди.
4. Агар ҚВПда 1та шифокор ишласа, унга қўшимча ҚВП бош шифокори лавозими вазифаси юклатилади.
5. ҚВП бош шифокори туман марказий шифохонаси бош шифокори ёки унинг ўринбосарига тўғридан-тўғри бўйсунди.

ҚВП ШИФОКОРИНИНГ ВАЗИФАСИ:

- ҚВПга бириктирилган ҳудуддаги беморларга тез тиббий ёрдам кўрсатиш.
- Беморларга туман марказий шифохонаси ёки даволаш-профилактика муассасалари шифокорлари кўрувини ташкиллаштириш.
- Беморларни ўз вақтида кўрсатмага биноан даволаш муассасасига ётқизиш.
- Туғиш ёшидаги аёлларни, ўспирин ёшларни соғломлаштиришга қаратилган ишларни ташкиллаштириш.
- Мактаб ёшидаги болаларни, фертил ёшдаги қиз болаларни кўриш мақсадида йилда 1 марта туман марказий шифохонаси мутахассислари кўригини амалга ошириш.
- Ҳомиладорликни режалаштириш, туғилиш ўртасидаги оралик мутаносиблигини таъминлаш.

- Болалар ўртасида мавсумий касалликлар кўпайишининг олдини олишга қаратилган тадбирлар ўтказиш.
- Профилактик эмлашлар ўтказилишини кузатиб, текшириб бориш.
- Беморларнинг вақтинчалик ишга лаёқатсизлигини аниқлаш.
- Беморларни керак бўлган ҳужжатлар билан ШМЭЖга йўлланма бериш.
- Эпидемияга қарши тадбирларни ташкиллаштириш ва ўтказиш, эпидкўрсатма бўйича уйга бориб кўришни таъминлаш.
- Қуйидаги касалликлар (сил, тери, жинсий йўл билан ўтадиган ва б.)ни вақтида аниқлаш ва даволаш.
- Соғлом турмуш тарзи, тўғри овқатланиш, жисмоний тарбия, спорт, она сути ва иммунопрофилактиканинг аҳамияти тўғрисида аҳоли ўртасида санитария-оқартув ишларини ўтказиш.
- Кўрсатмага биноан беморларни уйда ёки ҚВПда даволаш.

ҚВП шифокорининг ҳуқуқлари:

- ҳамшира, фельдшер, акушерка ишларини назорат қилиш.
- беморни парвариш қилиш учун касаллик варақасини бериш;
- қисқа муддатли ўқув курс ва семинарларида ўзини касбий билим ва кўникмаларини ошириш.

Ҳисобга олиш ёки ҳисоб бериш ҳужжатлари махсус мутахассис-бош шифокорга бўйсинувчи тиббий статист томонидан амалга оширилади.

Тиббий статист мутахассисига қуйидаги вазифалар юклатилади:

1. Даволаш муассасасининг ўз вақтида узлуксиз ҳисобга олиш ва ҳисоб бериш ҳужжатлари қоғозлари билан таъминлаш.
- Ҳисобга олиш ва ҳисоб бериш ҳужжатлари тўғри тўлдирилганлигини ва тўлиқлигини ҳамда маълумотлар аниқлигини текшириб туриш.

ҚВПда 3 хил турдаги ҳисобга олиш ва ҳисоб бериш ҳужжатлари мавжуд:

- 1) ҳар бир тиббий хизматга келган беморлар учун тўлдириладиган ҳужжатлар.

2) маълум бир вақтда (даврд) қилинган ишлар қайд этиладиган хужжатлар.

3) фақат тиббий тадбирлар қайд этиладиган хужжатлар.

Клиник ташҳис қайд этиладиган **025-2у** талони шифокор томонидан аниқланган ҳар бир ўткир касаллик ва ҳаёти давомида биринчи марта сурункали касаллиги аниқланганда тўлдирилади.

№	Хужжатлар номи	Хужжатлар рақами
1	Боланинг ривожланиш тарихи	112/у
2	Диспансер назорати картаси	030/у
3	Эмлашни қайд этиш картаси	063/у
4	Клиник ташҳисни қайд этиш стат талони	025-2/у
5	Шифокор қабули учун талон	25-4/у
6	БЦЖ вакцинациясининг ноҳўя таъсирини қайд этиш картаси	076/у
7	Боланинг ногиронлиги ҳақидаги тиббий хулоса	080/у
8	Инфекцион касаллик, овқат ва ишга боғлиқ бўлган заҳарланишда шошилиш хабарнома	058/у
9	Талабалар ва ўқувчиларнинг вақтинчалик ишга лаёқатсизлиги ҳақидаги маълумотнома	095/у
10	Инфекцион касалликларни қайд қилиш журнали	060/у
11	Профилактик эмлашни қайд қилиш журнали	064/у
12	Поликлиника изолятордаги беморларни қайд қилиш журнали	059/у
13	Амбулатор беморнинг тиббий картаси	025/у

Соғлиқни сақлашни бирламчи тизимини қайта ислоҳ қилиш даврида бир қатор тиббий муассасалар, яъни туман шифохонаси, қишлоқ шифохонаси, қишлоқ шифокорлик амбулаторияси, фельдшерлик-акушерлик пунктлари йўқотилиб, улар ўрнига ҚВП ва туман Марказий шифохонаси ташкил этилди.

БЕМОР БОЛАНИ ПАРВАРИШ ҚИЛИШ УЧУН БЕРИЛАДИГАН КАСАЛЛИК ВАРАҚАСИ ВА МАЪЛУМОТНОМАНИНГ БЕРИЛИШ ТАРТИБИ

1. Ташкилот, муассаса, фермер, дехқон хўжалиги, якка тартибда иш юритувчи, буюртма асосида ишловчи ишчиларни вақтинчалик ишга лаёқатсизлиги маълумотнома ёки ишга лаёқатсизлик варақаси билан тасдиқланади.

2. Бирор ташкилотдан (вақтинча) ишдан бўшатиш ишчига ишга лаёқатсизлик варақаси берилмайди.

3. Ишга лаёқатсизлик варақаси ишдан озод қилинганлар учун ҳужжат бўлиб ҳисобланади ва вақтинчалик ишга лаёқатсизлик даврида ёрдам пулини олиш ҳуқуқини беради; ишга лаёқатсизлик варақаси бўйича вақтинчалик ишга лаёқатсизликка олиб келган касалликлар назорати олиб борилади.

4. Маълумотнома ҳужжат бўлиб ёрдам пулини олиш ҳуқуқини бермайди.

5. Даволаш-профилактика муассасалари, илмий текшириш институтлари, тиббиёт институтлари ходимлари даволаш ишлари билан шуғулланганларида беморни кўргандан сўнг тиббий ҳужжатларда кўрсатган ҳолда касаллик варақасини узайтириши ва бериши мумкин.

6. Қуйидаги тиббий муассасалар: тез ёрдам, қабул бўлими, қон қуйиш бўлими, суд-тиббиёт, мактабчага болалар муассасалари, дам олиш уйлари, санатория-курорт муассасалари (сил касалликлари санаторийсидан ташқари) ва хусусий шифохона шифокорлари касаллик варақасини бериш ҳуқуқига эга эмаслар.

7. Ишга лаёқатсизлик варақаси шахсинг яшаб турган ва ишлаш жойига қарашли тиббий муассасадан берилади.

8. Ишга лаёқатсизлик варақаси қуйидаги ҳолатларда берилади:

- туғиш ва ҳомиладорлик таътилида;
- бемор болани парвариш қилиш учун оила аъзоларига;
- санатория ва курортда даволаганда;
- иш билан боғлиқ ва сил касаллиги бўйича бошқа ишга ўтказилганда.

9. Беморлар поликлиникада даволанганда даволовчи шифокор ишга лаёқатсизлик варақасини узлуксиз 5 кунга очиш ҳуқуқига эга, даволовчи шифокор бўлим бошлиғи билан келишган ҳолда ишга лаёқатсизлик варақасини 5 кунга узайтиради.

10. Ишга лаёқатсизлик варақасини 10 кундан кейинги кунлари шифокорлар маслаҳат комиссияси (ШМК–ВКК) узайтиради, агар у бўлмаса, даволаш профилактика муассасаси бош шифокори бемор соғайиб кетгунча ёки ногиронлик аниқлангунга қадар ШМК шифокорлари маслаҳати билан 1 ойга узайтиради ва беради.

11. Вақтинчалик ишга лаёқатсизликни аниқлаш мақсадида текширув комиссиясига қуйидаги беморлар юборилади:

- узлуксиз 4 ой ёки 5 ой давомида, ҳаммаси бўлиб 12 ой давомида бир турдаги касаллик билан оғриган беморлар.

12. Ишга лаёқатсизлик варақаси ишга лаёқатсизлик белгиланган кундан бошлаб берилади; ишга лаёқатсизлик аниқлангунгача бўлган кунларга бериш тавсия этилмайди.

13. Бемор стационарда даволанганда ишга лаёқатсизлик варақаси даволовчи шифокор, бўлим бошлиғи билан биргаликда бемор даволанган даврнинг ҳамма куни учун берилади.

14. Ишлаб чиқаришга, қурилиш, қишлоқ хўжалик ишларига сафарбар қилинган институт талабаларига, коллеж, лицей, мактаб ўқувчиларига ишга лаёқатсизлик варақаси иш даврида вақтинчалик ишга лаёқатсизлик даврига берилади, қолган кунларга, яъни ишлаб чиқаришнинг охириги кунларига қадар берилмайди.

15. Қамокда, ички ишлар ходимлари, прокуратура томонидан вақтинчалик ушлаб турилган шахсларга ишга лаёқатсизлик варақаси берилмайди.

16. Спиртли ичимлик ичиб шикастланган ва касалланган шахсларга (тегишли орган ходимлари хулосасисиз ёки баённомасисиз) ишга лаёқатсизлик варақаси берилмайди.

ҲОМИЛАДОРЛИК ДАВРИДА, ТУҚҚАНДАН СЎНГ БЕРИЛАДИГАН ИШГА ЛАЁҚАТСИЗЛИК ВАРАҚАСИНИНГ БЕРИЛИШ ТАРТИБИ

1. Ишга лаёқатсизлик варақаси хомиладорликнинг 30-ҳафтасидан бошлаб узлуксиз 126 кунга акушер-гинеколог ва умумий амалиёт шифокори томонидан берилади.

2. Туғилиш асорат билан кечса, бирданига 2 ёки ундан ортиқ бола туғилса, ишга лаёқатсизлик варақаси туғилиш кузатилган муассаса томонидан 14 кунга узайтирилади.

3. Ҳомиладорликнинг 30-ҳафтасигача бўлган даврда туғилиш юзага келса, бола тирик туғилса, ишга лаёқатсизлик варақаси 126 кунга, бола ўлик туғилса ёки 168 соатдан сўнг ўлса, ишга лаёқатсизлик варақаси 70 кунга берилади.

4. Ёши 3 ойгача бўлган болалар асраб олинса, ишга лаёқатсизлик варақаси бола туғилган шифохона шифокори томонидан, бола туғилган кундан бошлаб 126 кунга берилади.

БЕМОР ПАРВАРИШИ УЧУН БЕРИЛАДИГАН ИШГА ЛАЁҚАТСИЗЛИК ВАРАҚАСИНИ ВА МАЪЛУМОТНОМАНИ БЕРИШ ТАРТИБИ

1. 14 ёшдан катта бўлган болаларга поликлиника шароитида ишга лаёқатсизлик варақаси оғир шикастланиш, касалликнинг оғир кечиши билан даволанганда даволовчи шифокор ва бўлим бошлиғи томонидан 7 кунгача берилади.

2. 14 ёшгача бўлган болалар амбулатор шароитда даволанса, бемор парвариши учун ишга лаёқатсизлик варақаси 14 кунгача берилади. Агар бемор шу давр ичида тузалмаса, беморни парвариш қилган шахсга қолган кунларига маълумотнома берилади.

3. Агар оилада иккита ва ундан ортиқ бола бир вақтда касалланса, бундай ҳолларда иккаласи учун 1та ишга лаёқатсизлик варақаси ёки маълумотнома берилади. Агар болалар бирин-кетин касал бўлса, ишга лаёқатсизлик варақаси ёки маълумотнома ҳар иккаласи учун берилади.

Агар иккинчи бола 1-бемор тузалмасдан касалланса, у ҳолда ишга лаёқатсизлик варақаси биринчи бола учун ёпилиб, унга берилган кунлар ҳисобланиб, сўнгра иккинчи бемор парвариши учун ишга лаёқатсизлик варақаси берилади.

4. Маълумотнома бўйича ишдан озод қилинган даврда иккинчи бола касалланса ёки янги бошқа касаллик пайдо бўлса (биринчи касаллик билан боғлиқ бўлмаган), маълумотнома ёпилади ва ишга лаёқатсизлик варақаси очилади.

5. Она касаллиги ёки бемор боласини парвариши сабабли стационарда бўлса, ишга лаёқатсизлик варақаси 3 ёшгача бўлган соғлом ёки бемор бола, 16 ёшгача ногирон парвариши учун оиланинг бошқа бир аъзосига касаллик даврининг ҳамма кунига берилади.

6. Бемор стационарда даволанганда ишга лаёқатсизлик варақаси 6 ёшгача бўлган болалар парвариши учун берилади. 6 ёшдан катта бўлган бемор болани парвариши учун ишга лаёқатсизлик варақаси очилмайди (қўшимча парвариш талаб қилинадиган ҳоллар бундан мустасно.)

7. Меҳнат, қўшимча меҳнат таътилида, 3 ёшгача бола парвариши, иш ҳақи сақланган, ҳомиладорлик, туғишдан сўнги таътиллarda бўлган жисмоний шахсларга ишга лаёқатсизлик варақаси берилмайди.

ИШГА ЛАЁҚАТСИЗЛИК ВАРАҚАСИНИНГ ТЎЛДИРИЛИШ ТАРТИБИ

1. Даволовчи шифокор ва бўлим бошлиғи томонидан узайтирилган (қўшиб берилган) 5 кун ШМК раиси имзоси билан тасдиқланади.
2. Ишга лаёқатсизлик варақаси (маълумотнома) ҳар бир шахснинг паспорти асосида тўлдирилади.
3. Ишга лаёқатсизлик варақаси тўлиқ, қисқартмаларсиз кўк ёки қора сиёҳ билан тўлдирилади.
4. Варақа очилганда ўнг томонининг юқори бурчагига, ёпилганда ўнг томонининг пастки бурчагига даволаш муассасаси муҳри қўйилади.
5. Ишга лаёқатсизлик варақаси йўқолганда иш жойидан ёрдам пули тўланмаганлиги ҳақида берилган маълумотнома асосида варақани берган даволаш муассасаси томонидан варақанинг юқори ўнг қисмига нусха сўзи ёзилади.
6. Нотўғри тўлдирилган, тўғри тўлдирилган, лекин олиб кетилмаган ишга лаёқатсизлик варақаси шифокор томонидан варақага + (крест) белгиси чизиш билан “бузилган” ёки тўхтатилган деб ёзиш ва тегишли жавобгар шахсга топшириш йўли билан бериш тўхтатилади.
7. Нотўғри тўлдирилган ва олиб кетилмаган ишга лаёқатсизлик варақалари даволаш муассасасида 2 йил, муассаса бошлиғи буйруғига асосан яна 10 йил сақланади.

1.2. ПРОФИЛАКТИКА. ПРОФИЛАКТИКА ТУРЛАРИ. СОҒЛОМ БОЛАЛАРНИ ДИСПАНСЕР КУЗАТУВИ. САЛОМАТЛИК ГУРУҲЛАРИ. САЛОМАТЛИК ҲОЛАТИНИ БАҲОЛАШ

Диспансер назорати – тиббиёт ходимларининг соғлом болаларни ҳар хил касалликлардан сақлаш, касалликни эрта аниқлаш, касаллик асоратларини тўлиқ даволаш тадбирлари мажмуаси.

Диспансер кузатувининг вазифаси: соғлом болани тарбиялаш, жисмоний, асаб-руҳий ривожланишини тўлиқ таъминлаш, касалликни аниқлаш, даволаш, болалар ўртасида касалликни ва ўлимни камайтиришдан иборат.

Диспансер кузатуви икки босқичдан:

- 1) кўп тармоқли шифокор кўригини ташкиллаштириш;
- 2) болаларда учрайдиган касалликларни даволаш ва соғломлаштиришдан иборат.

Диспансер кузатувининг асосий мақсади кўп тармоқли тадбирлар ўтказиш йўли билан болалар соғлиғини сақлаш ва тиклаш, ҳар хил касалликларнинг олдини олиш, касаллик ва болалар ўлимини камайтиришга қаратилган тадбирларни ўтказишдан иборат.

ДИСПАНСЕР КУЗАТУВИ ҚУЙИДАГИЛАРНИ ЎЗ ИЧИГА ОЛАДИ

- Ўрнатилган тартибда кўрсатилган инструментал ва лаборатор текширишлар асосида ҳар йили болаларни тиббий кўриқдан ўтказиш.
- Қўшимча текшириш усуллари керак бўлганда, янги замонавий текшириш усулларини қўллаш.
- Хавфли гуруҳ болаларини аниқлаш.
- Касалликни бошланғич даврида аниқлаш.
- Ҳар бир боланинг саломатлигини баҳолаш, болалар саломатлигини узлуксиз кузатиш.

Соғлиқни сақлаш вазирлиги буйруғига асосан поликлиника бош шифокори тиббий кўриқ режасини тузади. Тиббий кўриқ диспансер кузатувининг бир қисми бўлиб, унинг биринчи босқичи ҳисобланади. Энг масъулиятли муҳим босқичи болаларни даволаш, соғломлаштиришга йўналтирилган болалардаги ҳар хил патологик ҳолатларни аниқлаш тадбирларидир. Шунинг учун бу босқичда кўпчилик хатоликлар, қилинмаган ишлар қайд этилади. Эрта ёшдаги болалар қуйидаги касалликлар билан диспансер назоратида бўладилар: экссудатив катарал диатез (ЭКД), рахит, овқатланишнинг бузилиши, қон-томир тизими, нафас йўллари, жигар, ўт йўллари, меъда, ўн икки бармоқ ичак, қон, эндокрин касалликлари, асаб-руҳий, кўз, қулоқ-томоқ-бурун касалликлари ва бошқа касалликлар.

Диспансер назоратида ҳисобда турган ҳамма болаларга 030у формаси тўлдирилади. Диспансер кузатувининг асосий мезони касалликларни келтириб чиқарувчи омилларни, болалар ўлимини ва умуман, касалликларни камайтиришдир.

САЛОМАТЛИК ҲОЛАТИНИ БАҲОЛАШ

Янги туғилган чақалоқлар:

Чақалоқлар саломатлигини баҳолаш чақалоқ туғруқхонадан ёки чақалоқлар касалликлари бўлимидан чиқарилгандан сўнг умумий амалиёт шифокори уйга биринчи марта бориб кўриш даврида амалга оширилади.

Чақалоқларнинг саломатлик гуруҳини баҳолашда ота-онасининг саломатлиги, ҳомиланинг қандай ривожланганлиги, туғилиш жараёнининг қандай кечганлиги, болада туғма нуқсонлар бор-йўқлиги ҳисобга олинади.

Янги туғилган чақалоқлар соғломлик даражаси қуйидаги гуруҳларга бўлинади:

IA гуруҳга соғлом болалар, маълум вақтдан сўнг вақт ўтиб кетадиган физиологик ҳолатлари (транзитор иситма, сариклик) бўлган ёки бола организмнинг функционал ҳолатига таъсир кўрсатмайдиган кам нуқсонли (кулоқ супраси нуқсони) чақалоқлар киради.

IB гуруҳга соғлом ота ва онадан туғилган, ҳомиладорлик даври, туғилиш жараёни яхши кечган онадан туғилган, Апгар шкаласи бўйича 8–10 балл деб баҳоланган, туғруқхонада бўлган вақтида касал бўлмаган болалар киради.

IIА гуруҳга Апгар шкаласи бўйича 7–10 баллга эга бўлган, кўп туққан онадан чала туғилган, акушерлик анамнези яхши бўлмаган болалар киради.

IIБ гуруҳга туғилишда Апгар шкаласи бўйича 6–9 балл деб баҳоланган, акушерлик анамнези ёмон (оғир) (нефропатиянинг 2–3-даражаси), туғилиш турли хил асоратлар билан кечган, онасида сурункали касалликлари бўлган, чала туғилган, туғруқхонада бир ёки бир нечта касалликларни бошидан кечирган чақалоқлар киради.

IIIА гуруҳга Апгар шкаласи бўйича 4 баллгача баҳоланган, оғир кечувчи орттирилган касалликлар билан касалланган чақалоқлар киради. Чақалоқлик даврининг охирида боланинг саломатлик ҳолати яна бир бор баҳоланади ва қайси саломатлик гуруҳига тўғри келса, ўша гуруҳга ўтказилади. Эрта ёш ва мактаб ёшигача бўлган болалар соғломлик даражаси комплекс баҳоланади ва саломатлик гуруҳларига ажратилади. Соғломлик даражасини баҳолашда қуйидаги ҳолатлар ҳисобга олинади.

1) организмнинг функционал ҳолати;

- 2) организмнинг реактивлик ва резистентлик ҳолати;
- 3) боланинг жисмоний, асаб-руҳий ҳолати бир меъёрда ёшига мос равишда ривожланиши;
- 4) сурункали ва туғма патологик ҳолатлар.

ЭРТА ВА КАТТА ЁШДАГИ БОЛАЛАРНИНГ САЛОМАТЛИК ГУРУҲЛАРИНИНГ ТАЪРИФИ

I гуруҳ – бир йилда юқори нафас йўллари касалликларининг энгил формалари билан 3 мартадан кам касалланган, ёшига мос равишда ривожланган болалар.

II гуруҳ- ўсиш ва ривожланишдан ёшига нисбатан орқада қолаётган, акушерлик анамнези оғир кечган, чала туғилган, эрта неонатал даврида ҳар хил касалликлар (рахит I даражаси, гипотрофия I даражаси, камқонлик олди ҳолати, тимуси катталашган, аденоидлари катталашган, кариес тишлари), бир йилда 4 мартадан ортиқ ўткир респиратор вирусли инфекция (ЎРВИ) билан оғриган, миопиянинг энгил даражаси бўлган болалар.

III гуруҳ- сурункали касалликларнинг компенсатор кечув босқичи, туғма нуқсонларнинг клиник белгиларисиз, организм бирор қисмининг функциясини тўлиқ бажара олмаслик ҳолати бўлган беморлар. Бундай беморларда асосий касалликнинг зўрайиши ва кам ҳолларда кўшимча касалликлар қайд этилиши кузатилади. Бу уларни махсус даволаш ва профилактик ишларни ўтказиш йўли билан 1 йилда 2 марта кўрилади.

IV гуруҳ- сурункали касалликларнинг субкомпенсация босқичи, туғма нуқсонлари бўлган беморлар. Асосий сурункали касалликнинг қайталаши бемор умумий аҳволининг оғирлашувига олиб келади. Бундай беморларни касалликнинг қайталанишига қарши стационарда даволашни педиатр шифокори ташкил этиб, 1 йилда 4 марта кўради.

V гуруҳга оғир кечадиган сурункали касалликларнинг декомпенсация босқичида, туғма нуқсонларнинг оғир кўриниши, яъни ногиронликка олиб келувчи касалликлари бўлган беморлар киради. Бундай беморлар узлуксиз кузатиб борилади ва уларга болалар муассасаларига бориш рухсат этилмайди.

III–V саломатлик гуруҳидаги сурункали касаллиги бўлган бемор болалар диспансер назоратида бўладилар. Уларни умумий

амалиёт шифокори кўриб боради ва даволаш-профилактика ишларини ўтказди. II саломатлик гуруҳи хавфли гуруҳ болалари ҳисобланиб, кўп ҳолларда умумий амалиёт шифокори ва бошқа мутахассислар назоратидан четда қоладилар. Шундай қилиб, болалар саломатлигини баҳолаш кўп тармоқли скрининг текширув усули бўлиб, улар V гуруҳга бўлинади. Бундай беморларга шифокорлар томонидан махсус эътибор талаб қилинади.

1.3 КОНСУЛЬТАЦИЯ

Бу йўналиш бўйича тиббий ёрдамга йилдан-йилга жамоат талаби ошмоқда. Ҳозирги кунда янги асбоблар, компьютерлар ҳисобига бемор билан бўлган мулоқот, ҳамдардлик, қўллаб-қувватлаш камаймоқда. Умумий амалиёт шифокорлари (УАШ) тиббий маслаҳатларни самарали олиб бориши катта аҳамиятга эга, чунки у тиббий ёрдамни биринчи босқичда кўрсатади.

УАШ тиббий маслаҳатлар ўтказганларида яхши самара бериши сабаблари қуйидагича :

- У узоқ вақт мобайнида беморни ва унинг атрофидагиларни кузатади.
- Беморни индивидуал даволайди
- Комплекс даволаш учун чуқур билим талаб этилади.
- Ўзига қулай шароитда – беморнинг уйида ёки шифокор хонасида даволайди.
- Бемор билан осон мулоқотга киришади.
- Беморнинг оила аъзоларини яхши билади.
- Керак бўлганда беморни мутахассисга юборади.

КОНСУЛЬТАЦИЯ ТУРЛАРИ

Консультация директив ва нодиректив бўлиши мумкин. Директив консультация ўтказганда шифокор беморга тайёр маслаҳатларни таклиф қилади. Нодиректив консультация беморнинг қийинчиликларни ечишига ва тўғри хулоса чиқаришига ёрдам беради. Бемор ўз давосига тўғри тушунган ҳолда ёндашади.

Консультация тиббий ёрдамнинг мустақил тури бўлиб, ўз ичига қуйидагиларни олади:

- Шифокор билан бемор ўртасидаги ҳамкорлик.
- Беморни ўқитиш.
- Тўлиқ ечимга қаратилган мақсадни аниқлаш.

- Шифокор томонидан ёрдам ва қўллаб-қувватлаш.
- Ишончли муомалани юритиш.

Нодиректив консултация. Консултация усулини танлаш олдиндан шифокорлар муаммоси бўлиб келган. Шифокор беморнинг сиқилишини тушуниб, ўз фикрини очиқ-ойдин айтиш билан самарали натижаларга эришиши мумкин. Бу талабларга нодиректив консултация усули жавоб беради. Нодиректив консултация жараёнида шифокор беморга муаммосини мустақил хал қилишга ёрдам беради. Натижада бемор давога масъулиятли ёндашади.

Директив консултация. Директив ёндашув бемор кучли хаяжонда бўлганда ўз муаммосини ўзи мустақил еча олмайдиган ҳолатларда қўлланади.

КОНСУЛЬТАЦИЯ ВА ПСИХОТЕРАПИЯНИНГ АСОСИЙ ТАМОЙИЛЛАРИ

- Консултациянинг асоси – бир-бирини тушуниш ва ишонч билдириш
- Муҳим қоида – шифокорнинг сир сақлаши.
- Беморни мулоқот давомида диққат билан тинглаш.
- Беморнинг оилавий шароитини билиш.
- Ўз эмоционал ҳолатини назорат қилиш.
- Ўзини одатдагидек тутиш.
- Буйруқ бермасдан маслаҳат бериш.
- Керак бўлса консултация усулини ўзгартириш.

ТЎҒРИ СУҲБАТ ОЛИБ БОРИШ ҚОИДАЛАРИ:

1. Паузани ушлаб туриш.
2. Бемор ўз ҳиссиётларини кўрсатишига имкон беринг.
3. Қўллаб-қувватланг.
4. Қизиқувчанликни намоён этинг.
5. Огоҳлантириб қуйинг.
6. Бемор сизни тўғрилашига имконият беринг.
7. Мулоқот қилинг ва хулоса чиқаринг.
8. Тўғри келмаганларини белгиланг.
9. Беморингиз нима ҳис қилаётганини (кўрқув, хаяжон, жахл) тушунишга ҳаракат қилинг.

10. Беморни ҳар хил усуллар билан тинчлантиришга ҳаракат қилманг.
11. Ишсизлик сабабларини тушунтириб беринг.
12. Беморнинг дунё қарашларини ҳурмат қилинг.
13. Қуйидаги саволлар сизга ёрдам беради:
 - агар сиз соғлом бўлганингизда ҳаётингиз ўзгариши мумкин-миди?
 - ким ёки нима сизни кўпроқ хавотирга солади?
 - сизнинг қийинчилигингизнинг сабаби нимада?
 - касаллик сизга қандай таъсир кўрсатди?
 - сизнингча ҳаммасини қандай ўзгартириш мумкин?
14. Қўллашдан қочинг:
 - Тайёр ечимдан; ўргатувчи адабиёт бўйича консультация ўтказманг.
 - Шахсий тажрибангиз асосидаги маслаҳатларни берманг, шахсий баҳолаш ва тамойилларингизни беморга ўтказманг.
 - Давомли ва самарасиз суҳбат ўтказманг.
 - Хулоса чиқарманг.
 - Ортиқча саволлар берманг.

Консультация қоидалари

1. Беморларга фаол ҳолатни олишга имкон беринг.
2. Тушунарли аниқ савол беринг.
3. Беморни тергаманг.
4. Ўз хоҳошингиз ва фикрингизга қараб иш тутинг.
5. Беморни хавотирга соладиган саволларни четда қолдирманг.
6. Тайёр рецептларни берманг.
7. Ҳамма қийинчиликларни тез ҳал этишга ваъда берманг.
8. Аста-секин беморнинг ўзига танқидий ёндашувига эришинг.

КОНСУЛЬТАЦИЯ БОСҚИЧЛАРИ

Беморни диққат билан эшитинг, кайфиятини баҳоланг, бу босқичда беморнинг гапларига эътибор беринг, тинч эшитинг, таҳлил қилинг, хулоса чиқаринг.

1. Масаланинг мақсадини билиш учун биринчи ечимларни қилинг.
2. Консультацияни баҳоланг. Эсда тутинг: муаммонинг негизини топиш –унинг ечими томонга қўйилган биринчи қадамдир. Беморнинг изтиробларини ҳис қилинг. Изтироблар негизида

таъсиротлар ётишини ёдда тутинг. Таъсиротлар негизида эса воқеивийлик ётади, бу эса изтироблар сабабидир.

3. Бемор билан қабуллар сонини келишиб олинг, масалан, 1 ой давомида, ҳафтасига 1 марта 1 соатдан.
4. Даволаш услуби ва стратегиясини аниқлаб олинг.
5. Белгиланган режа асосида иш олиб боринг.
6. Беморга уйга вазифа беринг.
7. Режа натижасини ва коррекцияни баҳоланг.
8. Охирги натижани баҳоланг.
9. Консултацияни тугатинг ёки беморни соҳа мутахассисига юборинг.
- 10.

КОНСУЛЬТАЦИЯ МОДЕЛЛАРИ

ТИМД модели сексуал бузилишлар бўлганда ишлаб чиқилган. Бу модел шифокор аниқ далилларга эга бўлмай, фақат бемор сўзларига таянган ҳолдагина қўлланади.

Босқичлари: Т – тўсиқни олиб ташлаш; И – информация; М – маслаҳат, Д – даво.

КАС модели: контрацепция (К), сунъий аборт (А) ва стерилизация (С).

Мумкин	Мумкин эмас
Эшитиш	Беморга тегиш
Тинч ҳолатда қолиш	Асабийлашиш
Қизиқишни юзага келтириш	Бемордан юз ўгириш
Тинчлантириш	Қонфликтни ечишдан бош тортиш
Ўзига ишонган бўлиш	Жуда кўп гапириш
Очиқ бўлиш	Мулохаза қилиш
Бемор учун етарли вақт ажратиш	Ўзини сирли тутиш
Бемор билан доимий учрашиш	Ўзини айбдор ҳис қилиш
Маслаҳатлар билан ёрдам бериш	

Шифокор ва бемор орасидаги ўзаро муносабат тамойиллари:

1. Мажбурий ҳолатни олиб ташлаш.
2. Шошилмаслик.
3. Кам сўраш.
4. Сухбатдан кейин бемор ўзини енгил ҳис қилиши.
5. Тушунарли тилда гапириш.

6. Терминларни кам қўллаш.
7. Аниқ кўрсатмалар бериш.
8. Бутун эътиборни беморга каратиш.
9. Бўлмайдиган нарсага ваъда бермаслик.
10. Бемор олдида аниқлик киритиш.
11. У сизни тўғри тушунганлигини текшириб кўриш.
12. Қайта такрорлашдан қўрқмаслик.
13. Беморда саволлар қолмаганлигига аниқ ишониш.
14. Зарур бўлса, мутахассисга юбориш.
15. Телефон рақамингизни беморга айтиш.
16. Беморга лаборатор таҳлиллар ва бошқа текширув натижаларини доимо етказиб туриш.
17. Тавсиялар бажарилаётганини назорат қилиб туриш.
18. Қабулга кеч қолганингиз ҳақида беморни огоҳлантириш.
19. Даволаш самараси бўлмаса, мутахассисга юбориш.
20. Зарурият бўлса беморни касалхонага ётқизиш.

АНАМНЕЗ ЙИҒИШ

Ташҳислаш жараёни анамнез йиғишдан бошланади. Анамнезнинг асосий элементларига ҳозирги касаллик тарихи, боланинг ривожланиш тарихи, бошидан кечирганган касалликлари, оила тарихи, яшаш шароити киради. Анамнез йиғишда бола ва ота-онадан тўлиқ ахборот олиш учун бир-бирини тушуниш, шунингдек, психотерапевтик самара талаб этилади.

1.4. ИММУНОПРОФИЛАКТИКА, РЕЖАЛАШТИРИШ ВА БАЖАРИШ.

Тиббиётга иммунизация киритилиши билан кўпгина инфекцион касалликларнинг (асосан тепки, шол, вирусли гепатит В, бўғма, қоқшол ва бошқа касалликлар)нинг камайишига ва йўқолиб кетишига эришилди. Тиббиётда қўллашга рухсат этилган эмлаш воситалари тайёрланиш усулига қараб кўпайиш хусусиятига эга бўлган (тирик эмлаш воситалари) ва токсин ишлаб чиқарувчи (токсоидлар) кўпайиш хусусиятига эга бўлмаган эмлаш воситаларига бўлинади.

Силга қарши БЦЖ ва БЦЖ-М вакцинаси янги туғилган гавда вазни 2–2,5 кг бўлган чақалоқларга ярим дозада юборилади. АКДСнинг

бир дозаси – 0,5мл. АДС нинг 1 дозаси ҳам 0,5мл . Бу вакцина АКДСга қарши кўрсатмаси бўлган болаларга қилинади.

ЭМЛАШ ЖАДВАЛИ

Ёши	Вакцина номи
1 кунликда	ВГВ-1
2–5 кунда	БЦЖ-1, ОПВ-0
2 ойлигида	АКДС-1 +ВГВ-2+ ХИБ-1, ОПВ-1
3 ойлигида	АКДС-2 +ВГВ-3+ ХИБ-2, ОПВ-2
4 ойлигида	АКДС-3+ ВГВ-4+ ХИБ-3, ОПВ-3
12 ойлигида	КПК-1
16 ойлигида	АКДС-4, ОПВ-4
6 ёшда	КПК-2
1- синф	АДС-М-5, ОПВ-5, БЦЖ-2
8- синф (14–15 ёш)	БЦЖ-3
10- синф (16 ёш)	АДС-М-6

АДС-Мнинг 1 дозаси (0,5мл), катта ёшдаги кишиларга ҳам қилинади.

ОПВ – орал вакцинаси.

Қизамиққа, тепкига қарши тирик вакциналарни тайёрлаш усули бир хил бўлиб, биргаликда бир шприц орқали юбориш мумкин.

ЭМЛАШ УЧУН БЕМОРЛАРНИ ТАНЛАШ ВА ЖАВОБГАРЛИК

Тиббиёт ходимларининг кўрсатмага риоя қилмаган ҳолда, асоссиз эмлашни ўтказиши маъмурий жавобгарлик ҳисобланади.

Асосланмаган кўрсатмага қарши қилинган эмлашдан сўнг бирор бир касаллик юзага келса, у ҳолда айбдор суд орқали жавобгарликка тортилади. Эмлаш тиббиёт ходимлари кўригидан сўнг ўтказилади. Санитария-меъёрий қоидаларга риоя қилинмаган ҳолда эмлаш ўтказилса, қонун олдида жавоб берилади. Эмлаш ишларини ўтказишда ҳамма қонун-қоидаларга риоя қилинса ва асорати кузатилса, бу тиббиёт ходимини айблашга асос бўлмайди.

ИММУНОПРОФИЛАКТИКА УЧУН ИШЛАТАДИГАН ВАКЦИНАЛАР

Вакцина турлари	Номи, дозаси, юборилиши	Сақлаш тартиби
Тирик вакциналар	ОПВ (1 дозаси – 2 томчи) оғизга томизилади Қизамиққа қарши вакцина 1 дозаси – 0,5 мл тери остига Эпид. паротитга қарши вакцина 0,5 мл тери остига БЦЖ 0,1 мл тери ичига	Ҳамма вакциналарни музлатиш мумкин; эритилгандан сўнг мумкин эмас; Вакциналар эритмаси музлатилмайди
Ўлдирилган	Кўкйўтал компоненти (АКДС таркибига киради)	Музлатиш мумкин эмас, +4 ⁰ С дан +8 ⁰ С гача ҳароратда сақлаш керак
Анатоксинлар	АКДС, АДС, АДС-М, АДМ (0,5 мл мушак орасига) Қоқшолга қарши (0,5–1,0 мл мушак орасига)	Музлатиш мумкин эмас, +4 ⁰ С дан +8 ⁰ С гача ҳароратда сақлаш керак
Рекомбинант	Гепатит Вга қарши (1 дозаси – 0,5 мл, мушак орасига)	Музлатиш мумкин эмас, +4 ⁰ С - +8 ⁰ С
Пентавалент	Дифтерия, кўкйўтал, кокшол ва ХИБ-инфекцияга қарши	ҳароратда сақланади

ЭМЛАШНИ ЎТКАЗИШГА КЎРСАТМА

- Боланинг ёши эмлаш календари бўйича вақтига тўғри келиши керак.
- Унча яхши бўлмаган эпидемик ҳолат .
- Тиббий муассасага текширтириш мақсадида келган болаларни эмлаш картаси ўрганиб чиқилади: эмлашга кўрсатмаси бўлса, эмлаш ўтказиш учун тегишли жойга жўнатилади.

ЭМЛАШ ЎТКАЗИШГА ҚАРШИ КЎРСАТМАЛАР

Эмлашга қарши ҳамма кўрсатмалар вақтинчалик бўлиб, улар вақти-вақти билан қайта кўриб чиқилиши ва шароитга қараб тезда ўтказилиши керак.

Вақтинчалик қарши кўрсатмалар

1. *Ўрта оғир ва оғир кечувчи соматик, хирургик ва инфекцияцион касалликлар.* Эмлаш касал тузалганидан 3–14 кун кейин ўтказилиши керак. Ўткир респиратор касалликлар ва диареянинг енгил кўриниши эмлаш ўтказишга қарши кўрсатма бўлмайди. Сурункали юрак, жигар, буйрак, ўпка касалликлари, шунингдек, қандли диабет ва бошқа эндокрин касалликларига қарши эмлаш касалликнинг ремиссия даврида ўтказилади. Хирургик касалликлар, йирингли яллиғланиш касалликлар билан оғриб, тузалганидан 2 ой кейин эмлаш ўтказилади.

2. *Неврологик ўзгаришлари бўлган болалар.* Клиник белгилари кучайиб борувчи касалликлари бўлган беморлар кўкйўтал компоненти бўлган вакцина билан эмланмайди. Неврологик касаллиги барқарар бўлган беморларга эмлаш календар бўйича ўтказилади. Перинатал энцефалопатияси бўлган болаларда неврологик ўзгаришлар кучайиб боришини эътироф этиш мақсадида мутахассис кўриги тавсия этилади.

3. *Эмлашдан кейин кузатиладиган асоратлар.* Дастлабки АКДС вакцинасидан сўнг болада энцефалитик ҳолат, талваса, анафилактик шок, коллапс кузатилса, кейинги эмлашларда кўк- йўтал антигени бўлган вакцина билан эмлаш ўтказилмайди. Бундай беморларга АКДС ўрнига АДС анатоксини билан эмлаш ўтказилади. Гавда ҳарорати 40⁰С дан юқори бўлса ва 3 соатдан кўп боланинг қичқириб йиғлаши кузатилса, эпид кўрсатма бўлмаса, кўкйўтал компоненти бўлган вакцина билан эмлаш ўтказилмайди.

Тирик вирусли вакциналарни эмлашга қарши кўрсатмалар куйидагилардан иборат:

А) Туғма иммун танқислик ҳолатлари.

Б) Дори препаратлари қабул қилгандан кейинги иммуносупрессив ҳолатлар:

- юқори дозада гормон препаратлари билан даволанган беморлар;

- кортикостероид дори препаратларини маҳаллий ушлаб турувчи дозада қисқа курс билан (1мг/т.оғир. преднизолон 2 ҳафта ёки 2мг/т.оғир. 1 ҳафтадавомида) даволаниш эмлаш ўтказиш учун қарши кўрсатма бўла олмайди. Агар бемор узок муддат кортикостероид препаратлари билан даволанса, бундай ҳолатда болаларни эмлаш, даволаниш курси тугагандан 3 ой кейин ўтказилади. Лейкоз, лимфогранулематоз ва бошқа ўсма касалликлари туфайли нур, цитостатик дори препаратлари билан даволанган беморлар 6 ойдан сўнг эмланади.

В) Ҳомиладорлик.

Г) Орттирилган иммунотанқислик синдроми билан хасталанган беморлар махсус эмлаш усули бўйича эмланади.

4. *Чақалоқ болаларни эмлаш.* Чала туғилган гавда вазни 1800 г гача бўлган чақалоқларга БЦЖ ва вирусли гепатитга қарши эмлаш вақтинчалик ўтказилмайди.

5. Туғилган куннинг биринчи кунларида касаллиги туфайли эмлаш ўтказилмаган чақалоқлар бўлимдан чиқарилаётганда эмланиши керак.

6. *Силнинг актив шакли* билан касалланган онадан туғилган чақалоқлар, онадан туғилиши билан ажратиб олинади ва 2 ойдан сўнг БЦЖ билан эмланади.

7. *Сурункали касалликларнинг* зўрайган даври эмлашга вақтинчалик қарши кўрсатма ҳисобланади. Режадаги эмлашлар касалликнинг реқонвалесценция ва ремиссия даврида ўтказилади.

ҚУЙИДАГИЛАР ҚАРШИ КЎРСАТМАЛАР БЎЛА ОЛМАЙДИ

Касалликлар	Анамнез маълумотлари
- перинатал энцефалопатия – неврологик ўзгаришларнинг кучаймаслиги кузатилса -барқарор неврологик ҳолат (болалар церебрал фалажи, Даун ва бошқа касалликлар) - аллергия, астма, экзема ва бошқа аллергик кўринишлар - сурункали юрак, ўпка, жигар,	-чақалоқ давридаги сариқлик - чала туғилиш, кам вазн билан туғилиш -чақалоқнинг гемолитик касаллиги - сепсис - оила органларида эмлашдан сўнг

<p>буйрак касалликлари</p> <ul style="list-style-type: none"> - камқонлик, дисбактериоз - туғма нуқсонлар - гормонлар билан ушлаб турувчи дозада, суртма, аэрозоль кўринишда даволаниш - антибиотиклар билан даволаниш -иммуннограммадаги ўзгаришлар - ўткир респиратор касалликлар, субфебрил иситма билан кечувчи диарея - ўтказилган радикал ва паллиатив режали операциялар 	<p>асоратларнинг қайд этилиши</p> <ul style="list-style-type: none"> - оилада аллергик, тутқаноқ касаллиklarининг қайд этилиши - оилада фавқулотдаги ўлим - кўкйўтал, қизамиқ, тепки, тасдиқланмаган қизилча -овқатланишнинг бузилиши
--	---

Вакцина турлари	Қарши кўрсатмалар
Ҳамма вакциналар	<ul style="list-style-type: none"> - дастлабки вакцинага кузатилган аллергик реакция ва асоратлар -инфекцион хирургик ва соматик касаллиklarнинг ўткир даври (эмлаш бемор тузалганидан 3–14 кун кейин ўтказилади)
Ҳамма тирик вакциналар	<ul style="list-style-type: none"> - имунтанқислик ҳолатлари (бирламчи иммуносупрессив ҳолат) - ўсма, ўсма олди ҳолати - ҳомиладорлик
БЦЖ	<ul style="list-style-type: none"> - чала туғилган (гавда вазни 1800г дан кам) болалар - дастлабки эмлашдан сўнг келоидли чандиқ - бош миянинг туғилиш даврида шикастланиши - қон, мия суюқлиги айланишининг 3- даражали бузилиши
Вирусли гепатитга қарши вакцина	<ul style="list-style-type: none"> - гавда вазни 1800г дан кам бўлган чақалоқлар - овқат маҳсулотларига кўшиладиган ачитқиларни кўтара олмаслик
Орал полиомиелит вакцинаси	<ul style="list-style-type: none"> -дори препаратларининг иммуносупрессив таъсири -ўсма, ўсма олди ҳолатлари
АҚДС	<ul style="list-style-type: none"> - кучайиб борувчи нерв касалликлари

	- иситмасиз қалтираш (АКДС ўрнига АДС қилинади)
АДС, АДС-М, АД-М	- умуман қарши кўрсатмалар йўқ
Қизамиқ ва тепкига қарши вакциналар (КПК)	- аминокликозид дори гуруҳларига кузатилган оғир реакциялар, тухум оксидига кузатилган анафилактик реакциялар, хомиладорлик
ХИБ	ВГВ ва АКДСга таълуқли қарши кўрсатмалар

ЭМЛАШДАН СЎНГИ РЕАКЦИЯЛАР ВА АСОРАТЛАРИ

Эмлашни режалаштириш

Режалаштиришда маълум бир муассаса ҳудудидаги болалар сони, шу ҳудудда яшовчи ҳисобдаги ҳамма болалар сони ва ўтган йилларда эмлаш ўтказилмаган болалар сони асос қилиб олинади.

Профилактик эмлашни режалаштиришдан олдин қилиниши керак бўлган ишлар

1. Аҳолини рўйхатдан ўтказиш.
2. Рўйхатдан ўтганларни 063/у ва 112/у шакллари билан солиштириш. Даволаш-профилактика муассасасидаги 064/у шакл билан шу муассаса ҳисобида турувчи катта ёшдаги кишилар сонини солиштириш.
3. Қуйидаги инфекцион касалликлар (қизаммик, бўғма, кўк йўтал, қоқшол, шол)га қарши ўтказилган эмлашлар ҳолатини ўрганиш.

Хизмат кўрсатиладиган аҳоли сони ва эмланиши керак бўлган болалар сони аниқлангандан сўнг режа тузилади. Эмлаш режаси маҳалла шифокори, картотека ҳамшираси, мактаб ва мактабгача бўлган муассаса ҳамшираси ва шифокори томонидан тузилади. Силга қарши эмлаш даволаш-профилактика муассасалари, яъни туғуруқхона, поликлиника, силга қарши диспансер бош шифокорларига юклатилади. Шаҳар ва туман санитария эпидемиология бўлимлари тузган режа вилоят соғлиқни сақлаш бўлимлари, Тошкент шаҳар соғлиқни сақлаш бошқармаси ва Қорақалпоғистон соғлиқни сақлаш вазирлиги томонидан тасдиқлангандан сўнг ишлатилиши керак бўлган эмлаш

воситаларини аниқлаш учун Республика санитария-эпидемиология бўлимига юборилади.

Профилактик эмлашни ўтказиш

1. Профилактик эмлашни ўтказиш Ўзбекистон Соғлиқни сақлаш вазирлиги ва даволаш-профилактика муассасаси бошлиқларига юклатилади.
2. Қайси даволаш муассасасида юқумли касалликларга қарши эмлаш ўтказилса, шу муассаса бош шифокори буйруғига асосан иммунизация бўйича махсус тайёрланган гувоҳномаси бўлган жавобгар шахс тайинланади.

Эмлашни ўтказадиган тиббий ходим қуйидагиларни билиши керак

- СанПиН бўйича эмлашни ўтказишни ташкиллаштириш.
- Вакциналарни бир жойдан бошқа жойга ташиш, сақлаш, ишлатилган вакцина идишларини зарарсизлантириш.
- Эмлашни ўтказиш ва унга боғлиқ бўлган ишларни қайд қилиш.
- Эмлашдан сўнги асоратлар ва ножўя таъсирини назорат қилиш.
- Қанча болаларга эмлаш ўтказилганлигини аниқлаш мақсадида 063/у ва 112/у шаклларни текширган ҳолда 1 ойда бир марта ҳисобот тузи
- ш.
- Эмлашдан сўнги асоратлар кузатилганда бирламчи тез тиббий ёрдам кўрсатиш.
- Аҳоли ўртасида иммунизациянинг аҳамияти ва муҳимлиги ҳақида тушунтириш ишларини олиб бориш.
- Эмлашдан олдин бола саломатлигини баҳолаш қуйидагиларни ўз ичига олади: кўрик, умумий аҳволини баҳолаш, болани олиб келган шахсдан боланинг саломатлик ҳолати, олдинги эмлашлардан сўнг кузатилган асоратлар ҳақида сўраб-суриштириш.
- Эмлаш ўтказилмаган ҳолатда унинг сабаблари боланинг ривожланиш тарихига (112/у) ва қарши кўрсатмаларни қайд қилиш журналига ёзиш.
- БЦЖ эмлангандан сўнг асоратлар кузатилса 055/у шаклни тўлдириш.

1.5. БОЛАЛАРНИ БОЛАЛАР МУАССАСАСИГА ВА МАКТАБГА ТАЙЁРЛАШ. МАКТАБГА ҚАБУЛ ҚИЛИШ ОЛДИДАН БОЛАЛАРНИНГ АҚЛАН ЕТУКЛИГИНИ БАҲОЛАШ

1. Болаларни мактабгача бўлган болалар муассасасига тайёрлаш 2 босқичдан, яъни умумий тайёргарлик ва махсус тайёргарлик босқичидан иборат. Бу иккала тайёрлаш босқичини умумий амалиёт шифокори ва ҳамшираси амалга оширади.

2. Умумий тайёргарлик – боланинг чақалоқлик давридан умумий қабул қилинган тадбирларни ўтказишдан иборат. Бундай тайёргарликнинг мақсади боланинг жисмоний ва Рухий ривожланишини тўлиқ таъминлашдир.

3. Махсус тайёргарлик боланинг 3 ойлигидан бошланади ва қуйидаги тадбирларни ўз ичига олади: -умумий амалиёт шифокори, соғлом бола хонаси ҳамшираси билан биргаликда болаларнинг жисмоний ривожланиши ва мактабгача бўлган болалар муассасасига тайёрлаш тўғрисида ота-оналар билан суҳбат ўтказиш;

-Болалар болалар муассасасига ўтгунга қадар 2–3 ой давомида диспансер назоратига олиш ва лаборатор текширувдан ўтказиш;

-уларни саломатлик ҳолати ва охириги диспансер кузатуви натижаларига кўра даволаш;

-болалар муассасага қабул қилингунга қадар 1–2 ой олдин ўткир касалликларнинг олдини олиш мақсадида организмнинг носпецифик иммун ҳолатини кўтаришга йўналтирилган умумий, маҳаллий чиниқтириш ўтказиш. Болани бурун билан нафас олишга ўргатиш, ультрабинафша нурлар, В гуруҳ витаминлари ва интерферон билан даволаш;

-болаларни муассасага қабул қилиш учун ҳужжатлар тайёрлаш: боланинг ривожланиш тарихига болани тайёрланганлиги тўғрисида тўлиқ, маълумот яъни диспансер кузатуви натижалари, соғломлаштириш тадбирлари ўтказилганлиги тўғрисида, мактабгача болалар муассасаси учун маълум бир режа асосида болани мослашиш даврида овқатлантириш, жисмоний чиниқтириш, ўткир ва сурункали касалликлар қайталанишининг олдини олиш учун даволаш ва соғломлаштириш режаси кўрсатилган эпикриз ёзиш.

4. Агар бола ўткир касаллик билан оғриган бўлса, у тўлиқ тузалгандан 2 ҳафта кейин болалар муассасасига қабул қилинади.

5. Болалар муассасасига қабул қилиш олдидан 1 ой муддат ичида эмлашлар ўтказилмайди.

6. Хавфли гуруҳ, сурункали касаллиги бор, туғма нуқсонлари бўлган болаларга болалар муассасасига йўлланма бериш боланинг касаллигига боғлиқ бўлган махсус мутахассисларни жалб қилиш билан ҳал қилинади.

БОЛАЛАР МУАССАСАСИГА ҚАБУЛ ҚИЛИШ УЧУН ТЎЛДИРИЛИШИ КЕРАК БЎЛГАН ҲУЖЖАТЛАР

Болалар муассасасида болага **026/у** шакл ва **063/у** шакл нусхаси тўлдирилади.

Болаларни мактабга қабул қилиш учун тайёрлаш

Болаларни мактабга тайёрлаш уларнинг мактабгача бўлган давридан бошлаб олиб борилади. Болаларни максимал даражада соғломлаштириш ва мактабга боргунга қадар ҳар хил касалликларни аниқлаш мақсадида улар 3 ва 5 ёшлигида ҳар томонлама чуқур тиббий кўрикдан ўтказилади. Болани мактабга тайёрлигини аниқлаш мақсадида мактабга қабул қилишдан олдин УАШ ва тор мутахассислар томонидан яна бир бор текширувдан ўтказилади. Бунда боланинг гавда узунлиги ўлчанади, асосий клиник таҳлиллар: умумий қон, сийдик, ахлат текширилади. Текширув натижалари, саломатлиги тўғрисидаги шифокор хулосаси боланинг ривожланиш тарихига ва тиббий картасига қайд этилади ва ўқув йилининг бошида мактабга берилади.

БОЛАЛАРНИ МАКТАБГА ҚАБУЛ ҚИЛИШДА ФУНКЦИОНАЛ ЕТУКЛИГИНИ БАҲОЛАШ

Мактаб ёшидаги етуклик – болаларни жисмоний, ижтимоий-руҳий ривожланишининг маълум бир даражага етганлиги бўлиб, бу тизимли ўқитиш ва тарбиялашга боғлиқ зўриқишларга тайёрлигидир. Боланинг мактабга тайёрлиги жисмоний, ахлоқий, ақлий қобилиятларидан ташкил топган бўлади.

Мактабга тайёр бўлмаган болалар ўқув дастури талабларини бажара олмайди, натижада боланинг саломатлигида ўзгаришлар кузатилади.

Мактабга қабул қилишдан олдин болаларни жисмоний соғломлигини аниқлаш учун психологик текширув

Ҳамма болалар мактабга тайёрлигининг етуклигини аниқлашда психофизиологик текширув қуйидаги мезонлар бўйича ўтказилади:

1. Керн -Йерасик синамаси.
2. Товушни талафуз қилиши.
3. Сўзларни ассоциация қилиш қобилятини текшириш.
4. Мотометрик синама.

Керн-Йерасик синамаси 3та вазифани ўз ичига олади:

- 1) эркак кишининг расмини чизиш;
- 2) 3та сўздан иборат қисқа жумлани кўчириб олиш;
- 3) нуқталар гуруҳларини кўчириб бериш;

Сўзнинг ассоциацияси тажрибаси

Болага 15та таъсир этувчи сўз таклиф қилинади, боланинг сўзларни ассоциацияси қобиляти текширилади. Жавоблар мос ва мос бўлмаган жавобларга бўлинади.

Нутқ софлигини аниқлаш

Сўз талаффузи да нуқсон бор-йўқлигини аниқлаш. Бола расмдаги буюмларнинг номини айтиб бериши керак бўлади.

Мотометрик синама: - “ айланани қирқиш” –

Болага бир-бирининг ичига 7 айлана чизилган картон қоғоз берилади. Бола айланалар ичидан қалин қилиб чизилган айланани қирқиб олиши керак.

1.6. РЕАБИЛИТАЦИЯ БЎЛИМИНИ ТАШКИЛЛАШТИРИШ

Реабилитация – давлат, ижтимоий, иқтисодий, тиббий, тарбиявий, руҳий тадбирлар йиғиндиси бўлиб, бола организмнинг тўғри ривожланишига тўсқинлик қиладиган патологик ҳолатларни даволашга қаратилган.

- Туғма ва орттилган нуқсонларнинг функционал ҳолатини қайта тиклаш
- Қисқа вақт давомида болани бир меъёрда жисмоний ва руҳий ривожланишини таъминловчи ҳаёт тарзига қайтариш.

Реабилитация тадбирлари ҳамма соғлиқни сақлаш муассасаларида, боланинг яшаш жойида амалга оширилади. Реабилитация тадбирларини касалликнинг эрта босқичида ва узлуксиз ўтказиш керак. Реабилитация дастури махсус характерга эга бўлиб, яъни бола организмдаги патологик, морфологик, функционал ўзгаришларни, хусусиятларни ҳисобга олган ҳолда ўтказилади.

Ўтказилиши керак бўлган реабилитацион дастур боланинг ривожланиш тарихига (ф. 112/у) алоҳида ёзиб қўйилади.

Реабилитация ўтказиш гуруҳига қуйидаги мутахассислар киради:

- А) шифокор
- Б) даволаш-жисмоний тарбия мутахассиси (ДЖТ)
- В) физиотерапевт
- Г) логопед
- Д) ўқитувчи ва бошқалар.

Реабилитация маркази гуруҳи, бемор бола, унинг ота-онаси реабилитациянинг умумий дастури ва ўтказилиш режаси билан тўлиқ таниш бўлиши керак.

Бемор болани реабилитация қилиш 3 босқичга бўлинади:

- 1) клиникада ўтказиладиган;
- 2) санаторияда ўтказиладиган;
- 3) адаптацион реабилитация.

Бирор даволаш-профилактика муассасасининг махсус реабилитация қилиш марказига қатнашаётган бола учун адаптация босқичи боланинг уйида ўтказилади.

Қайта тиклаш ва даволаш бўлимида қуйидаги касалликлар билан болалар реабилитация қилинади:

А. Нафас йўли касалликлари асоратлари билан (сурункали зотилжам, сурункали бронхит, бронхиал астма);

Б. Қулоқ, бурун, томоқ касалликлари асоратлари билан (сурункали тонзиллит, синусит, гайморитлар);

В. Марказий асаб системаси касалликлари (невритлар, энцефалопатиялар, болалар церебрал фалажи);

Г. Ҳаракат-таянч органларининг орттирилган ва туғма касалликлари (суяклар синиши, туғма сон-чаноқ суягининг чиқиши, туғма бўйин қийшиқлик, ясси оёқлик, сколиоз, ЮРА асоратлари).

Д. Хирургик касалликлар асоратлари билан (қизилўнгачни торайиши, ахлат ва сийдик тута олмаслик, илиостомия, колостомия).

Қайта тиклаш бўлимига йўлланмани даволаш-профилактика муассасалари шифокорлари беради.

Реабилитация бўлими шифокорлари беморларни қабул қиладилар ва уларга даво курсини тавсия этадилар.

Қайта тиклаш бўлимида қуйидаги хизматлар кўрсатилади:

А. Қайта тиклаш бўлимига юборилган беморларни саралаш ва ўз вақтида ҳозирги замон талаблари бўйича реабилитацияни ташкиллаштириш ва ўтказиш.

Б. Кўрсатма билан махсус стационарда даволаниш учун йўлланма бериш.

В. Бошқа бўлим шифокорларига қайта тиклаш даво усуллари тўғрисида маслаҳат бериш.

Г. Янги реабилитация усулларини ўрганиш ва амалиётга татбиқ этиш.

Организмни қайта тиклаш давомийлигининг поликлиника босқичи стационар ва санатория босқичларига нисбатан кўпроқ муддатни ташкил этади. Шунини ҳисобга олган ҳолда бола организмнинг функционал ҳолатини қайта тиклашда оила органларининг қатнашиши даво самарасини оширувчи асосий омил ҳисобланади.

Қайта тиклаш давоси натижасининг таҳлили бўлим бошлиғи томонидан амалга оширилади. Қайта тиклаш даво натижалари қуйидагича баҳоланади.

А) бутунлай соғайиб кетди;

Б) аҳволи бир оз яхшиланди;

В) аҳволи ўзгармади.

Маданли сув захиралари даволаш мақсадида ишлатилади. Улар қуйидагича қўлланади:

1) ичилади (истеъмол қилинади);

2) ванналар сифатида;

3) ингаляция йўли билан;

4) ювиш воситаси сифатида.

Маданли сувнинг даво таъсири унинг таркибидаги минерал элементлар ва ионларга ҳамда газ билан тўйинганлигига боғлиқ.

Маданли сувлар қуйидагича бўлади:

совуқ – 20°C гача

илиқ – 20°C – 37°C гача

иссиқ – 40 – 60°C гача

Балчиқ билан даволаш – шифобахш балчиқлар таркибида ҳар хил минерал тузлар ва газлар бўлади. Балчиқли аппликациялар организмга умумий ва маҳаллий таъсир кўрсатади.

Болалар ота-оналари билан санаторияларда даволанганда ота-онасига поликлиникадан даволаниш учун йўлланма (ф-070/у) берилади. Маълумотнома ва даволаниш йўлланмаси иш жойига тақдим этилади.

БОЛАЛАРНИ САНАТОРИЯ ВА КУРОРТЛАРДА ДАВОЛАШ

Болалар санаторияси – махсус даволаш-профилактика муассасаси бўлиб, бемор болаларни босқичма-босқич даволаш ва касаллик натижасида юзага келган асоратларни қайта тиклаш ва ёшига мос ҳаёт тарзига қайтариш учун хизмат қилади.

Болалар санаторияси – тиббий ўқув муассасаси ҳамдир, бу ерда даволаш жараёни болани тарбиялаш ва соғломлаштириш билан бирга олиб борилади.

10 хил турдаги ихтисослашган болалар санаторияси мавжуд:

1. Ревматизм билан оғриган болалар учун;
2. Нафас йўлларининг специфик ва носпецифик касалликлари учун;
3. Буйрак ва сийдик йўллари касалликлари учун;
4. Тери касалликлари учун;
5. Асаб-руҳий касалликлари учун;
6. Овқат ҳазм қилиш тизими касалликлари билан оғриган болалар учун;
7. Таянч-ҳаракат тизими фаолияти бузилиши билан кечадиган касалликлар учун;
8. Остеомиелит билан касалланган болалар учун;
9. Носпецифик полиартрит билан оғриган болалар учун;
10. Дизентерияни ўтказган болалар учун.

Болалар санаторияси 2 типда бўлади

- Маҳаллий
- Курорт типдаги санатория

Маҳаллий санатория қуйидаги афзалликларга эга:

- Беморларда иқлим ўзгаришига боғлиқлик кузатилмайди.
- Ота-оналарининг яқинлиги.

- Болани узлуксиз кузатиб туриш таъминланади (поликлиника- стационар- санатория бир худудда жойлашганда).

Болага санаторияга даволаниш эҳтиёжи бор- йўқлиги, қайси санаторияга ва йилнинг қайси вақтида даволанишини педиатр шифокор ҳал қилиши керак. Маҳаллий санаторияларга 1 ёшдан катта болалар; курорт типига санаторияларга 5 ёшдан катта болалар қабул қилинади.

Давлат корхоналари ёки муассасалари йўлланмани – санатория курортга танлаш комиссияси формани тўлдириб беради. Санатория-курортга танлаш комиссияси болалар поликлиникасида, шифохоналарида, диспансер бўлимларида, шаҳар соғлиқни сақлаш муассасаларида ташкил қилинади.

Санатория-курортга даволанишга йўлланма беришдан олдин даволовчи шифокор бемордаги сурункали инфекция ўчоқларини, тишларини даволаши, гижжага қарши даво қилиши, клиник-лаборатория текширишларини ўтказиши керак.

Беморнинг санатория-курортларда даволанишига йўлланма беришда қуйидаги ҳужжатлар тўлдирилади.

- Санатория-курорт картаси.
- Боланинг 1 ой вақт давомидаги клиник-лаборатория текширув натижалари билан ривожланиш тарихидан кўчирма.
- Терининг юқумли касаликлари йўқлиги ҳақида дерматолог шифокори хулосаси.
- 3 ҳафтадавомида беморнинг инфекцион касалликлар билан мулоқотда бўлмаганлиги ҳақида болалар шифокори маълумотномаси.
- Кўрсатма бўйича бўғма, дизентерия ва бактерия ташувчанликка текширилганлиги натижалари.

Санатория-курортларда даволанишга қарши кўрсатмалар:

- ҳамма касалликларнинг ўткир даври;
- стационарда даволаниши керак бўлган беморлар соматик касалликлари;
- инфекцион касалликлар;
- тери ва кўзнинг ҳамма юқумли касалликлари;
- камқонликнинг оғир формалари;
- кахексия, амилоидоз;

- силнинг актив шакли;
- энурез қарши кўрсатма ҳисобланмайди.

Бўғма, қизилча билан касалланган беморлар стационарда даволанганидан сўнг 4–5 ой кейин санатория-курортда даволанишига йўлланма берилади.

Болалар санаториясида бир нечта бўлимлар бўлиб, ҳар хил ёшдаги болаларни бирлаштиради:

I – 3 ёшгача (эрта ёш).

II – 4 ёшдан–6 ёшгача (мактаб ёшигача).

III – 7 ёшдан катта болалар.

II ҚИСМ

ЭРТА ЁШДАГИ БОЛАЛАР КАСАЛЛИКЛАРИ

ДИАТЕЗЛАР

2.1. ЭКССУДАТИВ - КАТАРАЛ ДИАТЕЗ

Экссудатив диатез (ЭД) тушунчаси 1905 йилда А. Черни томонидан киритилган бўлиб, эрта ёшдаги болалар организмнинг ўзига хос реактивлик хусусияти бўлиб, тери ва шиллик қаватларининг инфилтратив-дескваматоз яллиғланишга, аллергия касалликларга мойиллигидир. Экссудатив катарал диатез лимфатик тугунлар гиперплазияси (катталашуви), организмда туз ва сув алмашинувининг тез-тез ўзгариб туриши билан характерланади.

Ташҳисот мезонлари:

Анамнез: Онасида меъда-ичак йўли касалликлари қайд этилганлиги, ҳомиладорлик даврида ҳар хил дори воситалари билан даволангиллиги, эрта сунъий овқатланишга ўтказилганлиги тўғрисидаги маълумотлар, шунингдек, ота-онасида ёшлигида ЭД қайд этилганлиги аниқланади.

ЭДнинг клиник белгиларини намоён қилувчи асосий омиллар: овқат маҳсулотлари, сигир сути, цитрусли мевалар, қулупнай ва бошқалар. Тухум, қулупнай, лимон, банан, шоколад, балиқ гўшти таркибида эндоген гистаминнинг либираторлари бўлади.

Она сути билан боқилган болаларда ЭДнинг клиник белгилари агар боланинг онаси юқорида кўрсатилган овқат маҳсулотларини истъемол қилган бўлса, юзага чиқиши мумкин.

Клиник мезонлар:

➤ Теридаги ўзгаришлар: бола ҳаётининг биринчи ойида тери бурмаларида бичилиш, қизариш, бошнинг сочли қисмида қазғоқлар, юз, қулоқ, бўйин атрофида ҳар хил характердаги тошмалар кузатилади.

➤ Терининг шиллик қаватидаги ўзгаришлар, „географик“ тил, чўзилувчи кўз касалликлари, бурун шиллик қаватининг яллиғланиши, нафас йўллариининг катарал яллиғланиши, камқонлик белгилари, сийдикда эпителиал хужайралар сонининг ошиши, вақти-вақти билан ич кетиши.

Лаборатор текшируви

1. Умумий қон ва сийдик таҳлили.

2. Ахлатнинг умумий таҳлили.
3. Ахлатни дисбактериозга текшириш

Даволаш

1. Рационал тўғри овқатланиш, бола бир ёшга тўлгунга қадар она сути билан боқиш муҳим аҳамиятга эга. Овқат таркибида углеводлар миқдорининг кўплиги ЭКД кечишини оғирлаштиради. ЭКД билан касалланган болалар терисида қанд миқдори соғлом болалар терисига нисбатан икки баравар кўплиги аниқланган.

Она истеъмол қиладиган овқат маҳсулотлари таркибида облигат аллергенлар бўлмаслиги, сигир сути билан овқатлантиришни чегаралаш. Овқат рациониди мевалар ва нордон сут маҳсулотлари бўлиши керак, чунки улар енгил ҳазм бўлади.

2. Витаминлар. Куруқ экземада 3 ҳафтадавомида гавда оғирлигига 1000 халқаро бирликда (ХБ) витамин А берилиши яхши натижа беради, лекин бир кеча-кундуздаги миқдори гавда оғирлигига нисбатан 10000 ХБ ошмаслиги керак. В гуруҳ витаминлари (В₆, В₅, В₁₅) ва витамин Е ҳам даволашда қўлланади.

3. Антигистамин дори воситалари 5–7 кун давомида алмаштириш йўли билан тавсия этилади. Масалан, кетотифен 0,05 мг/гавда оғирлигига кунига 2 марта, магний сульфатнинг 2–5% ли эритмаси 1 чой қошиқдан 3 маҳал ичирилади.

4. Маҳаллий даво: боланинг бошига қиздирилган ўсимлик ёғи суртилади ва бир соатдан сўнг бошини болалар совуни билан ювиб ташланади. Терининг себореяли яллиғланиш жойларига интал малҳами суртилади, 3–5% ли олтин гугурт, 3–5% ли олтин гугурт-нафталан кукуни сепилади.

Профилактикаси

Экссудатив диатезнинг олдини олиш комплекс равишда олиб борилади: боланинг антенатал ривожланиш даврида ҳомиладор онанинг овқат рациониди кучли аллерген ҳусусиятига эга бўлган овқат маҳсулотларини, дори воситалари билан даволашни чеклаш керак. ЭДнинг бирламчи профилактикаси ўтказилмаган болаларда аллергик касалликларнинг ривожланиш даражаси юқори бўлади. Поликлиникада экссудатив катарал диатези бўлган болалар билан қуйидаги ишлар олиб борилади:

1. Овқат кундалиги тутилади.

2. Узоқ муддат она сути билан боқилади, шарбатлар, кўшимча овқатлар муддатидан бир оз кечиктириб берилади. Турли хил аллергия хусусиятга эга бўлган мева шарбатлари ва овқат маҳсулотлари боланинг кунлик овқат рационидан олиб ташланади. Қизил ва сариқ рангли мева шарбатлари тавсия этилмайди. Экссудатив катарал диатези бор сунъий, аралаш овқатлантириладиган болаларга нордон сут маҳсулотлари берилади. Йилда 1–2 марта дисбактериозга қарши бифидумбактерин ичирилади.

3. Бола бир ёшга тўлгандан сўнг таркибида аллергия хусусияти кучли бўлган овқат маҳсулотлари (тухум, балиқ, ҳар хил ширинликлар, қахва, банан, қора смородина, малина, асал, ёнғоқ, овқат маҳсулотларига кўшиладиган кўшимчалар, қонсервалар, аччиқ ва шўр овқат маҳсулотлари) боланинг овқат рационидан олиб ташланади.

4. Уйда гипоаллергенли муҳит ташкил қилинади: ҳафтада 2 марта уйдаги ҳамма нарсалар намланган латта билан артилади, уй ҳайвонлари, аквариум, гулларни бола яшаётган хонада сақламаслик, китобларни ёпиқ шкафларда сақлаш, бола бор жойда кийим-уст бошларни ҳар хил сунъий кир ювиш воситалари билан ювмаслик, ҳайвон юнги ва қуш патларидан тайёрланган ёстиқлар бўлмаслиги керак.

5. Даволашда дори воситаларини иложи борица камайтириш ва облигат аллергияли дори воситалари билан даволамаслик керак.

6. Сурункали инфекция ўчоқларини, ўт йўллари дискинезияси, рахит, гельминтозларни, гипотрофия, дисбактериоз ва шунга ўхшаш касалликларни ўз вақтида эрта аниқлаш ва даволаш зарур.

Диспансер кузатуви

УАШ (педиатр) 1 ёшгача бўлган болаларни ҳар ойда 1 марта, 1 ёшдан – 4 ёшгача болаларни ҳар 3 ойда 1 марта, 4 ёшдан катта болаларни йилда 1 марта кўриб бориши керак.

Реабилитацияси

- Овқат кундалиги тутган ҳолда витаминларга бой рационал овқатлантириш.
- Антигистамин дорилар билан 5–7 кунли алмашув курси билан даволаш
- Фитотерапия
- Махсус режа асосида авайлаш усулида чиниктириш

- Гипосенсибиловчи дори воситалари фонида эмлашни ўтказиш

2.2 ЛИМФАТИК-ГИПОПЛАСТИК ДИАТЕЗ

Туғма ва орттирилган сабабларга кўра бола организми реактивлигининг нейроэндокрин, лимфатик системалардаги ўзгаришлар сабабли ташқи муҳитга кўникишининг сусайиши, оғир ва сурункали касалликларга, иммунопатологик ҳолатларга мойиллиги билан характерланади.

Ташҳисот мезонлари

1. Анамнези

Антенатал ривожланиш даврининг оғир кечганлиги, туғилишда гавда оғирлиги ва узунлиги кўрсаткичининг юқорилиги, неонатал даврда чўзилувчи қонъюгацион сариқлик, йирингли яллиғланиш, постнатал даврда дисбактериоз, энтероколит, зотилжам, бронхлар яллиғланиши ва қайталанувчи ўпка-бронх касалликларини ўтказганлиги.

2. Клиник мезонлар

➤ Боланинг ташқи кўриниши: меъёрдан ташқари ортикча тўлалик, терининг рангпарлиги, терининг таранглиги суст, кам ҳаракатчан, бўшашган, бўйин ва кўкрак қафаси калта, оёқ-қўллари узун.

➤ Лимфопролифератив синдром: лимфатик тугунлар, танглай ва ютқин безларининг тил сўрғичлари, жигар ва талоқ бир оз катталашган.

➤ Буйрак усти бези функциясининг етишмовчилиги натижасида юзага келган клиник белгилар: коллапс, диспептик ўзгаришлар (қусиш, қайт қилиш, сабабсиз ич кетиши, қориннинг димланиши, қоринда ҳар хил оғриқлар).

➤ Юрак-қон томир синдроми: юрак тонлари бўғиқ, систолик функционал шовқин, артериал қон босими пасайган.

➤ Бўғим синдроми: кам ҳолларда артритлар, миокардит, васкулит.

➤ Тимуснинг катталашиши натижасида юзага келадиган синдромлар: товушнинг пастлиги, товушнинг йўқ бўлиб кетиши, бола йиғлаганда хўроз қичқиришига ўхшаш товуш, бошини орқага ташлаб ухлаш, сабабсиз йўтал, шовқинли нафас, аралаш нафас етишмовчилиги.

➤ Гипопластик синдром: юрак, аорта томири, қалқонсимон без, жинсий органлар гипоплазияси.

3. Лаборатор ва инструментал текширув натижалари

- Умумий қон таҳлили: лимфоцитлар, тромбоцитлар, лейкоцитлар сони ошган, моноцитлар камайган.
- Сув ва хлор алмашинуви турғун эмас, умумий ёғ ва холестерин миқдори ошган.
- ЭКГда – аритмия, юрак мушакларида моддалар алмашинувининг бузилиши ва блокада белгилари.

Даволаш

1. Буйрак усти бези ва тимуснинг етишмовчилиги натижасида юзага келадиган ҳолатларни бартараф қилиш.

2. Она сути билан боқиш. Парҳез – енгил ҳазм бўладиган ёғ ва углеводларни чеклаш. Сунъий овқатлантирилганда нордон сут маҳсулотлари бериш. Ичакнинг функцияси бузи лганда 4–5 мг\гавда оғирлигига ёғларни чеклаш. Кўрсатма бўйича облигат аллергенларни чеклаш.

3. Таъсир этувчи омилларни камайтирган ҳолда ётоқ тартиби: болани онаси билан касалхонага ётқизиш афзаллиги, беморни шифокор кўриги ва унга қилинадиган муолажаларни авайлаб ўтказиш, томир, мушак орасига дори воситалари юборишни иложи борича чеклаш.

4. Куз ва баҳор ойларида йилига 2 марта қуйидаги дори воситалари билан даволаш керак:

- қисқа муддат десенсибиловчи дори воситалари билан;
- 2 ҳафта давомида иммуностимулятор дори воситалари билан;
- витаминлар А, В₁, В₂, В₅, С, гексавит;
- адаптогенлар (женьшень қайнатмаси, пантокрин, олтинилдиз) артериал қон босими тушиб кетганда;
- тиреоидин;
- тимуснинг катталари натижасида ҳаёт учун муҳим органларнинг сиқилиши бўлганда 7–10 кун давомида преднизолон тавсия этиш;

Профилактикаси

- Жинсий йўллар билан ўтадиган касалликларни даволаш;
- Ҳомиладор аёлларни тўғри рационал овқатлантириш;
- Болани она сути билан боқиш;
- Бир хил овқат тури билан овқатлантирмаслик;

- Кун тартибини тУЗИ ш;
- Тоза ҳавода юриш;
- Чиниктириш;
- Жисмоний тарбия билан шуғуллантириш.

Диспансер кузатуви

Лимфатик гипопластик диатезли болалар *умумий амалиёт шифокори (педиатр), эндокринолог, иммунолог* билан биргаликда кузатиб борилади, 3 ёшгача йилда 2 марта, 3 ёшдан катта болалар йилда 1 марта мутахассислар томонидан кўрилади. Кузатиш давомийлиги клиник синдромларнинг кузатилиш даражасига боғлиқ. Кўрувда қуйидагиларга эътибор берилади:

- умумий аҳволига;
- жисмоний ривожланишига;
- Ҳаракати ва ўзини тутишига, гипокортицизм белгиларига (куннинг иккинчи ярмида ҳолсиз бўлиши, гавда ҳароратининг пасайиши, пешонасида томчи-томчи тер ҳосил бўлиши, лимфопрлифератив синдроми).

Қуйидаги текшириш усуллари ўтказилади: умумий қон ва сийдик таҳлили 3–4 ойда 1 марта, кўрсатмага биноан кўкрак қафаси рентгенограммаси, ЭКГ (6–8 ойда 1 марта).

Реабилитацияси

- Ҳар хил жисмоний ва рухий зўриқишларнинг олдини олиш;
- Бола 3 ёшга тўлгунга қадар махсус парваришда бўлиш;
- Юқумли касалликларнинг олдини олиш;
- Буйрак усти беши етишмовчилигини яхшиловчи ва адаптоген дори воситалари билан йилида 2 марта даволаниб туриш;
- Профилактик эмлашларни антигистамин дори воситалари химояси остида ўтказиш.

2.3. НЕРВ-АРТРИТЛИ ДИАТЕЗ

Нерв-артритли диатез – наслдан-наслга ўтувчи моддалар алмашинуви, яъни пурин алмашинуви бузилиши натижасида кўп миқдорда сийдик кислота ажралиши ва бошқа ўзгаришлар; ёғ, углевод алмашинуви, энзим бошқарув етишмовчилиги натижасида кетон таначалари ажралиши ҳисобига кўпгина касалликларга, шу

жумладан таянч ва ҳаракат органларининг, буйрак, ўт пуфаги сурункали касалликларига, гипертензия синдромига мойиллик билан характерланади.

Ташҳисот мезонлари

1. Генеологик мезонлар. Оиласида подагра, буйрак тоши, пиелонефрит, асаб касалликлари, кам ҳолларда қандли диабет, ўт пуфаги яллиғланиш, меъда ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги, сурункали ўпка ва юрак касалликлари.

2. Клиник мезонлар. Асаб – руҳий ҳолати билан боғлиқ бўлган синдромлар: кучли кўзғалувчанлик, уйқусида кўрқиб уйғониб кетиш. Хораяга хос ҳаракатлар.

➤ Моддалар алмашинуви бузилиши билан боғлиқ синдромлар: иштаҳа паст, анорексия, гавда вазнининг жуда секин ортиб бориши, сабабсиз гавда ҳароратини кўтарилиши, транзитор аритмия, юрак тонлари бўғиқ, систолик функционал шовқин.

➤ Қонда ацетон миқдорининг ошиши билан боғлиқ синдромлар: кучли, бир неча кун давомида кўп марта қайталанувчи қусиш, организмнинг сувсизланиши, нафас чиқарганда ацетон ҳиди келиши, пешобда ацетон миқдорининг ошганлиги.

➤ Оғриқ симптомлари: қоринда, букувчи мушакларда, бош оғриғи, невралгия, артралгиялар.

3. Лаборатор ва инструментал текширув натижалари

- Умумий қон таҳлили – унча юқори бўлмаган лимфоцитоз
- Қон биокимёси – сийдик кислота ошган (1 ойликдан – 1 ёшгача бўлган болаларда – 0,14–0,21 ммол/л), диспротеинемия.
- Сийдик таҳлили: кўп миқдорда урат тузлари, оксиллар, эритроцитлар, сийдик зичлиги юқори.

Даволаш

1. Ацетонемик криз ҳолатда енгил парҳез овқатлар – олма, тарвуз, картошка - ҳафтада 1–2 марта тавсия этилади, ацетонли қусиш бўлганда 6–12 соат давомида очлик тавсия этилади ва суюқлик ичириб турилади. Агар қусиш тез-тез қайталанса ва тўхтамаса, у ҳолда венага 5% ли глюкоза, Рингер эритмаси юборилади. Таркибида пурин сакловчи, кўп миқдорда оксилга бой овқат маҳсулотлари чекланади. Гўшт маҳсулотларини қайнатиб

истъемол қилиш мақсадга мувофиқдир. Колбаса маҳсулотлари, қўзиқоринларни, гўшт, балиқдан тайёрланган қайнатмаларни, кўпчилик ўсимлик маҳсулотларини истъемол қилиш тавсия этилади. Мумкин қадар ўсимлик ва сут маҳсулотларидан тайёрланган овқат маҳсулотлари (сут, сут маҳсулотлари, сабзавот, мевалар, ун, дон маҳсулотлари, асал, шакар, ўсимлик ёғи) тавсия этилади.

2. Яшаш жойида тинчликни сақлаш, боланинг руҳиятига, асаб системасига таъсир қилувчи омиллардан сақлаш.

3. Тинчлантирувчи дорилар: валерияна илдизи, арслонқуйрук (пустырник), новопассит ва бошқалар.

4. Кучли ривожланган гиперурикемия ҳолатида уродан, этамид, бутадион ва урикодепрессив дори воситалари (аллопуринол, оротат кислота, колхицин) тавсия этилади.

Профилактикаси

- Кун тартибига риоя қилиш, рационал овқатлантириш, болани руҳиятига таъсир этувчи ҳар хил омиллардан асраш. Бундай болалар мактабда ўқиганларида чет тили, мусиқа, спорт билан шуғуллана олмайдилар.

Диспансер кузатуви

Нерв-артрит диатези бўлган болаларни умумий амалиёт шифокори педиатр, эндокринолог билан бирга кўриб боради. Диспансер кузатувининг давомийлиги касалликнинг синдромларининг кўринишига боғлиқ. Невропатолог 6 ойда 1 марта текшириб туриши керак. Кўрувда қуйидагиларга эътибор берилиши керак: руҳий ҳолати, иштаҳаси, интеллектуал ривожланиши, кўнгли айниб қайт қилиши, вегетоневроз белгилари, аллергия касалликларнинг қайд этилиши, жигар, буйрак, ичакларда кузатиладиган оғриқлар ва бошқалар.

Реабилитацияси

- Пурин асоси таркибида бўлган марказий нерв системасини қўзғатувчи овқат маҳсулотларини чеклаш.
- Сийдикдаги рН муҳитини меъёрига келтириш.
- Болаларни ортиқча ва кучли таъсир қилувчи омиллардан сақловчи кун тартибини тузиш.

2.4. РАХИТ

Рахит - илк болалик даври касаллиги бўлиб, организмда Д витамини етишмаслиги оқибатида ривожланади ва суяк тўқимасида ўзгаришлар, гавда скелетининг деформациялари билан кечади.

Этиологияси

Қуйидаги сабаблар: ноадекват инсоляция (етарлича қуёш нурида бўлмаслик), Д витаминининг овқат билан организмга кам тушиши, мальабсорбция синдроми оқибатида бола организмда Д витаминининг танқислиги юзага келади. Бундан ташқари, рахит антиқонвульсантлар (фенобарбитал ва б.қ.) билан узок даволаш оқибатида ҳам юзага келиши мумкин (бунда, жигар фермент тизимининг индукцияси оқибатида Д витамини метаболизмнинг кучайиши кузатилади); 1,25- дигидроксиқолекальциферол ишлаб чиқарилишининг тўхташи (касалликнинг Д витаминига боғлиқ шаклидаги етишмовчилигида); фосфорнинг кўп йўқотилиши (гипофосфатемик Д витамини-резистент рахитида, Фанқони синдромида); ишқорий фосфатаза ферменти ишлаб чиқарилишининг камайиши оқибатида ҳам баъзан рахит ривожланиши мумкин. Меъёрда туғилган ва қисман чалалик белгилари билан туғилган, табиий озикланишда Д витамини танқислиги билан кечадиган рахитнинг асосий сабаби ультрабинафша нурларнинг етишмовчилиги ҳисобланади.

Маълумки, Д₃ витамини одам терисида ультрабинафша нурлар таъсирида синтезланади. Организмда Д витаминининг 60га яқин метаболитлари ҳосил бўлади, лекин улардан фақат 1,25-дигидроксиқолекальциферолгина кальций ва фосфор алмашинувига фаол таъсир этади. Ушбу метаболитнинг асосий таъсири, ичакларда кальций ва фосфор сўрилишида иштирок этувчи, кальций боғловчи оксилларни ҳосил қилишдаги иштироки билан намоён бўлади. Д витаминининг танқислиги (айниқса қиш ойларида) ичаклардан кальцийнинг сўрилиши камайишига, қон ва суяк тўқимаси ўртасида кальций алмашинувининг бузилишига олиб келади. Оқибатда юзага келган гипокальциемия иккиламчи гиперпаратиреоз ривожланишига сабаб бўлади. Бу эса ўз навбатида суяк тўқимасидаги кальцийнинг ювилиб чиқишига ва фосфорнинг буйраклар орқали экскрецияси ошишига олиб келади.

Эндоген синтезланган Д витамини билан фақат балиқларгина ўз эҳтиёжини тўла қондира олиши мумкин. Одам организмга эса

озиқ- овқат маҳсулотлари билан қўшимча равишда Д витамини тушиб туриши лозим, айниқса куёш нурларининг терига тушиши кам бўлганда (очиқ ҳавода сайр қилмаслик, ҳавонинг чанг билан ифлосланиши ва ультрабинафша нурларни ютувчи бошқа омиллар) организмда Д витамини танқислиги юзага келиш эҳтимоли кўп бўлади.

Патогенези

1,25-дигидроксиқолекальциферол етишмовчилиги кальций боғловчи оксил синтезининг ва кальций тузларининг ичакда сўрилишининг камайишига олиб келади. Тўқималарда цитрат синтези камаяди. Суяк тўқимасининг кальцийни тутиб қолиш (фиксация) хусусияти пасаяди. Юзага келган гипокальциемия оқибатида қалқонсимон без олди безларининг функцияси кучаяди. Паратгормон 25-гидрокальциферолдан 1,25- дигидроқолекальциферол ҳосил бўлишини стимуллади, бунинг натижасида ичакларда кальцийнинг сўрилиши ва суяк тўқимасидан кальцийнинг ювилиб чиқиши кучайиб, гипокальциемия бартараф бўлади. Аммо суякларда деминерализация юзага келади. Айни пайтда қалқонсимон без гормони – тиреокальцитониннинг фаолияти (бу гормон кальцийнинг суяк тўқимасига киришини стимуллади) тормозланади. Паратгормон буйрак каналчаларида фосфатлар реабсорбциясини камайтиради, натижада гипофосфатемия ривожланади. Гипофосфатемияда, компенсатор реакция сифатида, асаб ҳужайралари ва мушакларда жойлашган органик бирикмалардан фосфор моддаси қонга ювилиб чиқа бошлайди. Бунинг оқибатида организмда энергия алмашинуви бузилади ва мушаклар тонуси пасаяди. Паратгормоннинг таъсири тиреокальцитониннинг таъсиридан юқори бўлганида, суяклардан кальций тузларининг ювилиб чиқиши рўй беради. Натижада суяклар юмшоқ, осон эгилувчан бўлиб, одатдаги статик ва динамик юкламаларга бардош бера олмай қолади. Кальций ва фосфор тузлари остеоид тўқимада тўпланмайди, суякдаги оҳақланиш жараёнлари сусаяди, тоғайнинг меъёрдаги резорбцияси юзага келмайди, остеоид тўқима сўрилиб кетади, метафизларнинг диаметри ошади. Суяк ва тоғайлар ўртасидаги чегара йўқолиб боради. Д витаминининг етишмовчилиги, аминокислоталарнинг пешоб билан чиқиб кетишини кучайтиради, суякнинг асосий таркибий қисми бўлган коллаген структурасининг бузилишига

олиб келади. Бу жараёнлар гипотрофияда, организмда бошқа минерал моддалар (рух, мис, магний ва б.), витаминлар, айниқса С витамини етишмаганда янада кўпроқ намоён бўлади. Рахит касаллиги оқибатида оксиллар алмашинуви бузилади. Қондаги аминокислоталар сифати ва сон таркиби ўзгариб кетади, яъни альбуминлар миқдори камайиб, глобулин фракциялари ошиб кетади.

Чала туғилган болаларда рахитга мойиллик юқори бўлади. Тўғилиш арафасида улар организмда минерал моддалар етарлича тўпланмаган бўлади. Айни пайтда уларда соғлом туғилган болаларга нисбатан ўсиш жараёнларининг тезроқ кечиши туфайли, кальций ва фосфорга бўлган талаб ҳам юқори бўлади.

Катталарда кальцийга бўлган суткалик эҳтиёж – 8 мг/кг, мактабгача ва мактаб ёшидаги болаларда – 25 мг/кг, соғлом чақалоқларда – 70–75 мг/кг, чала туғилган чақалоқларда – 200–225 мг/кг ни ташкил этади. Фосфорга бўлган суткалик эҳтиёж соғлом болаларда – 40 мг/кг, чала туғилган болаларда – 110–150 мг/кг га тенг. Шунини таъкидлаш керакки, она сути таркибидаги кальций ва фосфор боланинг эҳтиёжларини қондира олмайди.

Таснифи

Рахит касаллиги даврига, касалликнинг оғирлигига ва кечишига қараб таснифланади.

Даври:

- 1) Бошланғич даври.
- 2) Авж олиш даври.
- 3) Тузалиш даври.
- 4) Қолдиқ даври.

Оғирлик даражаси:

- 1- енгил даража (кам ифодаланган симптоматика, асосан, асаб ва суяк тизими томонидан);
- 2- ўрта оғир даража (асаб ва суяк тизимидаги бузилишлар, мушак ва қон яратиш тизимидаги ўзгаришлар, нафас, юрак-қон томир ва меъда ичак тизимидаги иккиламчи ўзгаришлар);
- 3- оғир даража (юқорида қайд этилган орган ва тизимларда кескин ифодаланган ўзгаришлар кузатилади).

Кечиши:

- 1) Ўткир.
- 2) Ўткир ости.

3) Қайталанувчи.

Рахит пайдо бўлишида хавф туғдирувчи омиллар:

- 1) ҳомиладорлик токсикозлари;
- 2) экстрагенитал патологиялар;
- 3) чалалик;
- 4) талвасага қарши препаратлар ва глюкокортикоидларнинг узок кўлланиши;
- 5) меъда-ичак тизими касалликлари.

Клиникаси

Бошланғич даври. Касаллик 2–3 ойликда бошланади. Болада кўзгалувчанлик, безовталаниш, уйқунинг бузилиши, кўп терлаш, катта лиқилдоқ атрофининг ва чокларнинг юмшоқлиги кузатилади.

Авж олиш даври. Иккинчи ярим йилликда (6 ойликдан сўнг) ривожланади. Суякдаги ўзгаришлар: краниотабес, “этикдўзлар” кўкраги, Гаррисон эгатлари, “олимп” пешонаси, рахитик чўтка ва билакузуклар. Психомотор ривожланишдан орқада қолиш. Ички органларда функционал ва морфологик ўзгаришлар кузатилиши мумкин – гепатоспленомегалия, юрак тонларининг бўғиқлашуви, тахикардия, тахипноэ. Ичаклар парези.

Тузалиш даври. Кайфиятнинг яхшиланиши, неврологик ва вегетатив бузилишлар регрессияси.

Қолдиқ асоратлар даври. 2–3 ёшдан кейин қайд этилади. Мушаклар гипотонияси ва скелетдаги барқарор қолдиқ ўзгаришлар кузатилади. Рахитга ташҳис қўйиш қондаги кальций, фосфор ва ишқорий фосфатазани аниқлашга асосланади.

Рентгенологик ўзгаришлар

- Остеомаляция ва остеопороз белгилари;
- Остеоид тўқима гиперплазияси.

Қиёсий ташҳисот

Рахит касаллиги рахитсимон касалликлар билан қиёсий ташҳисот қилинади.

- ❖ I тип Д витаминига боғлиқ рахит (синоним – Д витамини резистент рахити);
- ❖ II тип Д витаминига боғлиқ рахит;
- ❖ Фосфат диабет;
- ❖ Дебре-де Тони-Фанқони синдроми.

Рахит ва рахитсимон касалликлар клиник манзарасининг умумий тавсифи

Касаллик	Пайдо бўлиш муддати	Бирламчи клиник манзараси	Махсус белгилари
Д-витамини танқислиги ва рахити	1,5–3 ойлик	Қўзғалувчанлик, инжиқлик, уйку бузилиши, терлаш, иштаҳа пасайиши, мушаклар гипотонияси	Суякдаги ўзгаришлар: краниотабес, пешоначакка дўмбоқлари, рахитик чўтка ва билакузуклар, баъзида оёқлар деформацияси. Остеопороз.
Фосфат-диабет	1 ёш 3 ойлик	Оёқлардаги деформациялар, билакларда рахитик билакузуклар оёқ мушаклари гипотонияси	Авж олиб борувчи вирусли деформация, метафизларда кўпол окалсимон деформациялар. Периоститнинг пўстлоқ қавати бир томонлама қалинлашуви ҳисобига, найсимон суякларнинг қалинлашиши.
Дебре-де Тони-Фанқони касаллиги	2 ёш 6 ойлик– 3 ёш	“Сабабсиз” ҳарорат кўтарилиши. Полиурия, полидипсия, мушаклардаги оғриқлар	Ҳароратнинг кўтарилиши, авж олиб борувчи суяк деформациялари, жигар катталашуви, ич қотиши, суяк тўқимасининг умумий шикастланиши. Буйрак тубуляр ацидоз, фосфат-диабет ва рахитга нисбатан кўпроқ ифодаланган остеопороз.
Буйрак тубуляр ацидоз	5–6 ойлик – 2–3 ёш	Полиурия, полидипсия, кўзғалувчанлик, инжиқлик, мушаклар гипотонияси, мушаклардаги оғриқлар	Полиурия, полидипсия, мушаклар гипотонияси, адинамия, жигар катталашуви, ич қотиши, оёқларда авж олиб борувчи валгусли деформация, умумий остеопороз, метафиз

			контурларининг ноаник бўлиши, рахитик зона кенглиги 2 см. кўпинча суякларнинг концентрик атрофияси.
--	--	--	---

Шифокор тактикаси

Даволаш

1. Парҳез. Болани имқон қадар она сути билан овқатлантириш. Она сути ўрнини босувчи озиқлар берилганда, улар таркибидаги Д витамини миқдорини ҳисобга олган ҳолда, Д витаминининг профилактик миқдорини тайинлаш лозим.
2. Патогенетик даво:
 - энгил даражали рахитда Д витамини 45–60 кун давомида кунига 2500 ХБ берилади.
 - ўрта оғирли даражасида эса, 45–60 кун давомида кунига 5000 ХБ берилади.
 - массаж, гимнастика.

Профилактикаси

Антенатал профилактика:

- Ҳомиладор аёл шахсий гигиена қоидаларига риоя этиши, тоза хавода сайр қилиши керак.
- Тўлақонли овқатланиш, ДЖТ билан шуғулланиш.
- Қиш ва баҳорда ҳомиладорликнинг 32 ҳафтасидан бошлаб, Д витамини 500 ХБ дан ҳар куни, 8 ҳафтадавомида берилади.

Постнатал профилактика:

- Ҳамма болаларга 500 ХБ дан кунига Д витамини буюрилади: соғлом болаларга 1 ойликдан бошлаб; чала туғилган болаларга 2 ҳафталигидан (тез ўсиши, минерал моддаларга эҳтиёж юқорилигини эътиборга олган ҳолда) берилади. Профилактика куз, қиш ва баҳорда ўтказилади; июндан сентябргача (ёз ойларида) махсус профилактика буюрилмайди. Д витамини профилактикаси бола ҳаётининг 1 ва 2 йилларида зарур ҳисобланади.
- Табиий овқатлантириш, етарлича қуёш нурида (офтобда) бўлиш.

Д витаминини назоратсиз қабул қилиш Д витаминидан захарланиш хавфини туғдиради (нефрокальциноз).

Рахит билан оғриган болаларга профилактик эмлашларни ўтказиш мумкин.

2.5. СПАЗМОФИЛИЯ

Спазмофилия илк болалик даври касаллиги ҳисобланади. Бу касалликда организмда рўй берган алкалоз (ишқорий муҳитнинг ошиши) фонида экстрацеллюляр суюқликда ионлашган кальций миқдорининг камайиши ҳисобига болаларда асаб-мушак тизими кўзғалувчанлигининг ошиши ва талвасага мойиллик пайдо бўлади.

ПАТОГЕНЕЗИ

Баҳорда қуёш нурлари таъсирида пайдо бўлаётган Д витамини миқдори кам бўлади, ичаклардан кальций кам сўрилади ва айна пайтда кальцийнинг суякларда тўпланиши ошади. Спазмофилия ривожланишига мойиллик туғдирувчи омилларга кальций тузлари кам овқат маҳсулотларини истеъмол қилиш, Д витамини билан интенсив даволаш, ультрабинафша нурлари билан даволаш киради.

КЛИНИК МАНЗАРАСИ

Спазмофилиянинг яширин ва яққол шакллари тафовут этилади. Улар бир-биридан патологик жараёнларнинг ифодаланиш даражаси билан фарқ қилади. Яширин шаклида болалар ташқи кўринишидан соғлом, баъзида семизликка мойил бўлишади. Психомотор ривожланиш меъёрида, рахит аломатлари кузатилади. Кўзғалувчанликнинг юқори бўлиши – чўчиб тушиш, безовталиқ, гиперестезия болада яширин спазмофилияга шубҳа қилишимизга асос бўлади. Қўпроқ учрайдиган симптомлар қуйидагилар:

- Хвостекнинг юз феномени – қулоқнинг олд қисмига, юз нервининг тарқалиш соҳасига секин урилганда оғиз, бурун ва қовоқлар соҳасидаги юз мушакларининг кескин қисқариши юзага келади.

- Труссо феномени – қўлнинг елка қисми 3 минут давомида эластик жгут билан сиқилганда қўл бармоқларида “акушер қўли” кўринишида тиришиб-тортишиш кузатилади.

- Люст феномени – кичик болдир суяги бошчасининг пастки қисмига урилганда товоннинг кескин бурилиши кузатилади.

Яққол спазмофилия бола йиғлаганда, кўрққанда ларингоспазм вужудга келиши билан намоён бўлади. Бунда нафас олиш шовқинли бўлиб, бир неча дақиқага нафас тўхтайдди; бола оқариб кўкариб кетади, ҳушини йўқотиши мумкин, баъзида клоник талвасалар кузатилади. Ларингоспазм ҳуружи чуқур нафас олиш билан тугайди, бола йиғлаб, аҳволи яхшиланади ва кўпинча ухлаб қолади. Баъзида нафас чиқариш пайтида нафас тўхтаб қолади (бронхотетания). Оғир ҳолларда юрак тўсатдан тўхташи (юрак тетанияси) оқибатида ўлим рўй бериши мумкин. Бунда кўпинча кафтнинг устки қисмида шиш пайдо бўлади.

- Карпопедал спазм – оёқ-қўл дистал мушакларининг ўзига хос спазми (“акушер кўли” ва *res equines* – оёқ бармоқларининг товон тарафга букилиши) кузатилади.

- Жуда оғир ҳолларда эклампсия ҳуружлари – ҳушни йўқотиш билан кечувчи клоник-тоник талвасалар кузатилади.

- Спазмофилияга мойил болаларда одатда асаб кўзғалувчанлигининг ошиши (парестезия, гиперрефлексия) кузатилади.

ТАШҲИСИ ВА ҚИЁСИЙ ТАШҲИСОТИ

4–18 ойлик болаларда рахитнинг клиник лаборатор белгилари билан биргаликда асаб-мушак кўзғалувчанлигининг ошиши симптомларининг бўлиши спазмофилияга ташҳис қўйишни осонлаштиради. Барча беморларда алкалоз билан бир қаторда қон зардобиди ионлашган кальцийнинг камайиши (0,85 ммоль/л дан паст; норма 1,1–1,4 ммоль/л умумий кальций ҳам камайиши мумкин) кузатилади. Кам ҳолларда қон зардобиди (1,75 ммоль/л дан паст, норма 2,5–2,7 ммоль/л).

Спазмофилияни тетания ва талваса ҳуружи билан кечадиган бошқа касалликлардан фарқ қилиш керак. Кўкрак ёшидаги болаларда кам учрайдиган гипопаратиреоидизмда яққол ифодаланган гипокальцемиа ва гиперфосфатемия кузатилади. Буйрак остеодистрофиясида қон зардобидидаги кальцийнинг камайиши сурункали буйрак етишмовчилигига хос бўлган ацидоз, гиперфосфатемия, азотемия каби белгилар билан бирга кечади. Тетания гипомагнемия оқибатида ҳам келиб чиқиши мумкин.

Спазмофилиянинг эклампсия шаклини турли ёшдаги болаларда учраши мумкин бўлган эпилепсиядан фарқлаш керак;

анамнез маълумотлари, клиник манзара ва ЭЭГ ташҳис кўйишни осонлаштиради.

Профилактикаси

Баҳор ойларида яширин спазмофилия аломатлари пайдо бўлиши билан кальций препаратларини буюриш керак.

Даволаш

Ларингоспазм кузатилганда мияда доминант кўзғалиш ўчоғини пайдо қилиш керак. Бунинг учун бурун шиллик пардаси қитиқланади (бурунга пуфланади, нашатир спирти ҳидлатилади), терига шапатилаб урилади ёки совуқ сув сепилади, болани силкитиб, вестибуляр таҳлилаторни кўзғатиш мумкин. Талваса кузатилганда мушак орасига седуксен 0,5%ли эритмаси 0,1 мл/кг ёки магний сульфат 25% ли 0,5 мл/кг, ГОМК 20% ли 0,5 мл/кг ва албатта шу вақтнинг ўзида кальций глюконат 10% ли 1-2мл/кг венага юбориш керак. Кислород ингаляция қилиш мумкин. Талваса бартараф этилгандан сўнг бемор бола шифохонага ётқизилади.

Сигир сути миқдорини озик рационада кескин камайтириш керак, чунки унда фосфатлар миқдори кўп. Сабзаётлар миқдорини ошириш керак.

Кўкрак ёшидаги болаларнинг кальцийга бўлган суткалик эҳтиёжи 50–55мг/кг га тенг. 10%ли кальций глюконатнинг 1 мл да 9 мг, 10%ли кальций хлорнинг 1 мл да эса 36мг кальций бор. Кальций препаратларидан ичиш учун 5%ли кальций глюконат эритмаси сигир сутига кўшиб берилади. Кальций хлорнинг қонцентрацияси юқори эритмалари меъда шиллик пардасини шикастлаб, яра ҳосил бўлишига олиб келиши мумкин. Кальций препаратларини венага жуда тез юборилганда брадикардияга ва ҳатто юракнинг тўхташига сабаб бўлиши мумкин. Спазмофилия билан оғриган беморларда талваса ҳуружлари тўхтагандан кейин, орадан 3–4 ҳафта ўтиб, Д витаминини 2000–4000ХБ дан кунига 2 маҳал буюриши мумкин. Кальций препаратлари билан даволаш ва сигир сутини чеклашни яширин спазмофилиянинг барча белгилари батамом йўқолгунга қадар давом эттириш керак. Бола учун ёқимсиз бўлган муолажаларни (томоқни кўриш, инъекциялар) жуда эҳтиёт бўлиб бажариш керак, чунки бу муолажалар оғир ларингоспазм ҳуружини келтириб чиқариши мумкин.

МАЛЬАБСОРБЦИЯ СИНДРОМИ

2.6. Муковисцидоз

Аутосом-рецессив наслдан-наслга ўтувчи, асосан, нафас, меъда-ичак йўллариининг яллиғланиши билан кечадиган касаллик бўлиб, унинг ривожланиши асосида экзокрин (ташқи) безлар функциясининг бузилиши, электролитлар алмашинуви, бириктирувчи тўқималардаги ўзгаришлар ётади.

ТАШҲИСОТ МЕЗОНЛАРИ

1. Анамнези

Яқин қариндошларида ва ота-оналарида сурункали бронх-ўпка касалликлари, оилада муковисцидоздан ўлим қайт этилиши, бронх-ўпка касалликларининг қайталаниш ҳолатлари, тавсия этилган давонинг натижа бермаганлиги ва бошқа маълумотлар.

2. Клиник мезонлар

Ўпканинг яллиғланиши натижасида юзага келадиган синдромлар:

➤ Пневмоник ўчоқлар, ўпка ателектази, пневмосклерози, зотилжам муковисцидознинг ўпка синдромида асосий ўрин тутлади. Оғир қайталанувчи форма эрта ўпка абсцесси ва бронхэктазлар юзага келиши билан характерланади. Яллиғланиш, асосан, ўпканинг иккала тарафида бўлади. Узоқ муддатли, хуружли кўкйўталга ўхшаш йирингли балғамли йўтал кузатилади. Ўткир нафас ва юрак етишмовчилик белгилари намоён бўлади. Беморда кўкрак қафаси деформацияси қайд этилади.

➤ Ичак функцияси бузилиши натижасида кузатиладиган синдромлар. Иштаҳа сақланган, меъда ости беши етишмовчилиги белгилари: тез-тез, кўп миқдорда, суюқ ёки бўтқасимон, рангсиз ёки олтин рангли ялтироқ ахлат кузатилади. Кўпчилик беморларда эчкининг ахлатига ўхшаш ахлат ва тўғри ичакнинг ташқарига чиқиб кетиш ҳоллари рўй беради.

➤ Дистрофик ўзгаришлар ва моддалар алмашинувининг бузилиши билан боғлиқ синдромлар: жисмоний ривожланишдан орқада қолиш, тери ости ёғ қавати яхши ривожланмаган, мушаклар гипотонияси, тери қуруқ, қипиқлашган, сочлари қуруқ, синувчан, қўл, оёқ бармоқлари ноғара таёқчасига ўхшаш, тирноқлар – соат шишасига ўхшаш, тузланган (шўр) бола симптоми.

3. Лаборатор ва инструментал текширув натижалари

Янги туғилган чақалоқлар ахлатида (меқоний) альбуминни текшириш.

1. Тер синамаси (тер суюқлигидаги натрий ва хлор миқдорини аниқлаш) – 1 ёшгача бўлган болаларда натрий ва хлор миқдори 40 ммол/л, 1 ёшдан катта болаларда 60 ммол/л (меъёрда – 7 ёшгача соғлом болаларда 23 ммол/л, 7 ёшдан катта болаларда – 28 ммол/л ни ташкил қилади).

2. Тирноқни текшириш синамаси: тирноқдаги натрий миқдори бемор болаларда 80 ммол/кг гача кўтарилади (соғлом болаларда ёшга боғлиқ ҳолда $27,88 \pm 1,89$ дан $34,37 \pm 2,4$ ммол/кг гача). Бу синама, асосан, текшириш учун тер суюқлиги етарли бўлмаганда ўтказилади.

3. Умумий ахлат таҳлили: нейтрал ёғлар кўп, ёғ кислоталар кам.

4. Ўпка рентгенограммаси: пневмония ўчоқлари, ателектазлар, эмфиземалар қайд этилади.

Диспансер кузатуви ва реабилитацияси

Муковисцидоз билан касалланган беморлар диспансер кузатувида бўлиши билан бир қаторда унинг ота-онаси касалликни даволашда дори воситалари: антибиотиклар, муколитиклар, ингаляция воситаларини қандай ишлатишни билиши, тебранма уқалаш, парвариш усулларини ўрганиши мақсадга мувофиқдир.

- Мутахассислар кўриши – УАШ (педиатр) ва муковисцидоз маркази мутахассиси 3 ойда 1 мартадан кам эмас
- Кўрувда қуйидагиларга эътибор бериш керак:
 - Умумий аҳволи.
 - Жисмоний ривожланиши.
 - Йўтал характери.
 - Ажралган балғам миқдори.
 - Иштаҳа.
 - Ахлат миқдори ва характери.
- Қўшимча текширув усуллари:
 - Гавда узунлиги ва оғирлигини ўлчаш.
 - Балғамни текшириш.
 - Умумий қон, сийдик, ахлат таҳлили.
 - Қон биокимёси
 - Эхокардиограмма.

- Жигар, ўт пуфаги, меъда ости беши эхограммаси.
- Иммунологик синама 1 йилда 1 марта.
- Асосий соғломлаштириш усуллари:
 - Овқатланиш ва кун тартибига риоя қилиш.
 - Сурункали ўчоқлар санацисаи.
 - Ҳамма вақт меъда ости беши ферментларини ичишб юриш.
 - Бактерияга қарши дори воситалари билан 2–3 ойда даволаниб туриш.
- Кузатув давомийлиги – ўспирин шифокорига ўтказилгунга қадар
- Профилактик эмлашлар ўтказилмайди.

2.7. ЦЕЛИАКИЯ

Таркибида глютен оксали бўлган овқат маҳсулотларини кўтара олмаслик натижасида ингичка ичак шиллик қаватида морфологик функционал ўзгаришлар билан мальабсорбция моддалар алмашинувинининг бузилиши ва дистрофик синдромлар билан кечадиган туғма ва ортирилган касаллик.

ТАШҲИСОТ МЕЗОНЛАРИ

1. Анамнези

Касалликнинг биринчи белгилари кунлик овқат рационига таркибида глютен бўлган озиқ-овқат маҳсулотлари киритилгандан 4–8 ҳафта кейин юзага келади. Бу маҳсулотларни бериш тақиқлангандан сўнг беморда касалликнинг ремиссия ҳолати кузатилади. Юқорида кўрсатилган овқат маҳсулотлари қайтиб истеъмол қилинса, касаллик яна авж олиши мумкин.

2. Клиник мезонлар

- Мальабсорбция синдроми: кўп миқдорда кўпиксимон, очсарик, ёғлик, ялтироқ, сассиқ ахлат бўлиши. Ахлатда қон, йиринг бўлмайди. Ахлат тувақдан қийин тозаланади. Бундай беморлар қорни катталашган бўлади (псевдоасцит).
- Моддалар алмашинувининг бузилиши ва дистрофия синдроми: жисмоний ривожланишда анча орқада қолиш (гипотрофиянинг 2–3- даражаси), оёқлар ингичка (ўргимчакка ўхшаш), полигиповитаминоз белгилари (тери оқарган, курук, тизза ва бўғимлар атрофида гиперпигментация) кузатилади, оғиз бўшлиғи, тилнинг яллиғланиши, соч рангсиз ва курук, мушаклар

гипотонияси, минерал тузлар алмашинувининг бузилиши симптомлари, карпопедал спазм, айрим беморларда суякнинг синиши кузатилади.

3. Лаборатор ва инструментал текширув натижалари

1. Умумий қон таҳлили: гипохром камқонлик ҳар хил даражада, ретикулоцитлар сони камайган.
2. Қоннинг биокимёвий текшируви – оксиллар, Са, К, холестерин камайган.
3. Умумий ахлат таҳлили: ёғ кислоталар, нейтрал ёғ, кальцийли совун кўп миқдорда, ахлат рН 6,0 дан камайган.

Даволаш

Парҳезли даво: бемор овқат рационидан таркибида глютен бўлган овқат маҳсулотлари олиб ташланади. Гуруч ва маккажухоридан 2 баравар кўп миқдордаги сут ёки сувда пиширилган бўтқаларни докадан ўтқазиб берилади. Ичаклар функциясини яхшилаш мақсадида нордон сут маҳсулотлари тавсия этилади.

Диспансер кузатуви

Бемор стационардан чиқарилгандан сўнг диспансер кузатувиغا олинади ва кенгайтирилган парҳез стол тавсия этилади. Шунинг эсдан чиқармаслик керакки, касаллик белгилари кузатилмаган тақдирда ҳам парҳез буюрилади ва умрнинг охиригача кўрсатилган парҳез бўйича овқатланиш керак.

2.8. ДИСАХАРИДЛАР ЕТИШМОВЛИГИ

Дисахаридларнинг ичакдан сўрилиши бузилиши билан кечадиган бирламчи (наслий) ва иккиламчи (ичак касалликлари) касаллик.

ТАШҲИСОТ МЕЗОНЛАРИ

1. Анамнези

Ҳаётининг биринчи ойлигидан ичакнинг яллиғланиши билан кечадиган касалликлар фонида ёки антибиотиклар, асосан, аминокликозид дори воситалари билан даволанганда ич кетиши қайд этилиши. Диспептик ўзгаришларнинг сут истеъмол қилиш билан боғлиқлиги (болада ёки яқиндошларида), ичакда сўрилишнинг бузилиши билан кечадиган касалликлар борлиги.

2. Клиник мезонлар

- Мальабсорбция синдроми: суюқ, кўпиксимон, нордон ҳидли, таркибида кўп миқдорда ҳаво бўлган ахлат, ичакда ҳаво йиғилиши ҳисобига қорин катталашган.
- Моддалар алмашинуви бузилиши ва дистрофия синдроми: гипотрофиянинг 1–2- даражаси клиник белгилари, витамин етишмовчилиги белгилари, кўп ҳолларда қусиш.
- Стандарт даво усуллари таъсир қилмаслиги, беморнинг аҳволи овқат рационидан дисахаридлар олиб ташлангандан сўнг яхшиланиши.

3. Лаборатор ва инструментал текширув натижалари

1. Умумий ахлат таҳлили – ахлатни рН муҳити 5,0дан кам; кўп миқдорда сут кислотаси, углеводлар.
2. Меъда-ичак йўллари рентгеноскопияси – ичаклар кенгайган, ҳаракати тезлашган, шунинг ҳисобига контраст суюқлик тез ҳаракатланади, йўғон ичак гаустрацияси кучли ривожланган.
3. Умумий сийдик таҳлили – сийдикда лактоза ва қанд миқдори вақтинчалик ошган.
4. Парҳезли даво усули самарали.

Даволаш

1. Босқичли парҳез даво касалликнинг асосий давоси ҳисобланади.
I босқич. Касалликнинг ўткир даврида бемор рационидан сут ва сутли овқат маҳсулотлари бутунлай чекланади, шу билан бирга она сутини ҳам 6–8 соат давомида фақат чой, наъматак дамламаси, олма шарбати, қуруқ мевалардан тайёрланган шарбатлар, тузли эритмалар (оралит, регидрон) билан бирга берилади. Кейин 1–2 кун гуруч шарбати тавсия этилади. Беморнинг аҳволи бир оз яхшиланиши билан эмадиган болаларга она сутини соғиб (бир марта соғилган сут миқдорининг 2/3 қисми) берилади. Қолган қисми кам лактазали аралашмалар билан овқатлантириш ҳисобига тўлдирилади. Сунъий овқатлантириладиган бемор аста-секин кам лактазали овқатларга ўтказилади.
II босқич. Бемор токсикоз ҳолатидан чиқарилгандан сўнг овқат рационини кенгайтирилади. Дастлаб кам лактазали сутда тайёрланган гуруч бўтқаси, сўнг гречкали бўтқалар берилади. Организмнинг оқсилга бўлган эҳтиёжини қондириш мақсадида

7–10 кундан бошлаб 2 г дан – 100 г гача гўшт маҳсулотларидан тайёрланган овқат тавсия этилади.

III босқич. (даволангандан 2 ҳафта ўтгандан сўнг) овқат ҳазм қилиш яхшиланган даврида сабзаётлардан гулқарам, сабзи, картошка) тайёрланган пюрелар берилади. Овқат рационига қанд ўрнига фруктозага бой овқатлар киритилади.

2. Фермент дори препаратлари – фестал, дигестал, панзинорм, ораза.
3. Витаминлар: В, Е, Д, С.
4. Кальций ва темир дори воситалари.

2.9. КАМҚОНЛИК

Камқонлик – клиник–гематологик симптомлар мажмуи бўлиб, унинг беморда борлиги камқонликни келтириб чиқарувчи асосий касалликни аниқлашни тақазо этади. Камқонликни аниқлашда энг қулай ва осон усуллардан бири, бу қондаги Нв миқдорини аниқлашдир. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ВОЗ) қабул қилган талаб бўйича Нв миқдори эркакларда 130 г/л дан кам, аёлларда 120 г/л дан кам қайд этилса, камқонлик ташҳисига асос бўлади.

Эпидемиологияси

Текширув натижалари шуни кўрсатадаки, камқонлик кундан кунга кўпайиб бормоқда. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти текширув натижаларига кўра ҳар 5–6 нафар катта ёшдаги одамларнинг бирида камқонлик кузатилади. Масалан, бола ҳаётининг иккинчи ярим йилида ҳар 4 боладан 1 тасида темир танқислиги камқонлиги бўлса, ўсмирларда 30–40% ни ташкил этади. Темир танқислиги камқонлиги, асосан, эрта ёшдаги болаларда кўпроқ қайд этилади.

Камқонликнинг гемолитик, гипопластик ва ўткир қон кетиши турларида беморлар стационарда даволанади, диспансер назорати УАШ ва гематолог билан бирга олиб борилишини ҳисобга олсак, участка шифокорининг зиммасига асосан темир танқислиги камқонлигини даволаш ва олдини олиш, диспансер кузатувини ташкил қилиш киради. Камқонлик кўп ўрганилган касаллик бўлишига қарамай, у бошқа касалликларга нисбатан кўпайиб бормоқда. Оила доирасида касалликнинг моҳияти, асорат келтириб чиқарувчи сабаблар ҳозирги кунгача муаммо бўлиб қолмоқда.

Темир танқислиги камқонлигининг асосий сабаблари
Темир захираси қонда меъёрдан кам бўлиб туғилган болалар
хавfli гуруҳлар:

- Чала туғилган болалар, асосан, гавда вазни туғилганда жуда кам бўлган болалар;
- Камқонлиги бўлган оналардан туғилган болалар, асосан, тез-тез туғиш сабабли (бир-биридан 1 ёшгача фарк қилган фарзандлар);
- Она қорнида ривожланишнинг орқада қолиши билан хасталанган болалар;
- Перинатал даврида кўп қон йўқотган чақалоқлар.

Овқатланиш билан боғлиқ сабаблар:

Темир танқислигини келтириб чиқарувчи сабаблардан бири болага темир моддасига бой бўлмаган овқатлар берилиши, натижада организмга темир кам миқдорда кириши.

Хавfli гуруҳлар:

- 1) мосланмаган аралашмалар билан овқатлантирилган болалар;
- 2) кўшимча овқатни кечиктириб, асосан, ўсимлик маҳсулотларидан тайёрланган овқатлар истеъмол қилган болалар;
- 3) Сигир сутини ва гўшт маҳсулотларидан тайёрланган овқатларни кўп истеъмол қиладиган ҳар хил ёшдаги болалар.

Организмда кўп миқдорда темир йўқотилиши ва тўқималарнинг темирга эҳтиёжи юқори бўлган ҳолатлар:

1. Ўткир ва сурункали меъда-ичак касалликлари; сурункали ноинфекцион энтеритлар, муковисцедоз, целиакия, экссудатив энтеропатиялар, дисахарид етишмовчилиги, гиповитаминозлар – асосан, организмда 2-валентли темир танқислигига сабабчи касалликлар.
2. Қон кетиш қайд этиладиган ҳолатлар (мелена, пешоб билан қон кетиши, ҳайз кўришнинг давомийлиги, узайиши, гельминтозлар, ичакнинг юқумли касалликлари, ўсмалар).
3. Ўспиринлар.
4. Организмни захарловчи омиллар (симоб, кўрғошин тузлари).

Организмдан қон кетишига кўпинча гижжалар сабаб бўлиши мумкин. Бир дона гижжа бир кунда 0,5 мл гача қонни ичакдан

сўриб олиши мумкин, қисман темир қайтадан ичакдан сўрилади, кўп миқдорда темир йўқотилади.

Бола организмидаги гижжаларни йўқотиш йўли билан организмдан темир йўқолишининг олдини олиш мумкин. Узоқ муддат гижжаларга қарши даволанмаслик, организмда темир захирасининг жуда камайиб кетишига асос бўлади.

Патогенези

Касаллик ривожланишининг асосида организмда темир миқдорининг етишмаслиги ётади. Болалар организмнинг темирга бўлган эҳтиёжи катталарга нисбатан анча юқори. Бу жараёни қўйидагича тушунтириш мумкин: бола 1 ёшга тўлганда қонда 0,5 г; 18 ёшда – 5 г темир бўлиб, яъни шу даврда (1дан 18 ёшгача) 4,5г темир йиғиши керак. Бола 1 ёшга тўлганда кунлик темирга бўлган эҳтиёжи 0,8–1,0 мг, 1 ёшдан катта бўлган болаларда – 10 мг ни, балоғатга етганда – 12–15 мг ни ташкил қилади.

Чала туғилган чақалоқларда захира ва тўқимадаги темирнинг камлиги ҳомиладорликнинг 2- триместрида 1–1,5 мг ва 3-триместрида эса ҳомилага бир кунда 1,7–2 мг темир керак бўлишига боғлиқ.

Бола ҳаётининг 1- ва 2- ярим йилида керак бўлган темир миқдори бир кунда 1 мг/кг ни ташкил этади. Бола 1 литр она сутини истеъмол қилганда 1,5 мг темир моддаси қабул қилади, шунинг учун кўп ҳолларда 5–6 ойлигида бола организмида темир танқислиги қайд этилади.

Соғлом эрта ёшли болалар 1 кунда 0,5 мл гача ичакдан қон йўқотиши мумкин, гастроэнтерит, диареяларда қон кетишининг миқдори ошиши мумкин. Грегерсен синамаси ёрдамида меъда ва ичакдан қон кетиши аниқланади. Қон миқдори 15 мл дан ошиши мумкин, бу ҳодиса ичак гельминтлари, лямблиоз, сигир сутини кўтара олмаслик, А витамин етишмовчилиги, дисбактериоз, ичак инфекцияларида кузатилади.

Юқумли касалликлар организмда темир танқислигини юзага келтиради. Бола организмнинг кўп органларида, яъни суяк кўмиги, жигар, талоқда темир гемосидерин ва ферритин кўринишида захира сифатида сақланади. Темир танқислигининг бошланғич даврларида ўзгаришлар, асосан, тўқималарда бўлади, тўқимадаги темир захираси камаяди. Бу ҳолат зардобда ферритин миқдорининг камайишига олиб келади, кейинчалик

трансферриннинг темир билан тўйиниш даражаси камайишига ва оксидланишнинг сусайишига сабаб бўлади. Айти вақтда қон зардобининг темир билан боғланиш хусусияти ошади. Юқорида кўрсатилган ўзгаришлар қондаги темир миқдорининг 11,6 мкмол\л гача камайишига олиб келади. Шундай темир танқислик камқонлиги белгилари юзага чиққунча қадар тўқимадаги темир етишмовчилигига хос клиник белгилар ҳамма вақт ҳам аниқ намоён бўлавермайди. Шунинг учун темир танқислигини аниқлашда хавфли гуруҳдаги болаларга алоҳида эътибор бериш кераклигини таъкидлаб ўтамиз.

Ташҳис:

Белгилар ва симптомлар:

1. Анамнези

Нв миқдори 70-80 г/л дан пастга тушмагунга қадар, одатда, камқонлик белгилари намоён бўлмайди. Қондаги Нв қонцентрацияси билан камқонлик белгилари ўртасида ўзаро боғлиқлик йўқ. Аммо Нв миқдори 80 г/л дан пастга тушгач, тўқималарнинг кислород билан таъминланиши бериши камайдиган ва шунга алоқадор симптомлар пайдо бўлади.

Сурункали камқонликда, эритроцитлар миқдори секин-аста камайиб боради, Нв миқдори ҳам жуда камайдиган, аммо организмнинг компенсатор механизмлари ишга тушиши натижасида клиник симптомлар намоён бўлмайди.

2. Камқонлиги бор беморларда учрайдиган синдромлар:

➤ Астеноневротик синдром:

Тез чарчаш, кўзғалувчанлик, асабийлашув, кўп терлаш, психомотор ривожланишдан орқада қолиш; ҳолсизлик, астения, апатия, иштаҳа пасайиши, диққатнинг сусайиши.

Ёши каттароқ болаларда – бош оғриги, бош айланиши, қулоқларда шовқин (шанғиллаш), кўз олди қоронғилануви, юракда оғриқ, иштаҳанинг патологик ўзгариши (оҳак, бор, хом картошка, хом гўшт истеъмол қилиш),

геофагия (кўпроқ лой истеъмол қилиш),

ногофагия (ортиқча муз, музқаймоқ истеъмол қилиш), ҳид сезишнинг патологик ўзгариши (керосин ҳидини яхши кўриши ва бошқалар), дизурик бузилишлар.

➤ Эпителиал синдром:

Тери, шиллик пардалар ва кулоқ супрасининг рангпарлиги; тери курук, кипикланувчан бўлиши; тери, тирноқ ва сочнинг дистрофик ўзгаришлари (рангдор, хира, синувчан, кам бўлиши), оғиз ва тил шиллик пардасидаги ўзгаришлар (оғиз бурчакларида яралар, ангуляр стоматит, сўрғичларнинг силлиқлашуви, тилнинг қизариши, атрофик глоссит);

Гастрит, дуоденит, мальдигестия – копрограммада озик моддалар чиқиб кетишининг бузилиши аломатлари билан ич кетишининг бузилиши; кўнгил айниши; склеранинг ҳаворанг бўлиши; баъзан тери ранги алебастрсимон- яшил бўлиши, яъни хлороз.

➤ Юрак-қон томир синдроми:

Тахикардия, ҳансираш, артериал гипотония, юрак тонларининг бўғиқлашуви, юрак нисбий чегараларининг кенгайиши, юрак чўққисида функционал систолик шовқин, қон томирлар устида шовқин эшитилиши.

➤ Мушак синдроми:

Мушаклар гипотонияси, тез чарчаш, мушаклар кучсизлиги оқибатида пешоб тутта олмаслик, қабзият.

➤ Иккиламчи иммунтанқислик синдроми:

ЎРВИ, зотилжам, ичак инфекцияларининг тез-тез қайталаниши.

Темир танқислигида кам учрайдиган симптомлар: гепатоспленомегалия, битурия (қизил лавлаги егандан кейин пешоб рангининг қизариши), гавдадаги шишлар.

3. Физикал текширувлар:

Объектив текширувда бемор соғлом кўринсада, лекин терисининг рангпарлиги ва кўз қонъюнктивасининг оқариши кузатилади.

Гипотиреодизмдан сўнг камқонлиги бўлган беморларда терининг куруклиги, товушнинг бўғиқлиги қайт этилса, терида кўкаришлар борлигини, тромбоцитларнинг камайганлиги ёки эритроцитлар гемолизи билан боғлаш мумкин. Камқонлиги бўлган беморларда терининг сариқлиги, жигар функциясининг бузилиши, витамин В₁₂ танқислиги, эритроцитлар гемолизига боғлиқ. Рак касаллиги ва инфекциялардан сўнг пайдо бўлган камқонликларда беморнинг лимфатик тугунлари катталашуви қайд этилади. Камқонликнинг оғир формалари бўлган беморларда терининг

куруклиги, қошиқсимон юпқа тирноқлар, соч тўкилиш белгилари, тил сўрғичлари атрофияси, лаб чеккаларида эрозиялар кузатилади.

4.Лаборатор ташҳисоти:

- Қонда ферритин миқдорининг камайиши – 30 нг/мл дан кам;
- Қон зардобидаги темирнинг 77,6 мкмоль/л дан камайиши;
- Сидеробластнинг суяк кўмигида 70% дан камайиши;
- Қон зардобининг темирни боғлаш хусусиятининг 50 мкмоль/л дан юқори бўлиши (меъёрда 30,6 – 84,6 мкмоль/л);
- 5 ёшгача болаларда Нв миқдорининг 110 г/л дан камлиги;
- 5 ёшдан катта болаларда Нв миқдорининг 120 г/л дан камлиги. Камқонликни аниқлашнинг осон ва керакли усулларидан бири Сали методи бўйича Нв миқдорини аниқлашдан иборат.

Жадвал

Боланинг ёши	Гемоглобин г/л
5 ёшгача	110
Ҳомиладор бўлмаган аёллар	120
Ҳомиладор аёллар	110
Эркаклар	130

- Ранг кўрсаткичи – 0,8 дан кам;
- Эритроцитдаги Нв нинг ўртача миқдори 80 фл/мкм³ дан кам;
- Ретикулоцитларнинг қондаги миқдори ошиши.

Таснифи

Камқонликнинг таснифларида энг тарқалган усуллардан бири эритроцитлар ўлчамини аниқлашдан иборат.

Эритроцитларнинг ўлчамига боғлиқ ҳолда камқонлик қуйидагича таснифланади:

- Микроцитар камқонлик – эритроцитларнинг ўрта корпускуляр ҳажми 75–80 фл дан кам.

- Макроциттар камқонлик – эритроцитларнинг ўрта корпускуляр ҳажми – 100 фл дан катта.
- Нормоциттар камқонлик – эритроцитларнинг ўртача ҳажми – 75–80–100 фл га тенг.

Камқонликни келтириб чиқарувчи ва ривожланиш сабабларига асосланган ҳолда ҳам таснифланади. Эритроцитлар гемолиздан кейинги ва қон кетишидан ҳосил бўлган камқонликлар тафовут этилади.

Суяк кўмигининг регенератор хусусиятига қараб:

- Регенератор – ретикулоцитлар сони – 15–50%, РИ – 1 ёки 2га тенг.
- Гипорегенератор – РИ – 1 ёки 1 дан кам.
- Гиперрегенератор – ретикулоцитлар сони – 50% дан кўп, РИ – 2 дан кўп.

Гиперрегенератор камқонлик – кўп миқдорда эритроцитлар парчаланишининг асосий белгиларидан. Ретикулоцитар индекс РИ-қуйидагича ҳисобланади: гематокрит сонини ретикулоцитлар сонига кўпайтириб, меъёрда гематокрит сонига бўлинади.

Масалан, бола 7 ёшда. Гематокрит 20%, ретикулоцитлар сони 2 %, РИ= 2×20 : 40 ёки 1 га тенг. Ташҳис: суяк кўмиги функциясининг сусайиши камқонлиги.

Камқонлик қон кетиши ва эритроцитлар гемолизи натижасида юзага келса, РИ 3 га тенг бўлади.

Камқонлик эритроцитлар ишлаб чиқарилишининг сусайиши ёки патологик эритроцитлар ишлаб чиқарилиши натижасида юзага келса, РИ 2 дан кам бўлади.

Ранг кўрсаткич бўйича:

- Нормохромли – 0,8–1,0;
- Гипохромли – 0,8 дан кам;
- Гиперхромли – 1,0 дан юқори.

Оғирлик даражаси бўйича:

- Енгил – Нв миқдори 90 г/л гача;
- Ўрта оғир – 70 г/л гача;
- Оғир – 70 г/л дан кам.

Даволаш

Темир танқислиги ҳолатини даволашда фақат овқатланиш билан чегараланмасдан, темир препаратларини ҳам тавсия этиш лозим.

Темир препаратларини тавсия этишдаги умумий хусусиятлар.

1. Темир препаратлари, асосан, ичилади. Тери орқали юборилганда, кўпгина ножўя таъсирлар (аллергик реакциялар, абсцесслар, флебитлар, гемосидероз) юзага келиши мумкин.

2. II- валентли темир 3 валентли темирга нисбатан яхши сўрилганлиги туфайли, шу валентини сақлашни таъминлаш керак.

3. Темир препаратларини тўлиқ дозада беришдан олдин организмнинг дорини кўтара олиш қобилияти текшириб кўрилади.

4. Эрта ёшли, яъни 1 ёшгача бўлган болаларга темир препаратлари (ферронат, мальтофер, мальтофал)ни суюқлик кўринишида ҳар хил шарбатларга (олма, лимон шарбати) аралаштириб берилса, иштаҳа билан ичади.

- Катта ёшдаги болаларга темир препаратлари таблетка кўринишида тавсия этилади. Эрта ёшдаги болаларга 5-8 мг/кг дан 3 га бўлиб берилади.

- Темир препаратларини овқатланиш ўртасида олма ва цитрусли шарбатлар билан бирга тавсия этиш лозим.

- Темир препаратларини сут маҳсулотлари ва чой билан бирга ичиш тавсия этилмайди.

- Темир препаратларини аскорбин кислота ва Е витамини билан тавсия этиш уларнинг терапевтик таъсирини кучайтиради.

- Темир препаратларини В₆, В₁₂, фолат кислота билан биргаликда, кўрсатма бўлмаса, тавсия этиш мумкин эмас.

- Темир препаратларини тери ва қон томир орқали юборишдаги кўрсатмалар: энтеритлар, ярали-некротик энтероколит ва бошқа меъда-ичак касалликлари.

- Темир препаратларини даволаш курси қуйидагича аниқланади:

120-Нв г/л х (бемор боланинг вазни кг да) х 0,4

Гемоглобин миқдорининг организмда ошиш тезлиги препаратларни ичганга нисбатан венага ва мушак орасига юборилганда юқори бўлади. Темир препаратлари мушак орасига чуқур юборилиши лозим.

Болаларда гавда вазни:

5 кг гача – 0,3 мл,

5–10 кг – 1,0 мл,

1 ёшдан – 3 ёшгача – 2,0 мл,

4–14 ёшли болаларга 3–4 мл кунига 1 марта.

Даволаш курси – 6 – 10. Биринчи юборилган миқдори 1 марталик миқдорининг 1/2 қисми, 2- юборилган миқдори эса 1 марта

юбориладиган миқдорининг 2/3 қисмини, 3- инъекция эса 1 марталик тўлиқ миқдорини ташкил қилиши керак.

Темир препаратлари билан даволангандан сўнг натижалар қуйидагича:

72–96 соатдан сўнг ретикулоцитлар сонининг ва 7 – 10 кундан сўнг Нв миқдорининг ошиши кузатилади.

Нв миқдори меъёрига етганидан сўнг, темир препаратлари билан даволаш 4 – 6 ҳафтадавомида поликлиникаларда олиб борилади.

Камқонлик бошқа бирор касаллик билан бирга келганда ёки камқонликнинг оғир кечадиган шаклларида стационарда даволаниш шарт.

Профилактикаси

Ўсиб бораётган ёш организмни тўғри, рационал овқатлантириш камқонликнинг олдини олишда асосий омиллардан биридир. Камқонликнинг олдини олиш ва даволашда кунлик овқат рационидида қуйидаги озиқ маҳсулотлари тавсия этилади: гўшт, балиқ, жигар, тухум, кўкатлар, қанд лавлаги ва бошқалар. Рационал овқатланиш билан бир қаторда темирнинг сўрилишини таъминлаш камқонликнинг олдини олишда яна бир асосий омиллардан биридир.

Қуйидаги жадвалда темирни сўрилишига таъсир қилувчи омиллар кўрсатилган.

Сўрилишни яхшиловчи омиллар	Сўрилишни сусайтирувчи омиллар
Гўшт, балиқ, парранда гўшти, денгиз ўсимликлари, таркибида С витамини бўлган маҳсулотлар (мевалар, шарбатлар, картошка, гулқарам)	❖ Фитатлар (донли маҳсулотлар, юқори навли ун, ёнғоқлар) ❖ Танинлар (чай, кофе, какао) ❖ Таркибида кальций бўлган овқат маҳсулотлари (сут ва сут маҳсулотлари)

Камқонликнинг олдини олиш, асосан, туғиш ёшидаги аёллардан бошланади.

Хомиладорликнинг 2- ярим йилида ҳамма аёлларга темир препаратларини истеъмол қилиш тавсия этилади. Гемостимулин 1,0 г дан 1 кунда бир марта, охириги 2–3 ойликда қўшимча овқат қўшилгунга қадар.

Диспансер кузатуви.

Камқонликнинг ўрта оғир ва оғир формалари билан касалланган беморлар даволангач, гемоглобин миқдори меъёрдалашгандан сўнг 6 ой мобайнида диспансер кузатувида бўладилар. Шу давр мобайнида 1 ойда 1 марта умумий қон таҳлили ўтказилади, профилактик эмлашлар 6 ой кейин, умумий қон таҳлили меъёрига тушгач, қилинади.

БРОНХИТЛАР

2.10. ЎТКИР БРОНХИТ

Ўткир, оддий бронхит – бронхлар обструкциясиз, ўпка тўқимаси шикастланиш белгиларисиз кечадиган бронхлар яллиғланиши.

ТАШҲИСОТ МЕЗОНЛАРИ

1. Анамнези

Касаллик кўп ҳолларда ўткир респиратор инфекциядан сўнг ривожланади.

2. Клиник мезонлар

➤ Респиратор синдроми - томоқнинг шиллик қавати қизарган, ринит, касалликнинг бошланғич даврида қуруқ йўтал, кейинчалик шиллик балғам, кам ҳолларда йирингли шиллик бўлади.

➤ Нафас етишмовчилик синдроми - қайд этилмайди, касалликнинг оғир кечиш даврида бир оз кузатилади.

➤ Ўпка-бронх синдроми – перкутор товуш ўзгаришсиз ёки қутичасимон, дағал нафас, қуруқ, катта ва ўрта катталиқдаги пуфакли нам, нафас олганда эшитилувчи, йўталдан сўнг ўзгарувчи хириллашлар. Кам ҳолларда бир-ярим майда пуфакли нам хириллашлар эшитилади.

➤ Интоксикация симптоми – тери бир оз оқарган, гавда ҳарорати меъёрда ёки субфебрил ҳолатгача кўтарилган. Гавда ҳарорати давомийлиги 2–3 кундан ошмайди. Касалликни аденовируслар ва микоплазмалар чқўзғатса гавда ҳароратининг кўтарилиши 8–10 кунгача давом этиши мумкин.

3. Лаборатор ва инструментал текширув натижалари

1. Ўпка рентгенограммаси (зотилжамга шубҳа қилинган ҳамма болалар текширилади), ўпка суратининг кучайиши, ўчоқли соялар қайд этилмайди.
2. Умумий қон таҳлили – лейкоцитлар сони меъёردа ёки бир оз ошган, кам ҳолларда лейкопения, лимфоцитоз, ЭЧТ кўпчилик беморларда ўзгармайди.

Таснифи

1. Ўткир оддий бронхит.
2. Ўткир обструктив бронхит.
3. Ўткир бронхиолит.
4. Ўткир облитерацияланувчи бронхиолит.
5. Қайталанувчи бронхит.
6. Қайталанувчи обструктив бронхит.
7. Сурункали бронхит.
8. Сурункали облитерацияланувчи бронхит.

Даволаш

Симптоматик даво – ўткир респиратор вирусли инфекциянинг 1–2 кунлари бурунга бир кунда 4–6 марта интерферон томизилади. Вирусли бронхитда бактерияга қарши дори воситалари тавсия этилмайди, микоплазма сабабли келиб чиққан бронхитда эритромицин ёки сумамед буюрилади.

Йўталга қарши дори воситалари: либексин, бронхолитин, фақат қуруқ йўтал бўлганда балғам кўчишини енгиллаштириш учун кўп суюқлик, алтейка дамламаси, бромгексин. Қийнайдиغان оғир йўтал қайд этилганда маҳаллий таъсир этувчи гормон препаратлари (бекотид, бекламет) тавсия этилади. Ларинготрахеитда буғли ингаляция, агар патологик жараён чуқур кечса, сувли ва 2% натрий хлор, натрий бикарбонат аралашмаси билан ингаляция ўтказилади. Бронхитларда кўп тавсия этиладиган гистаминга қарши дори воситаларининг таъсир кучининг самарадорлиги аниқланмаган, шунинг учун уларни тавсия қилиш мумкин эмас. Болаларга горчичниклар, банкалар қўйиш тавсия этилмайди, чунки улар бола терисини шикастлайди, кўп ҳолларда терининг аллергик касаллигига сабаб бўлади. Оёққа иссиқ ванналар қилиш томирларда қон айланишини яхшилади ва яхши таъсир кўрсатади.

Профилактикаси

Қуйидагиларни ўз ичига олади:

- болаларни чиниқтириш;
- рационал овқатлантириш (эмадиган болалар сунъий овқатлантирилган болаларга нисбатан кам касалланадилар);
- вирусли касаллик билан оғриган беморлар билан мулоқот қилмаслик;
- ЎРВИнинг дастлабки клиник белгилари пайдо бўлганда интерферон тавсия этилади.

Реабилитацияси

- рационал овқатланиш;
- нафасни тиклаш (қорин билан тўлиқ нафас олишни тиклаш, тез-тез нафас олишни тўхтатиш);
- Сурункали инфекция ўчоқларини вақтида даволаш.

2.11. ОБСТРУКТИВ БРОНХИТ

Ўткир обструктив бронхит – бронхларнинг обструкцияси билан кечадиган ўткир инфекцион яллиғланишидир.

Ташҳисот мезонлари

1. Анамнези

Обструктив бронхит кўпчилик ҳолларда ўткир респиратор вирусли инфекциянинг 2–3 кунидан сўнг ривожланади.

2. Клиник мезонлар

➤ Респиратор синдром – оғиз тилчаси ва бурун-томоқ шиллик қаватининг қизариши, касалликнинг бошланғич даврида қуруқ, кейинчалик нам йўтал, балғам қийин ажралади.

➤ Нафас етишмовчилиги синдроми – 1 дақиқада 50 марта, кам ҳолларда 60–70 тагача, ёрдамчи мушаклар иштирокида қайд этилувчи экспиратор хансираш, масофадан эшитилувчи хириллаш, оғиз-лаб учбурчагининг кўкариши, ортиқча ҳаракатдан сўнг кучаювчи хансираш.

➤ Бронх-ўпка ва бронхобструктив синдромлар – қутичасимон перкутор товуш, нафас чиқаришнинг узайиши ва қийинлашуви, дағал нафас, қуруқ хуштаксимон, катта ва ўрта катталиқдаги,

йўталганда жойлашишини ва товушини ўзгартирувчи нам хириллашлар. Тахипноэ ҳолатда нафас чиқаришнинг узайиши кузатилмайди.

➤ Интоксикация симптоми – бола безовта, қулай ҳолатни эгаллашни хоҳлайди, гавда ҳарорати бир оз кўтарилиши ёки микоплазмали ва аденовирусли инфекция кўзғатганда юқори бўлиши мумкин.

3. Лаборатор ва инструментал текширув натижалари

1. Ўпка рентгенограммаси – ўпка шишган, бронх-томир суратининг кучайиши, ўпка илдизида суюқлик (инфилтрация легочных корней)

2. Умумий қон таҳлили – лейкоцитлар сони меъёрда ёки камайган, кам ҳолларда эозинофиллар сони ошган, ЭЧТ бир оз тезлашган ёки меъёрда.

Даволаш

1. Ўткир оғир кечиш даврида нафас олишни яхшилаш керак, оғир кечганда – O_2 билан даволаш;

2. Касалликнинг бошланғич даврида интерферон тавсия этилади. Бактерияга қарши дори воситалари даволашда ишлатилмайди. Обструктив синдромни бартараф қилиш мақсадида бронхларни кенгайтирувчи дори воситалари қўлланади.

Симпатомиметик дори воситалари даволаш мақсадида тавсия этилса, яхши натижа беради. Сальбутамол ёки вентолин 0,1 дан\гавда вазнига х 3маҳал.

Алупент 0,1 – 0,3мл м/о га 1 маҳал. Аэрозол кўринишида беротек, сальбутамол, астмопент ва ҳ.к. Юқоридаги дори воситаларининг таъсири 20% болаларда дастлабки қабулдан сўнг юзага чиқади. 80% болаларда эса кейинги инъекциялардан сўнг натижа беради.

Эуфиллин – парентерал, энтерал. Бир марталик дозаси 4-7мг/кг. Симпатомиметик дори воситалари таъсир қилмаганда, эуфиллин венага юборилса, яхши натижа беради. Юқорида кўрсатилган дорилар таъсир қилмаганда кортикостероид дориларни қўллаш яхши натижа беради. Уларнинг 1 марталик преднизолонга нисбатан ҳисобланган дозаси энтерал йўл билан берилганда 2мг\кг, парентералда 5мг/кг.

Оғир обструкция ёки обструкция кучайиб борса (фторотан, масалан, дексаметазон) қисқа муддатли курс билан 1–3 кун

давомида тавсия этиш ва тўхтатиш яхши натижа бериши тасдиқланган.

3. Гистаминга қарши препаратлар – аллергиянинг тери кўриниши бўлган болаларга тавсия этилади.

Профилактикаси

Обструкция қайталанишининг олдини олиш учун:

- бола яшаётган хонада чекмаслик;
- облигат аллергенлар бўлмаслиги;
- яшаш жойда шароитни яхшилаш;
- аллергик касалликлари бор болаларни 3–6 ой давомида кетотифен ёки задитен билан даволаш.

2.12. БРОНХИОЛИТ

Бронхлар ва бронхиолаларнинг обструкцияси ва нафас етишмовчилиги белгилари билан кечадиган ўткир инфекцион касаллик асосан 1 ёшгача бўлган болаларда учрайди.

Ташҳисот мезонлари

1. Анамнези

Касаллик кўпчилик ҳолларда вирусли инфекциянинг дастлабки 3–4 кунларида бурун битиши, бурун оқиши, аксириш билан бошланади.

2. Клиник мезонлар

➤ Респиратор синдром – юқори нафас йўллариининг яллиғланиши, қаттиқ – ҳуружсимон йўтал, айрим ҳолларда қийин ажралувчи шиллик балғам билан азоб берувчи йўтал, йўтал фонида қусиш қайд этилади.

➤ Нафас етишмовчилиги синдроми – 1 дақиқада 70–90 мартагача, ёрдамчи мушаклар иштирокида экспиратор хансираш, оғиз-лаб учбурчагининг кўқариши, апноэ ҳуружи ва коллапс ҳолати.

➤ Ўпка-бронх ва бронхообструктив синдром – бочкасимон кўкрак қафаси, юқори қутичасимон перкутор товуш, юрак тўмтоқлик чегарасининг қисқариши, жигар ва талок пастки чегараларининг силжиши, каттиқ нафас, узайган хуштаксимон нафас чиқариш билан майда пуфакли тарқалган хириллашлар, нафас олишда ва нафас чиқаришда крипитацияланувчи хириллашлар.

➤ Интоксикация симптоми – кучли намоён бўлмайди, гавда ҳарорати субфебрил ёки меъёрда, кам ҳолларда кўтарилиб, аденовирусли бронхиолитда 6–8 кунгача сақланиб туради.

3. Лаборатор ва инструментал текширув натижалари

- Кўкрак қафаси рентгенограммаси – ўчоқли сояларсиз, ўпка сурати кучайган, ўпка илдизи сояси кенгайган ва ёруғлиги ошган. Бронхлар ўтказувчанлигининг бузилиш белгилари, ўпканинг ҳаво билан тўлиши бир хил эмас, кам ҳолларда ателектаз аниқланади, улар вақтинчалик бўлиб, ўз ҳолига қайтади.
- Бронхоскопияда – бронх деворларида балғам бўлаклари ва фибрин қолдиқлари кузатилади.
- Бронхографияда - бронх йўллари торайган.
- Умумий қон таҳлили – лейкоцитлар меъёрда ёки камайган, лимфоцитлар сони ошган, айрим ҳолларда нейтрофилли лейкоцитлар бир оз ошган, ЭЧТ бир оз тезлашган.
- Балғамни текшириш – балғам тиниқ, оқ рангда ёки йиринг билан аралашган.
- Қонни биокимёвий текшириш – диспротеинемия, гипогаммаглобулинемия.

Даволаш

2.13. ПНЕВМОНИЯ (ЗОТИЛЖАМ) – ЎПКАНИНГ ЎТКИР ЯЛЛИҒЛАНИШИ

Ўпканинг инфекцион ўткир яллиғланиши ҳар хил турдаги нафас етишмовчилиги, жойлашган ўпка-бронх синдроми, бир ўчоқли ва сегментли инфилтратив ўзгаришлар билан кечади.

Ташҳисот мезонлари

1. Анамнези

Респиратор инфекция билан боғлиқлиги – шамоллаш омилидир.

2. Клиник мезонлар

➤ Респиратор синдром – ЎРВИнинг клиник белгилари, қаттиқ чуқур йўтал, шилимшиқ ёки шилимшиқ йирингли балғам билан характерланади.

➤ Токсикоз синдроми – ҳар хил даражада намоён бўлиши мумкин. Уйқусизлик, ҳолсизлик, кам ҳаракатчанлик ёки ўта қўзғалувчанлик, талваса олди ҳолати, бир қатор ҳолларда талваса ҳуружи, иштаҳа бузилиши, умуман овқат истеъмол қилмаслик, гавда ҳароратининг 5 кундан ортиқ 38°C бўлиш, юқори даражали терини оқариши, гавда ҳароратига зид равишда юрак тахикардияси, юрак тонлари бўғиқли, физиологик рефлексларнинг сусайиши, мушаклар гипотонияси, диспептик ўзгаришлар, эксикоз ривожлангунга қадар гавда вазнининг камайиши, жигар катталашishi.

➤ Нафас етишмовчилиги синдроми; ёрдамчи мушаклар иштироқи билан кечувчи инспиратор хансираш, бурун-лаб учбурчаги цианози ёки жисмоний зўриқишдан сўнг кучаювчи тарқалган цианоз.

➤ Бронх-ўпка синдроми патологик ўчоқнинг жойлашиши билан боғлиқ. Кўп ҳолларда патологик ўчоқ бир томонлама бўлади. Перкуссияда – яллиғланган ўчоқнинг устида перкутор товушнинг тўмтоқлашуви кузатилади. Яллиғланиш ўчоғи устидан бронхиал ва суствлашган нафас орасида майда пуфакли крипитацияланувчи нам хириллашлар эшитилади. Товуш тебраниши ва бронхлар ўтказувчанлиги яллиғланиш жараёни устида кучайган бўлади.

3. Лаборатор ва инструментал текширув натижалари

1. Умумий қон таҳлили: лейкоцитлар сони нейтрофиллар ҳисобига кўпайган. Лейкоцитар формула чапга силжиган. ЭҚТ тезлашган (20мм/с дан юқори). Кичик ёшдаги болаларда камқонлик эрта ривожланади.

2. Ўпка рентгенограммаси: инфильтратив ўзгаришлар ўчоқда бир ёки бир нечта сегментларда учрайди. Касалликнинг бошланғич фазаси ва тузалиш даврида ўпка суратининг кучайиши, ўпка илдизининг ҳар хил ўзгаришлари кузатилади.

БОЛАЛАРДА ЗОТИЛЖАМ ТАСНИФИ

1 ойдан катта болаларда зотилжамни касалхонадан ташқари ва касалхона ичи зотилжамга бўлиш муҳим аҳамиятга эга, чунки бу зарарланиш шароитини билдиради ва маълум бир чақирувчига шубҳа килади. Касалхонадан ташқари зотилжам зотилжамни оддий уй шароитида **махрум** бўлишини кўрсатади. Агар зотилжам

касалхонада 72 соатдан ортиқ ёки касалхонадан чиққандан кейин 72 соат мобайнида ривожданган бўлса касалхона ичи зотилжам деб айтилади.

Даволаш

Стационарга ётқизилгунга қадар даво чоралари.

○ Антибиотикларни танлаш ва тавсия этиш. Ўпканинг чегараланган маълум қисмида локал-физикал ўзгаришлар (локал майда пуфакли крепитацияланувчи нам хириллашлар, перкутор товушнинг қисқариши ва б.) аниқланган беморларда зотилжам ташҳиси бўлиши тахмини юқоридир. Бундай беморларга антибиотиклар рентген текшириши ўтказилгунга қадар тавсия этилади. Хозирги кунда кўпинча β-лактамаза чиқаридиган ва шу сабабли ананавий қўлланиладиган антибиотикларга резистент бўлган микроорганизмлар болалар ва катталарда зотилжам ва унинг асоратларини келиб чиқишига сабаб бўлади. Шунинг учун ўз вақтида болани қийнамасдан даволашни бошидан рационал антибиотикотерапия қўллаш керак. Танлаган антибиотик кенг таъсир доирасига ва кам ножўя таъсирга эга бўлиши шарт. Хамма этиб ўтилган шартларга цефалоспоринларни III авлоди тўлиқ жавоб беради. Цефалоспоринларнинг афзаллиги шундаки, жуда кўп микро-организмларга, яъни Гр-манфий ва Гр-мусбат, аэроб ва анаэроб микроорганизмларга таъсир қилади. Цефазим (цефотаксим) кўп текширувларда айниқса нафас йўллари яллиғланишда ўзини самадорлигини исботлаган. Цефазимни кунига 2 маротаба м/о ёки т/и 50-100 мг/тана оғирлига қўллаймиз. Цефограм (цефтриаксон) худди Цефазимга ўхшаб кенг таъсир доирасига эга бўлиб, кунига 1 маротаба боланинг ахволини оғирлига қараб 20-100 мг/тана оғирлига қўлланилади. Болага фақат 1 маротаба инъекция қилиш ҳам онага, ҳам болага, ҳам тиббиёт хамширага қулай бўлади. Цефограм 24 соат давомида ўзини терапевтик концентрациясини хужайралараро суюқликда сақлаб туради.

○ Болаларда 1 марта бўлса ҳам гавда ҳарорати 38°C дан юқори бўлиб, давомийлиги 3 кундан ошса, интоксикация ва нафас етишмовчилиги белгилари кузатилса, бундай беморларга антибиотиклар рентген хонасига жўнатилгунга қадар буюрилади.

1. Гавда ҳарорати 38°C бўлган, интоксикация ва нафас етишмовчилиги белгилари бўлмаган беморларга антибиотик ва рентген текшируви тавсия этилмайди.

2. Зотилжамнинг ўрта оғир кўринишларида, асоратсиз кечувида уйда касалланган, ёши 6 ойдан катта бўлган болаларга 100000 Б/кг суткада пенициллин тавсия этилади. Агар бола стационарга етиб келгунга қадар 2 кун давомида пенициллин билан даволанган бўлса ва ҳеч қандай натижа бўлмаса, бундай беморларга цефалоспорининг III авлоди Цебанекс (цефоперазон+сульбактам) 40-80 мг/тана оғирлига суткада 2 мартаба м/о ёки т/и буюрилади.

3. Ёши 6 ойгача бўлган болаларда грамм-манфий микроблар ва стафилококк аниқланса Цефазим, Цефограм, Цебанекс тавсия этилади.

4. Зотилжамнинг деструктив шаклида ва кўп миқдорда инфилтратив ўчоқлар бўлганда 2 хил пенициллиназа ферментига чидамли антибиотиклар тавсия этиш керак. Улардан бири – цефалоспорин – Цефазим суткада 2 маҳал венага 50-100 мг/кг; Цефограм 20-100 мг/кг 1 маҳал венага юборилади.

5. Ампициллин стафилококкли зотилжамни даволаш учун қўлланмайди. Чунки у микробнинг пенициллиназа ферменти таъсирида парчаланиб кетади.

6. Микоплазмали зотилжамни даволашда суткасига 30–50 мг/кг/ эритромицин ёки бошқа макролидлар тавсия этилади.

7. Зотилжам кўзгатувчиси кўк йирингли таёқча бўлса, суткасига 30-100 мг/кг Цефдим (цефтазидим) ёки 40–80 мг/кг Цебанекс тавсия этилади.

8. Зотилжам ОИТС билан хасталанган болада кузатилса ёки нейтропения билан бирга келса ва бошқа оғир ҳолатларда цефалоспоринларнинг IV авлоди Эфипим (цефипим) суткада 50 мг/кг ҳар 12 соатда буюрилади.

Профилактикаси

Ўткир нафас йўллари касалликлари, шу билан бирга ўткир зотилжамнинг бирламчи профилактикасига кенг қамровли комплекс маиший-гигиена тадбирлари, аҳоли ва болаларнинг соғлом турмуш тарзини яхшилаш, яъни тўғри овқатлантириш, укаланиш, бадантарбия, чиниқтириш, яшаш шароитини яхшилаш бўйича билимини ошириш тадбирлари киради. Маълумки, профилактик эмлашларнинг тўлиқ курсини олган болалар юқумли касалликлар (ўткир ичак инфекцияси, ЎРВИ, зотилжам) билан кам касалланадилар. Пневмококк ва гемофил таёқчага қарши вакцина чет элда ишлаб чиқарилган ва амалиётга тадбиқ этилган.

Диспансер кузатуви

Умумий амалиёт шифокори – 3 ёшгача бўлган болаларни кварталда 2 марта, 3 ёшдан ошган болаларни кварталда 1 марта кўздан кечириб боради. Кузатиш давомийлиги – 1 йил. Кўрувда қуйидагиларга эътибор берилади: боланинг жисмоний ҳолати, йўтал, нафас тури ва перкутор маълумотлар, ўпкадаги хириллашлар.

Реабилитацияси

Қуйидаги тадбирларни ўз ичига олади.

- Рационал овқатлантириш;
- Сурункали инфекция ўчоқларини санация қилиш;
- Шифобахш гиёҳлар билан даволаш;
- Чиниқтириш ва бадантарбия машғулоти билан шуғуллантириш.

2.14. ТУҒМА ЮРАК НУҚСОНЛАРИ

Организм учун зарарли бўлган ҳар хил омилларнинг ҳомилага, боланинг ривожига таъсири натижасида юракнинг ва катта қон томирларнинг шаклланишида ҳосил бўладиган нуқсонлар.

ОЧИҚ (БИТМАГАН) АРТЕРИАЛ НАЙЧА

Анатомик моҳияти - очик (битмаган) артериал найча ўпка артериясини аорта билан боғлаб, ҳомилада қон айланишида муҳим ўрин эгаллайди.

ТУҒМА ЮРАК НУҚСОНЛАРИ ТАСНИФИ

<i>Гемодинамиканинг бузилиши</i>	<i>Кўкаришсиз</i>	<i>Кўкариш билан</i>	<i>Кечиши фази</i>
Кичик қон айланиш доирасининг бойиши билан	Артериал найча бекилмаслиги, бўлмачалараро тўсиқ нуқсон, қоринчалараро тўсиқ нуқсон	Эйзенмегер комплекси, магистрал катта томирларнинг транспозицияси, умумий артериал устун	Бирламчи адаптация босқичи

Кичик қон айланиш доирасининг камбағаллашув и билан	Ўпка артериясининг алоҳида стенози	Фалло касаллиги, уч тавақали қопқоқ атрезияси, ўпка артерияси стенози билан томирлар тўлик транспозицияси, умумий артериал устун, Эбштейн касаллиги	
Катта қон айланиши доирасининг камбағаллашув и билан	Артерияларнинг алоҳида стенози, Аорта коарктацияси		
Гемодинамикас и бузилишсиз	Декстракардия, Толочинов-Роже кассаллиги		

Гемодинамикаси:

- кислородга тўйинган қоннинг бир қисми битмаган артериал найча орқали аортадан ўпка артериясига, кейин ўпкага ўтади;
- қўшимча қоннинг келиб қуйилиши ўпка қон томирларида босимнинг ошишига олиб келади;
- ўпкадан чап қоринчага ва чап бўлмачага қуйиладиган ортиқча қон туфайли чап қоринча ва бўлмача гипертрофияси вужудга келади;
- катта қон айланиш доирасида қон миқдори камаяди.

Ташҳисот мезонлари

1. Анамнези

Яқин қариндош-уруғларида орттирилган ва туғма юрак-қон томир касалликлари бўлмаганлиги, онанинг ҳомилалик давридаги касалликлари (қизилча, қизамиқ, токсоплазмоз), асосан, биринчи 3 ойлигида; ҳомиладор аёлга радиоактив нурлар, захарли кимёвий омиллар таъсири, онанинг токсикозлик даврида парҳезга риоя қилмаслиги натижасида гиповитаминоз

ҳолатлари юзага келиши; яхши кечмаган акушерлик анамнези (болани олдириб ташлаш, бола ташлаш), туғилишнинг асоратли кечиши, ота-оналар ўртасидаги ёшда катта фарқ бўлиши, яқин қариндошлик ва бошқалар.

2. Клиник мезонлар

- тез чарчаш, ҳаракат қилганда ҳансираш;
- терининг оқариши, бола йиғлаганда, ёзилишга тўсилганда танасининг пастги қисми кўкариши;
- бўйин томирларининг тез уриши, баландга сакровчи, тез томир уриши, юрак букриси, юрак турткисининг кучайганлиги, юрак асосида систолодиастолик силкиниш (титраш);
- юрак чегарасининг чап томонга силжиши;
- ўпка артериясида II тон акценти ва қўшилиб кетиши;
- дағал машина шовқинига ўхшаш, тўш суягидан чапда, 2-қовурғалар орасидан яхши эшитилувчи, курак суяклари орасига ва бўйин томирлари атрофига узатилувчи узлуксиз систолодиастолик шовқин;
- чап қоринча етишмовчилиги бўйича қон айналишининг бузилиши билан боғлиқ клиник белгилар;
- артериал босим – систолик артериал босим ошиши, диастолик артериал қон босими пасайиши, ҳатто нолга тушиши мумкин.

3. Лаборатор ва инструментал текширув натижалари

Инструментал натижалар

- ФКГда – юқори амплитудали, ромбсимон тўш суягидан чапда 2-қовурғалар орасида жойлашган систолодиастолик шовқин кузатилади.
- ЭКГда – дастлаб чап қоринча гипертрофияси белгилари, кейинчалик иккала қоринча гипертрофияси белгилари.
- ЭХОКГда – чап бўлмача ва чап қоринча ўлчамининг катталашуви, митрал қопқоқ тебраниши, амплитудасининг ошиши.
- Рентгенограммада - ўпка томир сурати кучайган, юрак ҳажми чап қоринча гипертрофияси ва чап бўлмача гипертрофияси ҳисобига катталашган, ўпкада босим ошиши натижасида ўнг қоринча гипертрофияси кузатилади.

ҚОРИНЧАЛАРАРО ТЎСИҚ НУҚСОНИ

Анатомик моҳияти - касалликда нуқсон қоринча усти қирраси устида ёки остида, кўпинча қоринча усти қиррасининг пастроғида ёки қоринчалараро тўсиқ мембранасида, мушак қисмида жойлашиши мумкин.

Ташҳисот мезонлари

1. Анамнези

Боталов билан бир хил

2. Клиник мезонлар

- жисмоний зўриқишдан сўнг чарчаш ва ҳансираш;
- юрак букриси, юрак турткиси кучайган, тўш суяги чап қирраси бўйлаб 3–5 қовурға оралиғида титровчи систолик шовқин;
- I тон юрак чуққисида, систолик шовқин ҳисобига яхши эшитилмайди, ўпка артериясида II тон акценти, тўш суяги чап қирраси бўйлаб III–IV қовурғалар оралиғида қўпол систолик шовқин яхши эшитилади, бўйин томирларига узатилмайди.

Гемодинамикаси:

- систола пайтида қон чап қоринчадан очик бўлмачалар оралиғидаги тешик орқали ўнг қоринчага ўтади;
- чап ва ўнг бўлмачаларда қон миқдорининг кўплиги қоннинг димланишига олиб келади;
- кичик қон айланиш доирасида димланиш белгилари кузатилади;
- катта қон айланиш доирасида қон миқдорининг камайиши кузатилади.

Ташҳисот мезонлари

1. Анамнези

2. Клиник мезонлар

- жисмоний зўриқишдан сўнг тез чарчаш ва ҳансираш;
- тери ва кўзга кўринувчи шиллик қаватлар оқиш рангда;
- юракнинг нисбий тўмтоқлик чегараси 1–2-қовурғалар оралиғига силжиган, қон томирлар боғлами кенгайган, ўпка артерияси шишган, 2-қовурғалар орасигача юракнинг ўнг қоринча ва бўлмачалар гипертрофияси ва дилатацияси ҳисобига 3–4-қовурғалар оралиғигача кенгайиш.

➤ аускультацияда тўш суяги чап қирраси бўйлаб 2–3 қовурға оралиғида, кураклар ораси соҳасига таралувчи систолик шовқин, ўпка артериясида II тон акценти эшитилади.

2. Параклиник мезонлар

Инструментал ва лаборатория текширув натижалари:

Юрак етишмовчилиги нуқсоннинг катта-кичиклигига боғлиқ, агар нуқсон катта бўлса, юрак етишмовчилиги белгилари эрта пайдо бўлади.

3. Лаборатор ва инструментал текширув натижалари

- ФКГда - маркази тўш суягининг чап томонида, III–IV қовурға оралиғида бўлган систолик шовқин, ўпка артериясида II тон акценти эшитилади.

- ЭКГда чап, кейинчалик ўнг қоринча гипертрофияси юракнинг чап, кейинчалик ўнг бўлимларида димланиш белгилари кўзга ташланади.

Ўпкада босим ошиб боришига боғлиқ ҳолда ўнг қоринча гипертрофияси белгилари кузатилади.

- ЭХОКГда – чап ва ўнг қоринчалар ҳажмининг катталашуви; қоринчаларо тўсиқ устида товуш йўқолиши кузатилади.

- Рентгенограммада - ўпка сурати кучайган, ўнг ва чап бўлимлар ҳисобига юрак катталашган, ўпка артериясининг букилиш жойи шишган.

БЎЛМАЧАЛАРАРО ТЎСИҚ НУҚСОНИ

Анатомик тузилиши - ўнг ва чап бўлмачалар ўртасидаги тўсиқда бир ёки бир нечта бекилмаган тешиқлар борлиги билан характерланади.

- ФКГда 2–3-қовурғалар оралиғида ромбсимон систолик шовқин, ўпка артериясида II тоннинг кучайиши ва иккига бўлинганлиги.

- ЭКГда - юрак электр ўқининг силжигани, ўнг қоринча гипертрофияси, Гисс тутами ўнг оёқчасининг нотўлиқ блокадаси кузатилади.

- ЭХОКГда – ўнг қоринча ҳажмининг катталашуви.

- Рентгенограммада – артерияларда қон кўпайиши ҳисобига ўпка расми кучайган, ўпка илдизининг пульсацияси, юрак соясининг чегараси юракнинг ўнг қоринча ва ўнг бўлмача ҳисобига кенгайган, кардиовазал бурчак юқорига қараб силжиган, аорта ёйи кичиклашган бўлади.

ЎПКА АРТЕРИЯСИНИНГ АЛОҲИДА СТЕНОЗИ

Анатомик тузилиши - ўпка артериясининг алоҳида стенози, асосан, ўпка артерияси қопқоқлари соҳасида бўлади.

Гемодинамикаси:

- ўпка артериясига ўнг қоринчадан қон ўтиши қийинлашади;
- ўнг қоринчада босим ошиб кетади;
- ўнг қоринча билан ўпка артерияси ўртасида систолик босимнинг фарқ қилиши;
- ўнг қоринча мушакларининг гипертрофияси ва диастолик босимнинг ошиши;
- ўнг қоринча диастолик босимининг ўнг қоринчада ошиши;
- ўнг қоринча гипертрофияси ва дилатацияси;
- кам ҳолларда овал тешикнинг кенгайиши ва ўнг қоринчадан чап қоринчага қон ўтиши, кўқаришнинг кучайиши кузатилади.

Ташҳисот мезонлари

1. Клиник мезонлар

- жисмоний зуриқишдан сўнг хансираш ва оғир ҳолатларда бемор тинч ётганда ҳам хансираш, юрак коронар томирлари қон айланишининг етишмаслиги натижасида юрак атрофида оғрик;
- овал тешикнинг очиқлиги – лаб кўқариши, юрак устида юрак букри пайдо бўлиши;
- бўйин вена томирларининг буртиши пульсацияси, юрак турткиси кучайган, юрак устида ўпка артерияси жойлашган жойда систолик титраш;
- юрак ҳажми ўнг томонга катталашган;
- Аускультацияда I тон ўпка артерияси устида кучайган, II тон ўпка артериясида сустлашган ёки умуман эшитилмайди, ўпка артерияси устида ўмров суяги (ключица) томон таралувчи, курак суяклари ўртасида систолик шовқин яхши эшитилади;
- қон босими ўзгармайди.

3. Лаборатор ва инструментал текширув натижалари

Тўш суягининг чап чегараси иккинчи ковурағалар оралиғида.

- ФКГда систолада ромб шаклидаги тебранишлари катта бўлган систолик шовқин ва тебранишлари паст II тон аниқланади.
- ЭКГда юракнинг электр ўқи ўнга силжиган, ўнг қоринча гипертрофияси, ўнг бўлмача гипертрофияси белгилари (II-III ва ўнг кўкрак йўналишларида R тишча юқори бўлиши) кўринади.
- ЭХОКГда – юрак копқоғининг стенози ва унинг анатомик тузилиши аниқланади.
- Рентгенда - ўнг қоринча ва ўнг бўлмача гипертрофияси ва дилатацияси ҳисобига юрак соясининг чегараси катталашган, юрак чап чегараси ташқарига силжиган, юрак «голланд шиппаги» (башмак) шаклига ўхшаб кўринади.

ФАЛЛО ТЕТРАДАСИ

Анатомик тузилиши - ўпка артерияси стенози, қоринчаларо тўсиқ нуқсон, аорта декстрапозицияси, ўнг қоринча миокарди гипертрофияси.

Гемодинамикаси:

- ўнг қоринчадан ўпкага веноз қон чиқиш жойи торайганлиги сабабли қоннинг бир қисми ўнг қоринчадан аортага қоринчаларо тўсиқ нуқсон орқали ўтади.
- Аорта қон томирига юракнинг чап қоринчасидан артериал қон, ўнг қоринчасидан веноз қон ўтади. Кичик қон айланиш доирасига кам қон келиши натижасида ўнг қоринчадаги қоннинг бир қисми аортага ўтади ва натижада кўкариш рўй беради.
- Аста-секин компенсатор коллатерал қон айланиш системаси вужудга келади. Катта қон айланиш доираси билан бронх-ўпка қон томирлари аанастомоз пайдо бўлади.
- Вақт ўтиши билан полицитемия (эритроцитлар $8 \cdot 10^{12}$, гемоглобин 250г/л ошади) ривожланади.

Ташҳисот мезонлари

1. Клиник мезонлар

- Цианоз бола ҳаётининг биринчи ойларида кузатилиб, кўп ҳолларда бола бир ёшга тўлганда ва ундан кейин жисмоний

зўриқишдан сўнг юзага келади. Беморда жисмоний фаоллик пасайиши, асаб бузилишлари, диспепсия, қичқириб йиғлаш ҳолатлари кузатилади.

➤ Гипоксемик ҳуруж; бемор тўсатдан кўкаради, кучли ҳансираш, юракнинг тез уриши: безовталиқ, мушаклар гипотонияси пайдо бўлади, бемор ҳушдан кетади. Ҳуружнинг давомийлиги бир неча сониядан 10–12 соатгача давом этади. Мияда қон айланишининг бузилиши ҳам бўлиши мумкин.

➤ Жисмоний ривожлашдан орқада қолади, тирноқлар қалинлашади ва шакли (соат шишасига ўхшаш) ўзгаради, бармоқлар ноғора чўпи шаклини олади, баъзан гавданинг ҳамма майда вена томирлари кенгаяди.

➤ Юрак ҳажми катталашади.

➤ Аускультацияда тўш суяги чап қиррасида 2–3- қовурғалар оралиғида дағал систолик шовқин бўлади, шовқиннинг баландлиги ўпка артериясининг қанчалиқ торайганлигига ва ўнг қоринчадан ўпка артериясининг чиқиш жойи торайишига боғлиқ.

➤ Қон айланишининг бузилиш белгилари кам ҳолларда кузатилади.

➤ Артериал қон босими меъёردа ёки бир оз пасайган бўлади.

3. Лаборатор ва инструментал текширув натижалари:

1. Умумий қон таҳлили – компенсатор полицитемия.

2. Инструментал текширувлар:

- ФКГда – II тон иккига бўлинган тўш суягининг чап чегарасида юракнинг систолик қисқариш даврини эгалловчи ромбсимон ўпка артериялари қопқоқларининг қаттиқ ёпилишидан ҳосил бўлган шовқин кузатилади.

- ЭКГда – юракнинг электр ўқи ўнгга силжиган, R тишлари баланд ва учли, ўнг қоринча гипертрофияси белгилари аниқланади. Ўнг қоринчанинг кучли кенгайиши ва зўриқиши билан боғлиқ клиник белгилар кузатилмайди.

- ЭХОКГда – аорта декстрапозицияси, ўзагининг кенгайганлиги, қоринчалараро тўсиқнинг аорта олди деворига ўтиш жойининг узуклиги, ўнг қоринча чиқиш қисмининг торайганлиги, деворларининг гипертрофияланганлигини кўриш мумкин.

- Рентген текширувида – юрак ҳажми бир оз катталашган, ўнг қоринча деворларининг гипертрофияси ва юрак узунлиги катталашган, ўпка артерияси жойлашган жой қон чўқиши,

юракнинг чегараси чап томонга силжиган, юрак „голланд шиппаги“ни эслатади.

Ўпка сурати кўп ҳолларда аниқ кўринмайди, аксарият беморларда кучайган бўлади.

АОРТА КОАРКТАЦИЯСИ

Анатомик тузилиши – аорта коарктацияси аорта томири маълум бир жойининг қисилиб қолишидир. Бу туғма иллатларнинг 7%ини ташкил қилади.

Гемодинамикаси:

- Аорта қисилиб қолган жойининг юқори қисмида систолик ва диастолик босим нормадан юқори.
- Аортанинг қисилиши туфайли юракнинг чап қоринчасига юк тушади.
- Аорта қисилиб қолган жойининг пастги қисмида қон босим паст.
- Қон айланиши коллатерал қон томирлар орқали амалга оширилади.

Ташҳисот мезонлари

1. Клиник мезонлар

- безовталиқ, ўсишдан орқада қолиш, гавда вазнининг камлиги, иштаҳа йўқ, юрак-ўпка етишмовчилиги белгилари;
- оёқ қон томирларида томир уриши суст ёки аниқланмайди;
- чап қоринча гипертрофияси ҳисобига юрак ҳажми катталашган;
- кўп ҳолларда чап ўмров суяги чуқурчаси ва кураклар оралиғида

систолик шовқин эшитилади;

- қон босим оёқларда қўллардаги босимга нисбатан паст.

2. Лаборатор ва инструментал текширув натижалари

- ЭКГда – чап қоринча гипертрофияси белгилари.
- ЭХОКГда – чап қоринча мушаклари гипертрофияси.
- Рентгенда – юрак катталашган, аорта ёйида томир уриши, қовурғаларда коллатераллар туфайли ғадир-будирлар кўринади. Ўпка томир сурати кучайган, ўпка артерияси ёйи бўртган.

Даволаш

1. ТҮОН ли беморларни кардиоревматолог шифокори ҳисобга олиши ва ҳар 3ойда ёки 2-3 ёшгача бўлган болалар (касалликнинг 1 босқичида) тез-тез, кейинчалик бир йилда 2 марта мунтазам равишда инструментал ва лаборатор текшириш усуллари таҳлили билан текшириб туриши керак.

2. Бундай беморлар махсус режим билан овқатланиши, тоза ҳавода кўпроқ айлантрилиши керак. Бола организмни чиниктириш, организм реактивлигини ошириш, ҳар хил инфекцион касалликларнинг юқишини олдини олиш тадбирлари ўтказилиши керак.

3. Фожиали ҳолатларнинг олдини олиш мақсадида тез тиббий ёрдам кўрсатилиши керак – ўткир чап қоринча етишмовчилигида – 20%ли спирт билан намланган кислород 15–20 дақиқа давомида берилади.

Ўпка гипертензиясида венага 2,4%ли эуфиллин юборилади ва кардиотроплар (панангин, ККБ, рибоксин, калий оротат), юрак гликозидлари тавсия этилади.

4. Бактериал эндокард (юрак ички қаватининг бактериал яллиғланиши, бош мия абсцесси, сурункали зотилжам касалликларининг олдини олиш мақсадида сурункали йирингли ўчоқларни даволаш).

5. ТҮОН ни даволашнинг бирдан-бир усули жарроҳлик аралашувидир. ТҮОНнинг ҳар хил тури учун жарроҳлик усуллари ишлаб чиқилган. ТҮОНни жарроҳлик йўли билан даволашнинг энг қулай вақти касалликнинг 2-фазаси, яъни 12–13 ёш ҳисобланади. Касалликнинг терминал фазасида жарроҳлик йўли билан даволаш беморнинг тўлиқ тузалишига олиб келмайди, чунки юрак мушаклари, жигар, ўпка, буйракларда дегенератив ва дистрофик ўзгаришлар кузатилади.

Диспансер кузатуви

Педиатр, кардиоревматолог касалликнинг фазасига боғлиқ ҳолда кўриб боради:

1- фазасида 1 ойда 1 марта.

2- фазасида 1 йилда 2 марта.

3-фазасида – 1 йилда 2-3 марта. Қулоқ-бурун-томоқ, тиш шифокори 1 йилда 2 марта, бошқа мутахассислар кўрсатмага биноан кўриб борадилар.

Кузатиш давомийлиги умрнинг охиригача; жарроҳлик йўли билан даволаганда 1–2 йил давомида диспансер назоратида бўладилар.

Беморларни текширишда қуйидагиларга эътибор бериш керак: гавда вазнининг ёшга нисбатан орқада қолиши, тез толиқиш, ҳансираш, терининг кўкариши, жигар катталашганлиги, ҳансираш-кўкариш ҳуружи, юрак тонларининг кучайганлиги, юрак шовқинлари динамикаси, бронх-ўпка касалликларининг кечиш жараёни, қон босими, гавда ҳарорати.

Қуйидаги қўшимча текшириш усуллари ўтказилади.
Касалликнинг

1-фазасида – ФЭКГ, умумий қон ва сийдик таҳлили 2–3 ойда 1 марта, юрак рентгенограммаси 1–1,5 йилда 1 марта;

2-фазасида – ФЭКГ, умумий қон ва сийдик таҳлили 1 йилда 2 марта, юрак рентгенограммаси 2–3 йилда 1 марта;

3-фазасида – умумий қон ва сийдик таҳлили, ФЭКГ – 1 йилда 3–4 марта ва кўрсатмага биноан.

Реабилитацияси

Сурункали инфекция ўчоқларини, қўшимча касалликларни яхшилаб даволаш. Юрак мушакларида моддалар алмашинувини яхшиловчи дори препаратлари 1 йилда 1–2 марта буюрилади. Кўрсатмага биноан: парҳез, юрак гликозидлари, сийдик ҳайдовчи, томирни кенгайтирувчи ва симптоматик дори воситалари билан қон айланишининг босқичига биноан даволаш керак. Кўрсатма бўйича аритмияга қарши дори воситалари тавсия этиш, тоза ҳавода 1 кунда 3–4соат айланиш, касалликнинг 2-фазасида маҳаллий санаторияларда даволаниш лозим.

Ш ҚИСМ

КАТТА ЁШДАГИ БОЛАЛАР КАСАЛЛИКЛАРИ

I боб. Нафас органлари касалликлари

3.1. Сурункали пневмония

Сурункали пневмония – сурункали носпецифик яллиғланиш бўлиб, унинг асосида ўпканинг бир ёки бир неча сегментларида бронхлар деформацияси ва пневмосклерози шаклидаги қайта тикланмайдиган морфологик ўзгаришлар ётади ва ўпка тўқимасида ҳамда бронхларда яллиғланишнинг қайталаниши билан ифодаланади.

Ташҳисот мезонлари

1. Анамнези:

Бир локализацияли такрор пневмония, бошдан кечирилган оғир стафилококкли пневмония, узоқ давом этган сегментар пневмония, айниқса илк болалик ёшида, бронх - ўпка тизими ривожланишининг туғма нуқсонлари, бронхдаги ёт жисм, муддатидан эрта туғилган болаларда ателектазлар, иммун танқислик ҳолатлари, ЎСВ дан кейинги бронх-ўпка дисплазияси, мукоцилиар етишмовчилик, кўкйўтал ва қизамиқнинг оғир шаклини бошдан кечириш.

Шикоят: кўпинча эрталаб кучли йўтал, кечаси йўталганда балғам ажралиш пайдо бўлади, балғамнинг бир кунлик миқдори 20–50 мл дан 100–150 мл гача етади, бронхоэктазларда балғам шилимшиқ ёки йирингли бўлиши мумкин.

2. Клиник мезонлар

Сурункали интоксикация симптомокомплекси, гипоксия – тез чарчаш, ишлаш қобилиятининг пасайиши, диққатни жамлашнинг бузилиши. Хотиранинг заифлашуви, ранг оқариши, кўзи остида қора доғлар, дистрофия аломатлари, бармоқларда “ноғора таёқчалари”, “соат ойнаси” мавжудлиги, кўкрак қафасининг асимметрик деформацияси бўлиши мумкин.

• Бронх-ўпка синдроми: перкуссияда товушнинг локал ва аралаш ҳолда қисқариши. Аускультацияда нафаснинг дағаллашуви, хўл ва қуруқ ҳар хил оҳангли ва турли калибрдаги доимий хириллашлар мавжудлиги.

3. Параклиник маълумотлар:

- 1) қоннинг умумий таҳлили (ҚУТ) – касаллик зўрайганда нейтрофил лейкоцитоз, ЭЧТ – ортиши.
- 2) ўпка рентгенограммасида – бронх-томир расмининг кучайиши, деформацияси, кистали тузилмалар бўлиши мумкин, фиброзли ўзгарган сегментлар кичрайиши;
- 3) бронхоскопия: йирингли эндобронхит манзараси;
- 4) бронхография: бронхиал дарахт деформацияси, бронхлар дистал қисмларининг кенгайиши, цилиндрик ва халтача шаклидаги бронхоэктазлар мавжудлиги;
- 5) ташқи нафас функцияси: рестриктив ёки аралаш бузулишлар;
- 6) балғам таҳлили: - нейтрофиллар, макрофаглар, бактериялар (кўпинча антибиотикларга чидамли грамманфий флора) мавжудлиги.

Қиёсий ташҳисот:

Сил, бронх-ўпканинг ирсий патологияси, бронх-ўпка тизимининг туғма аномалияси, тизимли касалликларда ўпканинг шикастланиши, қайталанувчи бронхит кабилар билан ўтказилади.

Сурункали пневмониянинг клиник-рентгенологик тавсифи

Бронх-ўпка шикастланишининг ҳажми ва локализацияси	Бронхлар шикастланишининг тавсифи	Касаллик даври	Оғирлиги
<ul style="list-style-type: none"> - сегмент - бўлак 	<ul style="list-style-type: none"> - бронхлар коваги кенгаймаган ҳолдаги деформацияси - бронхоэктазлар - стеноз - эндобронхитнинг тури ва локализацияси 	<ul style="list-style-type: none"> - зўрайиш - ремиссия 	<ul style="list-style-type: none"> - енгил -ўртача оғирроқ - оғир

Даволаш

1. Зўрайиш даврида:

- 1) I даражали токсикозда – умумий тартиб, II даражали токсикозда – ётиб даволаниш режими;
- 2) парҳез – таркиби оқсилга бой овқат, янги сабзавот – мевалар, шарбатлар. Углеводлар ва тузни эҳтиёжнинг ярмигача камайтириш;

3) антибактериал терапия – аниқланган кўзғатувчи ва унинг сезгирлигига қараб:

а) кўзғатувчи пневмококк, стрептококк, стафилококк бўлса:

-ампиокс 100–200 мг/кг бир кунда 3 марта м/о;

-цефазолин 50–100 мг/кг бир кунда 3 марта м/о;

б) кўзғатувчи гемофил таёкча ва бошқа грам-манфий бактериялар бўлса:

- цефотаксим (ЦЕФАЗИМ) 50–100 мг/кг бир кунда 2 марта м/о, т/и;

- цефограм 20-100 мг/кг кунига 1-марта м/о, т/и

-цебанекс 40-80 мг/кг бир кунда 2 марта м/о, т/и

в) кўзғатувчи микоплазма, хламидия, легионелла бўлса:

- сумамед 10 мг/кг биринчи куни, сўнг 25 мг/кг 4 кун давомида ҳар куни;

- рулид 2,5–5 мг/кг 2 марта per os

4) физиотерапия:

а) ўткир босқичида: УВЧ № 3–4; микротўлқинли терапия № 6–10; 0,2%ли платифиллин эритмаси билан электрофорез (катарал ҳолатларда, обструктив синдромда); кучли йўталда 0,1%ли дионин эритмаси билан электрофорез;

б) тўхташ босқичида: кальций хлориднинг 2–5%ли эритмаси, калий йодиднинг 3%ли эритмаси, индуктотермия, озокерит, парафин, кўкрак қафасига УФО № 6–9.

5. Аэрозольтерапия:

I босқич (7–10 кун).

Катарал эндобронхитда: ультратовушли ингаляция: натрий хлорид, натрий гидрокарбонат, натрий борат эритмаси 0,25–2%; 3%ли калий йодид эритмасининг 1 томчиси 1 мл ингаляция аралашмасига қўшилади; минерал сув 5–10 мл.

Йирингли эндобронхитда: трипсин, химотрипсин 0,01 г рН -8-8,5 ли буфер эритманинг 5 мл да, 10%ли ацетилцистеиннинг сувли эритмаси; глицериннинг 10%ли 5 мл сувли эритмасида 0,01 г ДНК-аза; 0,9%ли 5 мл натрий хлорид эритмасида 0,25 г РНК-аза.

II босқич (10 кун).

Фитонцидлар ингаляцияси: саримсоқпиезнинг янги тайёрланган шарбатини 5–10 мл дан 1:50, 1:100 суюлтириб; эвкалипт барглари дамламасининг 1–2 томчисини 5 мл сувда суюлтириб қилинади.

Антисептиклар ингаляцияси: 1–3%ли водород пероксид эритмасининг физиологик эритма билан 1:1 аралашмаси, фурацилиннинг 0,02%ли эритмасидан 5–10 мл.

Антибиотиклар ингаляцияси: (ампициллин, канамицин, оксациллин, кунлик дозанинг $\frac{1}{2}$ - $\frac{1}{3}$ ни – 0,25%ли новокаин эритмасининг 5–10 мл да).

6) Бронхоскопик санация (йирингли эндобронхитда):

- фурацилиннинг 0,02%ли эритмаси;
- 5 мл натрий хлориднинг 0,9%ли эритмасида 100000 ТБ полимиксин;
- ҳафтада 1–2 марта 10%ли ацетилцистеин эритмаси.

7) Муколитиклар ва экспекторантлар:

- бромгексин: 7 ёшдан кичикларга кунига 4 мг х 3 марта, 7 ёшдан катталарга кунига 8 мг х 3 марта ;
- мукалтин 0,05х3 марта;
- терпингидрат 0,15х3 марта;
- пертуссин 1 ош қошиқда х 3 марта;
- калий йодиднинг 3% ли эритмасидан 50 мг/кг кунига х 3 марта.

8) Бронхообструктив синдромни бартараф қилиш:

- эуфиллин кунига 5–6 мг/кг дан, 10–12 мг/кг гача кунига per os, 5–7 кун.

9) ДЖТ, нафас гимнастикаси, вибрацион массаж билан постурал дренаж кунига 2 марта.

10) Витаминотерапия:

- В₁, В₁₂ – кунига 10–15 мг; В₆ – кунига 0,01–0,05 мг
- С – кунига 300–500 мг; РР – кунига 10–15 мг

2. Ремиссия даврида

1. Фитотерапия:

- А.И.Чистякова йиғмаси – андиз илдизи, саватчагули гуллари – 30 г; баргизуб барги, тишчўп ўти, туятовон барги - ҳар биридан 1 ош қошиқдан 200 мл сувга; 50 млдан 4–6 ҳафтадавомида кунига 5–6 марта;

- “кўкрак йиғмаси” № 1,2,3.

2. Специфик иммуностимуляция:

- рибомунил 4 кун 3 ҳафтадавомида, эрталаб 3 таблеткадан, сўнг ойига 4 кун яна 5 ой давомида;
- бронхомунал 3 таблеткадан ҳафтада 4 кун, 3 ҳафтадавомида;

4) Санаторияда даволаш.

СУРУНКАЛИ ПНЕВМОНИЯДА ДИСПАНСЕР КУЗАТУВИ

Диспансер кузатувига лойиқлик	Сурункали пневмонияли болалар Сурункали пневмония сабабли операцияни бошидан кечирганлар
Мутахассислар кўриги	Касалликнинг оғирлигига қараб УАШ ва пульмонолог кўрадилар; енгил даражасида – 2–3 ойда 1 марта (ремиссия 12 ой бўлса, ҳар 6 ойда 1 марта); ўртача оғирликда ва оғир ҳолатда ҳар ойда, узоқ ремиссияда – ҳар кварталда. Пульмонолог, хирургнинг консултацияси зарурият бўйича йилига 2 мартадан кам эмас.
Кўрувда аҳамият беринг	Умумий ҳолати, жисмоний ривожланиши, кўкрак қафасининг шакли, йўтал, балғам, хириллашлар характери. Зўрайишнинг такрорланиши ва давомийлиги, қариндошларида нафас органлари касалликларининг мавжудлиги. Қариндошларида ва беморда аллергик касаллик ва реакциялар борлиги.
Қўшимча текширувлар	Касалхонада ҳолатига қараб, термометрия, сил синамаси, қон таҳлили, спирометрия, пневмотахометрия, рентгенография, бронхоскопия, бронхография қилинади. Балғамни флора учун ва антибиотикларга сезувчанлиги аниқлаш учун текшириш.
Самарадорлик кўрсаткичлари	Аҳволининг яхшилиги, зўрайишнинг йўқлиги ёки камайиши, функционал синамалар кўрсаткичи, рентгенологик маълумотларнинг яхшиланиши. Касалликнинг енгил кечишида ва жарроҳлик даволашидан 3-5 йил ўтиб, шу даврда зўрайиш бўлмаганида ҳисобдан чиқариш. Ўртача оғирликдаги ва оғир шаклдагилар ҳисобдан чиқарилмайди.

3.2. СУРУНКАЛИ БРОНХИТ

Сурункали бронхит (СБ) бронхиал дарахтнинг шикастланиши, унинг шиллиқ пардаси секретор аппаратининг қайта тУЗИлиши, яллиғланиш жараёнининг ривожланиши ва бронхлар деворининг анча ичкари қатламларида склеротик ўзгаришлар рўй бериши билан ифодаланади. Аломатларига балғамли йўтал, ўпкадаги доимо ҳар хил калибрдаги хириллашлар (6 ой давомида), киради. Икки йил

давомида йилига камида 2 марта зўрайиш билан кечади. Болалик ёшида СБ, одатда, ўпканинг бошқа сурункали касалликлари (сурункали пневмония, муковисцидоз, бронх-ўпка дисплазияси, бронхлар ва ўпка ривожланишининг туғма нуқсонлари) аломати, яъни иккиламчи касаллик ҳисобланади. Бу касаллик кўпинча катта ёшдаги болалар ва ўсмирларда учрайди.

Ташҳисот мезонлари

1. Анамнези

Сўнгги икки йил давомида йилига кам деганда 2 марта бронхитнинг узок (2–3 ойлаб) муддатли зўрайиши; 9–10 ой давомида доимий балғамли йўталга шикоят; пассив ва фаол чекишга кўрсатма, беморнинг шажарасида бронх-ўпка касалликларининг кўп учраши, экологик ноқулай ҳудудда яшаши.

2. Клиник мезонлар:

Респиратор синдром – ремиссия ва зўрайиш босқичларида маҳсулдор йўтал, шилимшиқ, шилимшиқ-йирингли балғам ажралиши, узок давом этган клиник саломатлик даврида ҳам йўтал сақланади, ҳавонинг физик-кимёвий ўзгариши, руҳий-эмоционал, жисмоний зўриқиш, инфекция кабилар билан осонгина кучайиб кетади.

Бронхиал синдром - ўпкада қаттик нафас фонида турғун ҳар хил калибрдаги диффуз нам хириллашлар.

Сурункали интоксикация симптомлари турли хил даражада ифодаланади, касаллик зўрайганда баъзан гавда ҳарорати фебрил даражагача, ремиссия даврида эса субфебрил кўтарилиши кузатилади.

3. Параклиник мезонлар:

а) нафас органлари рентгенограммаси - бронх-томир расмининг кучайиши, турғун локал ёки диффуз характердаги деформацияси билан;

б) бронхоскопия – ремиссия даврида катарал, катарал-йирингли эндобронхит манзараси, зўрайиш жараёнида эса катарал-йирингли ёки йирингли манзара аниқланади;

в) бронхография – бронх йўлларининг ўзгариши, уларнинг дистал бўлимларида турли даражада кенгайиши.

г) қоннинг умумий таҳлили (ҚУТ) – яллиғланиш белгилари билан бир оз лейкоцитоз ёки ремиссия даврида ўзгаришсиз, нейтрофилли лейкоцитоз.

- д) балғамнинг таҳлили – сегмент ядроли нейтрофиллар ва эозинофиллар миқдорининг кўпайиши, макрофаглар сонининг камайиши; секретор иммуноглобулин А миқдорининг камайиши;
- е) қоннинг биокимёвий таҳлили – диспротеинемия, гипогаммаглобулинемия, “+” СРБ
- ё) ташқи нафас функцияси – ўпка вентиляциясининг обструктив ўзгаришлари устунлиги билан аралаш бузилишлар.

Қиёсий ташҳисот:

Бронхиал астма, ўпка сили, сурункали бронхитнинг бирламчи ва иккиламчи шакллари ўртасида ўтказилади.

3.3. ПЛЕВРИТ

Плеврит – плевранинг бактериял, вирусли ёки аллергия табииатли ўткир яллиғланиши.

Ташҳисот мезонлари

1. Анамнези:

Шикоят: нафас олганда, йўтал пайтида оғриқ пайдо бўлиб, кўпинча қоринга тарқалади, бу ҳолат кўпинча гавда ҳарорати кўтарилиши билан кечади.

2. Клиник мезонлар:

1) Сурункали интоксикация симптомокомплекси – гавда ҳароратининг фибрил рақамларгача кўтарилиши, эт увишиши, беҳоллик, бош оғриши, миалгия, тахикардия.

2) Ўпка-плевра ўзгариши симптомлари: нафас тезлашиши ва юзаки бўлиши, нафас экскурсияси баъзан асимметрик, шикастланган томонда чекланган; оғриган ёнбошда мажбурий ҳолат; цианоз, овоз титрашининг заифлашиши, катта кўкрак мушакларининг пальпациясида сезувчанлиги (Штернберг симптоми), ўпканинг чегараланган қисми устида перкутор товушнинг бўғилиши, аускультацияда – нафаснинг заифлашуви; плевранинг ишқаланиш овози, нафас тўла эмаслиги, шикастланган томоқдан қарама-қарши томонга кўкс оралиғининг силжиш; шикастланган томонда тери бурмаси қалинлигининг ортиши (Винтрих симптоми).

3. Параклиник мезонлар:

1) ҚУТ зўрайиши даврида лейкоцитоз, нейтрофил ядроларнинг чапга силжиши, ЭЧТ ортиши;

- 2) ўпка рентгенограммаси – экссудатив плевритда – Соколов-Дамуазо қийшиқ чизиғи шаклида хиралашishi, қуруқ плевритда – плевранинг қалинлашиш белгилари;
- 3) плеврал пункция – серозли, сероз-фибринозли ёки йирингли экссудат олинади;
- 4) плеврал экссудатни бактериал флорага, микобактерияга текшириш – инфекция кўзгатувчисини аниқлаш;
- 5) Ташқи нафас функцияси – гиповентиляция, рестриктив ўзгаришлар;
- 6) Кислота-ишқор ҳолати – гипоксия, метаболик ацидоз.

Қиёсий ташҳисот

Ўпка ателектази, кенг ёйилган пневмония, ўпка ўсмаси, юрак етишмовчилигида қоннинг ўпкада димланиши кабилар билан ўтказилади.

ПЛЕВРИТЛАР ТАСНИФИ

Тури	Патогенез	Локализация
Қуруқ Экссудатив (серозли, сероз- фибринозли, йирингли, гемморрагик)	1) синпневмоник 2) метапневмоник 3) метастатик 4) симптоматик 5) жароҳатдан сўнг 6) сил	Костал Диафрагмал Парамедиастинал Бўлақлараро Плашсимон Халтачали

Даволаш

Носпецифик плевритларни даволаш (синпневмоник ва метапневмоник).

1. Тартиб: биринчи кундан бешинчи кунгача – ётиб даволаниш режими, 5 кундан 10 кунгача ярим ётиб даволаниш.
2. Оқсилга ва витаминга бой парҳез, суюқлик ва тузни чеклаш.
3. Плеврал бўшлиқдан экссудат эвакуацияси. Пункцион усул – ҳар куни экссудатни аспирация қилиш ва бўшлиқни антисептиклар (0,02%ли фурацилин эритмаси, 0,1%ли фурагин эритмаси, 1%ли йодиол эритмаси) га 2 г трипсин, химотрипсин кўшиб ювиш.

Плеврит бўлган болалар диспансер кузатуви реабилитацияси

Мутахассислар кўриги	УАШ ҳар кварталда 1 марта, пульмонолог, фтизиатр, ЛОР шифокори 1 йилда икки марта
Кўрувда аҳамият беринг	Чарчаши, ҳарорати, йўтал, перкутор маълумотлар, ўпканинг хириллаши. Обструкция борлиги, аллергия симптомлари.
Кўшимча текширувлар	Термометрия, қоннинг умумий таҳлили, ташқи нафас фаолияти, ўпка рентгенограммаси – зарур бўлганда.
Асосий йўл	Тўғри овқатлантириш, нафасни тиклаш (тўла қорин нафасини тиклаш. Гипервентиляцияни бартараф этиш).
Асосий соғломлаштириш йўлида	Сурункали инфекция ўчоғи санацияси. Интеркуррент касалликлар даврида махсус профилактика (нафас йўллари тозаловчи машқлар, фитотерапия, профилактик физиотерапия: иссиқ ванналар, нуқтали сегментар массаж, банкалар), чиниқтириш.
Кузатув давомийлиги	1 йил.
Ҳисобдан чиқариш	Патологик клиник симптомлар йўқлиги.
Жисмоний тарбия	ДЖТ, махсус гуруҳ.
Профилактик эмлаш	Зўрайишдан 2 ой ўтганидан сўнг авайлаш усули билан.

Ёпиқ дренаж қилиш (плеврал бўшлиқ бронхиал дарахт билан тутшиб қолганида). Плеврал бўшлиқни антисептиклар ва ферментлар билан кунига 2–3 марта ювиш.

4. Экссудатни экиб олинган микрофлоранинг сезувчанлигини ҳисобга олиб антибактериал терапия ўтказиш.

5. Физиотерапия.

6. Кўкрак қафасининг массажи: вибрацион, вакуумли, умумий.

7. Нафас гимнастикаси.

8. ДЖТ.

9. А, Е витаминлар.

3.4. БРОНХИАЛ АСТМА

Бронхиал астма (БА) – бронхлар ва ўпканинг сурункали касаллиги бўлиб, бронхларнинг обструкцияланиши билан кечади ва унинг асосида бронхларнинг гиперреактивлиги ва нафас йўлларининг сурункали аллергик яллиғланиши ётади.

Ташҳисот мезонлари

1. Анамнези:

Оғир индивидуал ва оилавий аллергияга мойиллик, кўпинча тунда хансираш, хуштакли хириллашлар, йўтал. Касалликнинг аллерген, вирусли инфекция, жисмоний зўриқиш, ирритантлардан сўнг зўрайиши.

Симптомларнинг йўқолиши аллергенлар элиминациясида ёки бронходилататор қўлланганидан кейин кузатилади.

2. Клиник мезонлари.

Дарак берувчи давр – ҳуруждан бир неча соат ёки кун олдин бурун битиб қолиши ёки бурундан кўп миқдорда, сувдек суюқлик ажралиши, аксириш, йўтал, қичишиш, томоқ қичиши, қонъюнктивит, полиморф тошма, ҳулқ-атвор ва кайфиятда ўзгариш пайдо бўлиши мумкин (болалар анча ҳаракатчан, сергап, ўта ёқимтой ёки аксинча инжиқ, тажоввузкор бўлиб қолиши мумкин, баъзи беморлар кам ҳаракат қилади, бўшашиш, безовталиқ бошланади), иштаҳа ва уйқу бузилади.

Ҳуружли босқич: бўғилиш симптомлари – нафас дискомфорти, беморнинг ҳаво етишмаётганлигини сезиши, тўсатдан кўкрак қафасининг сиқилиши ва бир неча дақиқада зўрайиб кетиши.

- нафас етишмовчилиги синдроми – экспиратор характердаги нафас сиқиши ҳуружи (нафас олиш қисқа, кучли ва чуқур, нафас чиқариш секин, титраб-қақшаб бўлади), ўпка чекка қисмларининг шаффофлигининг ортиши, диафрагма гумбазларининг паст туриши, қовурғалар орасидаги масофанинг кенгайиши);

- илдиз расмини кучайиши;

- қон ва балғамда эозинофилия;

- специфик аллергенлар билан тери синамаларининг ижобийлиги;

- синаш давоси – β_2 -агонистларнинг юқори самарадорлиги.

Астматик ҳолат: (АХ) нафас етишмовчилиги ривожланиб борадиган оғир давомли ҳуруж, бронхларнинг β -адренергик рецепторлар функционал блоқи оқибатида бронходилататорларга резистентлик бўлади.

Астматик ҳолат ривожланишига олиб келувчи омиллар:

- аллергенларнинг салмоқли таъсири, бронхлар ёки ЛОР органлар инфекцияси;
- ингаляцион β_2 - агонистлар дозасининг кўпайиб кетиши;
- гормонга боғлиқ бўлиб қолган беморларда глюкокортикостероидларнинг нотўғри берилиши ёки тезда тўхтатилиши.

Астматик ҳолат мезонлари:

- БА ҳужужининг камида 6 соат давомида тўхтамаслиги;
- бронхларда дренаж функциясининг бузилиши;
- гипоксемия ва гиперкапния;
- симпатомиметикларга резистентлик.

АХ нинг оғирлик даражасига қараб 3 босқичи фарқ қилинади (А.Г.Чучалин, 1997)

I босқич – нисбий компенсация – бўғилиш ҳужужу узок вақт бартараф бўлмаслиги билан характерланади. Бемор ҳушини йўқотмайди, мос, мажбурий ўтириш ҳолатини олади. Кўмаклашувчи мушаклар кучли иштирокидаги ҳансираш. Йўтал самарасиз.

Перкуссияда – қутича товуши, аускультацияда – нафаснинг заифлашуви, ҳамма бўлимларга ўтади, қурук хириллашлар кўп.

II босқич – декомпенсация – бронхообструкциянинг зўрайиб бориши билан ифодаланади. Ўпкада дистанцион хириллашлар сақланган ҳолда нафаснинг «мозаик» ўтиши ёки жуда заифлашуви («гўнг» ўпка). Кўкрак қафасининг эмфизематоз шишиши, нафас экскурсияси сезилмайди. Пульс заиф, АБ пасайган.

III босқич – гипоксик, гиперкапник кома – жуда оғир ҳолат, эс-ҳушнинг бузилиши, неврологик ўзгаришлар билан ифодаланади. Нафас сийрак, юзаки, парадоксал. Пульс ипсимон, гипотония, коллапс.

Бронхиал астма таснифи

1. Шакли:

- атопик;
- атопик бўлмаган (инфекция билан боғлиқ, аутоиммун, аспиринли астма, психоген).

2. Кечиш даврлари:

- зўрайиш;

- ремиссия.

3. Кечиш оғирлиги:

- енгил;

- ўртача оғир;

- оғир.

4. Асоратлари:

- ателектаз;

- пневмоторакс;

- тери ости ва медиастинал эмфизема;

- ўпка етишмовчилиги;

- ўпка юрак.

Қиёсий ташҳисот

Аллергик бронхит, сурункали пневмония, муковисцидоз, бронх-ўпка аспергиллёзи, трахеобронхиал дарахт ковагидаги бегона жисмлар, нейроген ва психоген генездаги нафас бузилишлари билан ўтказилади.

Даволаш

1. Тартиби-аллергенга нисбатан эҳтиёт бўлиш, иложи борича аҳамиятга эга аллергияларни тўла элиминация қилиш.

2. Бронхиал астманинг ўткир даврида бронхлар ўтказувчанлигини тиклашга йўналтирилган даво амалга оширилади.

Бронхиал астма хуружини бартараф қилиш учун β_2 – адренорецепторларга танлаб таъсир қилувчи симпатомиметик дорилар аэрозоллари (беротек, сальбутамол, тербуталин, кленбутерол)нинг ингаляцияси буюрилади, самарадорлиги етарли бўлмаган ҳолларда, дорининг аэрозолли дозаси ингаляцияси 15 дақиқадан сўнг такрорланади.

Терапевтик самара, одатда, 10–15 дақиқадан сўнг бошланади ва ингаляциядан 1 соат кейин максимал даражага етади.

БА нинг атопик бўлмаган шаклида, тунги азобли йўталда, ўпкада нам хириллашлар кўп бўлганда, симпатомиметикларни қабул қилиб бўлмаганда ингаляцион холинолитиклар буюрилади. Атровент (ипратропиум бромид) 1 доза = 0,02 мг, 20–30 дақиқадан кейин самараси бошланади, таъсири 4–8 соат давом этади; 7 ёшгача бўлган болаларга 1 дозадан кунига 2–3 марта, 7 ёшдан катта болаларга 2 дозадан кунига 2–3 марта. Беродуал (1 доза =

фенотерол 0,05 мг + ипратропиум бромид 0,02 мг): 7 ёшгача бўлган болаларга 1 дозадан кунига 3 марта, 7 ёшдан катталарга 2 дозадан кунига 3 марта.

Оғир хуружларда селектив симпатомиметиклар (ёки β_2 – қисқа вақт таъсир қилувчи агонистлар) ингаляцияси буюрилади. Самараси 3–5 дақиқадан сўнг бошланади, таъсири 4–6 соат давом этади. Беротек -100 (фенотерол) ингаляция дозаси 100 мкг; вентолин (сальбутамол) 1 дозада 250 мг.

Қўлланиши: 1–2 дозадан кунига 4 мартагача. Агар биринчи ингаляция хуружни бартараф қилмаса, 10 дақиқадан сўнг ингаляцияни такрорлаш мумкин.

Эҳтиёж бўйича β_2 - агонистлар қўллашнинг тезлашиши астманинг кечиши ёмонлашганлигидан дарак беради ва яллиғланишга қарши давони кучайтиришни талаб қилади.

Симпатомиметиклар (сальбутамол, бриканил) таблетка холида ёки шарбат (спиропент, кленбутерол) буюрилганда бронхиал астманинг енгил ва ўртача оғирликдаги хуружларида бронхларнинг ўтказувчанлиги қайта тикланиши мумкин.

Бронхиал астманинг оғир хуружи тери остига адреналин юборилганда ҳам бартараф бўлиши мумкин. 0,1%ли адреналин эритмаси 0,005 мл ҳар ёшига тери остига юборилади: қарши кўрсатма: хуружнинг 4 соатдан ортиқ давом этиши, дорининг (анамнестик маълумотлар бўйича) самарасизлиги, гормонга боғлиқ астма. Агар адреналин юборишга қарши кўрсатма бўлса, у ҳолда эфедрин гидрохлориднинг 5%ли эритмасини 0,1 мл/ ҳар ёшига, аммо 1 мл ортиқ эмас м/о, 12 ёшдан катта болаларга 100–150 мл физиологик эритмага 0,3–1 мл қўшиб венага томчилаб юборилади. Бундай ҳолларда алупентнинг 0,005%ли эритмасини 0,1 мл/ ҳар ёшига тери остига ёки мушак орасига юбориш ҳам яхши самара беради.

Бронхиал астманинг енгил ва ўртача оғир хуружларида шошилиш терапия эуфиллин буюришдан бошланиши мумкин; унга β_2 - агонистлар ингаляциясининг самарасизлиги (β_2 - адренорецепторлар асоратининг оқибати), вирус-бактериал инфекция кўзгатган хуруж; илк болаликдаги БА кўрсатма бўлиши мумкин. Эуфиллин 2,4%ли эритмада буюрилади (ампулада 10 мл); тўйиниш дозаси 4 ёшгача болаларга 0,25 мл/кг; 4 ёшдан катталарга 0,2 мл/кг. Препаратни 70–100–150 физиологик эритмага қўшиб венага томчилаб юборилади. Бир маромда сақлаб турувчи

доза венага томчилаб: 6 ойликкача болалар учун 0,2 мл/кг/соат, 6 ойликдан – 16 ёшгача 0,25 мл/кг/соат ни ташкил қилади. Эуфиллин самара берганда кейинги 3 кунда бир маромда сақлаб турувчи доза (таб. 0,15 г) кунига 4–6 мг/кг да 4 марта овқатдан сўнг ичилади.

Нафас етишмовчилиги кучайиб борганида преднизолон 1–4 мг/кг дозада ёки гидрокортизон 7 мг/кг дозада венага юборилади.

Астматик ҳолатнинг I босқичида эуфиллиннинг 24 мг/кг кунлик дозаси инфузияси билан даволаш ўтказилади; нафас етишмаслиги кучайиб борганда эуфиллин глюкокортикостероидлар билан кўшиб венага юборилади. Агар кўрсатилган даво етарлича самара бермаса, у ҳолда кунига 1,0–1,5 мг/кг преднизолон ичилади, айни вақтда у 1 мг/кг дозада венага юборилади.

Астматик ҳолатнинг II босқичида бронхлар ўтказувчанлиги тикланиши учун эуфиллин венага томчилаб юборилади, преднизолоннинг кунлик дозаси 3–5 мг/кг гача кўпайтирилади, унинг 1,5–2,0 мг/кг дозаси ичишга буюрилади, қолган миқдори венага тез ёки томчилаб юборилади.

Астматик ҳолатнинг III босқичида ўпка вентилизациясини меъёрда сақлаш ҳамда гипоксемия ва гиперкапниянинг хавфли даражасини бартараф қилишга йўналтирилган реанимацион тадбирлар амалга оширилади. Уларга ўпканинг сунъий вентилизацияси, инфузион терапия (эуфиллин, 5%ли глюкоза эритмасини, коллоид эритмаларни венага юбориш), глюкокортикостероидларнинг катта дозасини (преднизолон кунига 6–10 мг/кг) қўллаш киради; юрак етишмовчилиги ривожланган ҳолларда юрак гликозидлари берилади.

Бронхиал астма зўрайганда, балғам ажралиши сусайганда, бронхлар обструкцияси аломатлари узоқ вақт сақланиб турганида балғам кўчирувчи воситалар (калий йодид, бисольвон, термопсис, ипекакуана, сенегга дамламалари) буюрилади.

Муколитиклар: бромгексин (др. 0,004 г) 2–5 ёшли болаларга – кунига 4 мг 2 марта, 5–10 ёшлиларга 4 мг дан 3 марта; 10 ёшдан катталарга 8 мг дан 3 марта берилади.

Экспекторантлар: мукалтин (таб. 0,05 г) 7 ёшгача болаларга ½ дан 3 марта, 7 ёшдан катталарга 1 таб. дан 3 марта; терпингидрат (таб. 0,25 г) 2–5 ёшли болаларга 0,1 г дан 3 марта, 5 ёшдан катталарга 0,15 г дан 3 марта, ҳар куни; кўкрак элексири ҳар ёшига 1 томчидан кунига 4–5 марта.

Аллергия аломатларини даволаш: тавегил (таб. 0,001 г) $\frac{1}{2}$ -1 таблеткадан кунига 2 марта, супрастин (таб. 0,025 г) $\frac{1}{2}$ -1 таблеткадан кунига 2 марта; кларитин (таб. 0,005 г) $\frac{1}{2}$ -1 таблеткадан кунига 2 марта берилади.

Нафас қийинлашиш хуружи бартараф қилинганидан сўнг бронхоспазмолитиклар билан даволаш (симпатомиметиклар, эуфиллин ва улар комбинацияси) 7–10 кун давом этади. Глюкокортикостероидлар парентерал (мушак орасига ёки венага ичига) қўлланганда улар инъекцияси хуруж бартараф этилганидан сўнг бекор қилинади.

Преднизолон билан даволаш ичилади астматик ҳолатнинг ифодаланиш даражасига қараб 10 кундан 14 кунгача давом этади.

Бронхиал астманинг оғир бўлмаган хуружлари игнарефлексотерапия, электроакупунктура, лазеротерапия усуллари билан бартараф қилиниши мумкин.

Бронхиал астманинг зўрайиши тез-тез такрорланиб турадиган болаларни хуруждан чиқаришда рецидивга қарши даволаш ўтказилади. Бронхиал астма хуружининг камдан-кам учраши, унинг енгилроқ кечиши ва касалликнинг ремиссиясига қуйидагилар ёрдамида эришиш мумкин:

Кромалин - натрий (интал) -0,02 г кунига 3–4 марта ингаляция шаклида, 6–9 ой давомида;

- кетотифен (задитен) 0,025 мг/кг кунига 2 марта 6–9 ой давомида ичилади;

- аллергоглобулин 5 мл мушак орасига – 5 инъекция ва улар оралиғи 3 кун.

- аллергияга қарши иммуноглобулин 1–2 мл дан мушак орасига 5–инъекция ва улар оралиғи 4 кун.

- организмдан секин ажраладиган теофиллин дори шакллари (теопек, дуофиллин, теостат, теодур). Теопекнинг кунлик дозаси 15–19 мг/кг дан 2 марта қабул қилинади, 3–4 ҳафта давом этади, зарурат туғилса, даволаш узоқроқ давом эттирилади.

Ажралиш механизми назорат қилинадиган салбутамол сақловчи волмакс препарати рецидивга қарши таъсир кўрсатади. Дорининг кунлик дозаси 6–8 мг, 2 бўлиб қабул қилинади, даволаш муддати 2–4 ҳафта. У бронхлар ўтказувчанлигининг тикланишига ёрдам беради.

Дитек (беротек ва интал сақловчи комбинацияли препарат) буюрилганида ҳам ремиссияга эришиш мумкин, уни кунига 3–4 марта 1–2 ингаляция қилинади, даволаш 1–2 ой давом эттирилади.

Болаларда бронхиал астма хуружларининг сонини камайтириш, уларнинг кечишини енгиллаштириш ва касаллик ремиссиясига эришишга игнарефлексотерапия, электроакупунктура, лазеротерапия, гистамин-электрофорези ёрдам беради. Бронхиал астма хуружлари тез-тез такрорланганида, юқорида кўрсатилган даволаш самара бермайди, бу вақтда касаллик ремиссиясига эришиш мақсадида глюкокортикостероидлар (бекотид, бекломет, бекодиск) аэрозолини 1–4 ингаляциясини кунига 2–4 марта буюрилади, 3–6 ой давомида даволанади.

Бронхиал астма оғир кечадиган ва хусусан гормонга боғлиқ қолган болаларда бронхоспазмолитиклар, глюкокортикостероидлар аэрозоллари билан даволаш самара бермаганида глюкокортикостероидларни ичиш тавсия этилади.

Касалликнинг ремиссия босқичида сабаб-аҳамиятга эга бўлган аллергенлар аниқланганида 3 йил давомида специфик иммунотерапия ўтказилади.

Маиший сенсбилизация билан боғлиқ атопик бронхиал астмада специфик иммунотерапия йил давомида амалга оширилади. Гуллар чанглари билан боғлиқ астмада специфик иммунотерапия мавсумдан олдин ўтказилади.

Инфекцион аллергик бронхиал астмада специфик иммунотерапия ўтказиш учун стандарт бактериал аллергенлар ёки аутовакциналардан фойдаланилади.

Олдини оловчи даволаш ва специфик иммунотерапия бронхиал астма билан касалланган болалар учун индивидуал тУЗИ лган реабилитацион дастурларнинг амалга оширилиши, нафас машқлари, динамик ва статистик жисмоний машқлар, массаж, чиниқтириш, санаторияда даволаш, сурункали инфекция ўчоқларини санация қилишга йўналтирилган усуллар қўлланиши ва атроф муҳит соғломлаштирилиши касалликнинг узоқ муддатли барқарор ремиссиясига эришишга ёрдам беради.

II боб

Овқат ҳазм қилиш органлари касалликлари

3.5. Сурункали эзофагит

Сурункали эзофагит – қизилўнғач шиллик пардасининг яллиғланишли – дегенератив шикастланиши бўлиб, кейинчалик патологик жараён қизилўнғачнинг шиллик пардаси остидаги қатламга тарқалиши билан ифодаланади. Бу жараён қизилўнғачга ҳар хил шикастловчи омилларнинг қайта-қайта ва узоқ таъсиридан, айниқса гастроэзофагал рефлексдан кейин ривожланади.

Ташҳисот мезонлари

1. Анамнези:

Яра касаллигига, гастродуоденитга, овқат аллергиясига кўрсатма борлиги, кимёвий ёки қизилўнғачнинг термик таъсирланиши, гастроэнтерологик касалликка мойиллик, рухий-эмоционал ҳаддан ташқари зўриқиш, нурдан шикастланиш.

2. Клиник мезонлар:

Оғриқ синдроми – овқат еганда ёки ундан сўнг, тез юрганда, югурганда, чуқур нафас олганда тўш орқасида ёки юқори эпигастрия соҳасида сиқаётганга ўхшаш ёки ачитадиған оғриқ пайдо бўлади. Оғриқ орқага, белга, стенокардияни эслатиб турувчи кўкрак қафасининг чап ярмига тарқалади.

Диспептик синдром –энгашганда, оғир нарса кўтарганда, ётганда, кофе ичгандан, ёғлиқ қ овқат истеъмол қилгандан сўнг кучаядиган жиғилдон қайнаши, эпигастрия соҳасида тўлалик сезиш ёки тўш орқасида юмалоқ нарса тургандек ҳис қилиш ва унинг кекиргандан ёки истеъмол қилинган овқатнинг озроқ миқдорини қайт қилиб ташлагандан кейин йўқолиши, овқат истеъмол қилаётганда тикилиши ёки йўтал пайдо бўлиши, баъзан қусиш, ундан сўнг ўзини енгил сезиш, эрозияларда қон билан қусиш, ич қотишга мойиллик.

Параклиник мезонлар:

А) эндоскопия – қизилўнғач терминал қисми шиллик пардасининг гиперемияси, эдемаси (шиши), бурмаларининг қалинлашиши, эрозияси ва яраси, камдан-кам ҳолларда шиллик парда рангининг хиралиги ва контакт қонаши, кардиал ёриқ кўринади.

Б) рН метрия - қизилўнғач ичидаги нарсаларнинг кислота томонга силжиши, рН нинг 4,0 ва ундан ҳам кам бўлиши

Этиология ва патогенези

Ўткир эзофагитлар қизилўнгач шиллиқ пардасининг иссиқ овқат ва ичимлик, кимёвий моддалар (йод, кучли кислоталар, ишқорлар)дан таъсирланиши натижасида, ўткир инфекцион касалликлар (қизилча, бўғма, сепсис ва ҳ.к.)да, ўткир фарингитлар, гастритлар ва б. да ривожланади.

Ярим ўткир ва сурункали эзофагитлар фаол меъда ширасининг қизилўнгачга кўтарилиб чиқиши (рефлюкс) натижасида пайдо бўлади, бу ҳодиса қизилўнгач кардияси етишмаслигидир, бу эзофагит рефлюкси деб аталади, ва кўпинча диафрагманинг қизилўнгач ўтган коваги чуррасида кузатилади. Бундай ҳолат қизилўнгач шиллиқ пардасига қайноқ, дағал ва аччиқ овқатлар таъсир қилганида рўй беради, кўпинча бурун-ҳалқум ва меъданинг сурункали яллиғланиш касалликлари билан бирга кўшилиб кетади.

Клиник манзараси. Ўткир катарал эзофагитда ютинганда оғрик, орқада ачишиш, баъзида дисфагия қайд қилинади.

Болаларда эзофагитлар таснифи

Кечиши бўйича	Шиллиқ парданинг ўзгариши бўйича	Касаллик даври (сурункали эзофагит учун)
Ўткир	Катарал	Зўрайиши
Ярим ўткир	Эрозив	Субремиссия
Сурункали	Геморрагик	Ремиссия
Рефлюкс - эзофагит	Некротик	

Геморрагик эзофагитда қон қусиш ва мелена бўлиши мумкин. Сохта мембраноз эзофагитда фибрин пардали массанинг (қизилча ва бўғмада) бўлиши характерлидир.

Ярим ўткир ва сурункали эзофагитда жиғилдон қайнаши, тўш орқасининг ачишиши, баъзида оғрик, дисфагия қайд қилинади; рефлюкс-эзофагитда бемор олдинга энгашганида қусади ва бу жараён горизонтал ҳолатда кучаяди.

Асоратлари: қон кетиши, қизилўнгачнинг стриктураси (торайиши) ва чандикли қисқариши (охиргиси диафрагманинг қизилўнгач ўтган коваги аксиал чуррасининг ҳосил бўлишига олиб

келади).

Даволаш. Бирга қўшилиб келадиган эзофагитларда асосий касалликни даволаш зарур. Ўткир эзофагитда авайлайдиган парҳез №1 буюрилади: овқат бўлак-бўлак қилиб 7 мартагача, оз-оз миқдорда берилади, сут ичиш, дағал ўсимлик клетчаткаси, аччиқ, тўйинган бульон, экстрактив моддалар, ёғлар, цитрус мевалар, шоколад, кофе б. ларни истеъмол қилиш чекланади.

Кечки овқат ухлашдан 2–3 соат олдин истеъмол қилинади.

Кун тартиби: ухлаётганда кўрпа-тўшакнинг бош томони баланд бўлиши керак, овқат истеъмол қилгандан сўнг олдинга энгашмаслик, ётмаслик, кечаси овқат емаслик, қаттиқ белбоғ ишлатмаслик, семириб кетмаслик, седатив, бетаблокаторлар, транквилизаторлар, теофиллин қабул қилмаслик керак.

Антирефлюкс терапия: овқатдан олдин $\frac{1}{2}$ -1 таб. церукал ичиладиёки 0,5%ли эритмасидан 1 мл м/о юборилади. Кунига 3 марта овқатдан олдин 0,005 г цисаприд берилади.

Адсорбентлар, антацидлар, ўраб олувчи дорилар курси 1–1,5 ой. Маалокс овқатдан кейин кечасига 1 таб., алмагель овқатдан сўнг кечасига 1 чой қошиқ – 1 десерт қошиқ; фосфалюгель овқатдан сўнг кечасига 1 пакети; викалин ва викаир овқатдан сўнг 1 таб кунига 3 марта; де-нол овқатдан сўнг 1 таб кунига 3 марта. Ранитидин 150 мг дан кунига 2 марта (эрталаб ва кечкурун); гастроцепин 2,5 мг дан кунига 2 марта.

Маҳаллий анестетиклар: 0,25%ли новокаин 15–20 мл дан илик ҳолида кунига 3–4 марта; анестезин (0,3) 1 таб. кунига 3 марта.

Спазмолитиклар курси 1–2 ҳафта: платифиллин 1 таб.дан кунига 3 марта; ношпа $\frac{1}{2}$ - 1 таб.дан кунига 3 марта.

Диспансер кузатуви

1. Мутахассисларнинг текшириш оралиғи: педиатр биринчи йили ҳар кварталда, иккинчи йили йилига 2 марта, ундан кейин 14 ёшга киргунча ҳар йили 1 марта. Гастроэнтеролог йилига 2 марта, зўрайганида касалхонага ётқизилади.

2. Қўшимча текширишлар: фиброзофагогастроуденоскопия, қизилўнгач ичи рН - метрияси йилига 2 марта.

3. Соғломлаштириш тадбирлари: парҳез, тартиб, тоза ҳавода сайр қилиш, сурункали инфекция ўчоғи санацияси, асаб-руҳий ҳаддан ташқари толиқишни, салбий эмоцияларни бартараф қилиш.

4. Жисмоний гуруҳи: 1–2 йил давомида тайёрлов гуруҳи.

5. Профилактик эмлаш: профилактик даволаш курси ўтказилгандан сўнг 1–1,5 ой кейин.

6. Санатория – курортларда даволаниш: ремиссия даврида меъда – ичак профилидаги санаторияда.

3.6. Сурункали гастрит

Сурункали гастрит полиэтиологик касаллик бўлиб, унинг асосини меъда шиллик пардасидаги диффуз (кенг тарқалган) ёки ўчоқли яллиғланишли-дистрофик ўзгаришлар ташкил қилади. Айни вақтда меъданинг секретор ва ҳаракат функциялари бузилади.

Ташҳисот мезонлари

1. Анамнези:

Алиментар бузилишлар (овқатнинг тўла-тўқис бўлмаслиги, сифатсизлиги, дағаллиги, овқат истеъмол қилиш оралиғининг узоклиги, қуруқ овқат ейиш, шошиб овқатланиш), овқатдан заҳарланишни бошдан кечириш, овқат аллергияси, дориларни узок муддат тез-тез қабул қилиш, узок давом этган психо-эмоционал зўриқиш, овқат ҳазм қилиш органлари касалликлари бўйича ирсий мойиллик.

2. Клиник мезонлар:

Оғриқ синдроми – овқатдан кейин анча давом этадиган зирқираб турадиган оғриқ, тунги, очликдаги оғриқ, овқат қабул қилиш билан боғлиқ бўлмаган ва жисмоний зўриқишдан кейин пайдо бўладиган оғриқлар. Ўртача жадалликдаги оғриқлар эпигастрал соҳага ёки киндикдан юқорига тарқалади. Пальпация қилинганда эпигастрал ва пилородуоденал соҳаларда оғриқ ва шу зонадаги мушакларнинг таранглашиши аниқланади.

Диспептик синдром – жиғилдон қайнаши, ҳаво билан, овқат билан кекириш, баъзан қусиш, меъдада дискомфорт сезиш, иштаҳанинг бузилиши, оғиздан нохуш ҳид келиши, тилни кулранг караш қоплиши.

Астено-невротик аломатлар намоён бўлади.

3. Параклиник мезонлар:

А) эндоскопия – меъда шиллик пардасининг гиперемияси ва шиллик парда эдемаси (шиши), бурмаларнинг қалинлашиши ёки атрофияси, баъзи жойларда ўчоқли гиперплазияси, эрозияли шикастланишлар.

Б) меъда ширасини текшириш – шилимшиқ модда ҳосил бўлиши, меъда секрецияси ҳажми, меъда шираси кислоталилигининг ўзгариши.

Даволаш

Комплекс, дифференциация қилинган, ҳар бир беморга алоҳида. Сурункали секретор етишмовчиликли гастритда тўла қимматли оқсиллар ва витаминларга бой, механик, кимёвий жиҳатдан авайловчи парҳез буюрилади. Зўрайиш даврида ўринкўрпа қилиб ётилади, №1 парҳезда ўртача 2 ҳафта бўлиб, аста-секин №2 парҳезга ўтилади, бунга шира ажралишини кучайтирувчи гўштли овқатлар, балиқли бульонлар, сабзавот ва мева шарбатлари, лимон, ёғсиз сельдь, икра, чучук пишлоқ, творог, кефир, сариёғ, қаймоқ, кунгабоқар мойи, тухум, қотган оқ нон, қуритилган нон, натурал кофе, чой ва б.лар киради. Дағал клетчаткали овқатлар, ёғлиқ қ гўшт, янги нон, пиширилмаган сут, қаттиқ ва эритилган пишлоқлар, консервалар, сирка, гармдори, ханталлар берилмайди. Бундай парҳез 2 ой давом этади.

Helicobacter pylori бактериялари аниқланганида антибактериал хусусиятга эга бўлган де-нол дориси буюрилади (бир ой давомида кунига 2–3 марта оч қоринга 1 таблеткадан ҳамда метронидазол (трихопол), фуразолидон ёшига қараб берилди).

Минерал сувлар: натрий хлорид, натрий гидрокарбонатли сувлар, ичиш тавсия этилади. Мактабгача ёшдаги болаларга шишали газсиз минерал сувни овқатдан 20–30 дақиқа олдин 100 мл дан кунига 3 марта ва мактаб ёшидаги болаларга 30–40 кун давомида кунига 3 марта 150 мл дан ичиш маслаҳат берилди, йил мобайнида 2–3 курс ўтказилади.

Оғриқ пайдо бўлганида спазмолитиклар қўлланади: папаверин, но-шпа; холинолитиклар: платифиллин, атрофин, метацин. Кўрсатма бўйича седатив воситалар: валериана, триоксазин, элениум, седуксен, димедрол ва ҳ.к. Сурункали инфекция ўчоқлари (сурункали тонзиллит, синусит, тишлар кариеси) санацияси ўтказилиши шарт. Санаторийда даволаниш тавсия этилади.

Диспансер кузатуви

Касаллик зўрайганда беморни шифокор биринчи йили ҳар кварталда кўриб боради, ундан кейинги йили 6 ойда 1 марта, ундан

кейинги йиллари йилига 1 марта кўради. ЛОР ва стоматолог йилига 2 марта, невропатолог йилига 1 марта, хирург оғир рефлюкс-гастритга кўрсатма бўлганда кўради. Қоннинг умумий таҳлили (ҚУТ), кенгайтирилган копрограмма қилинади, нажасда яширин қон борлиги текширилади. Эндоскопия ўтказилади, гижжа ва лямблиялар текширилади. Баҳор ва кузда профилактик даволаш ўтказилади. Фитотерапия, физиомуолажалар, антацидлар, рефлюкс-гастритда антирефлюкс терапиялар шулар жумласидандир.

3.7. Сурункали гастродуоденит

Гастродуоденит меъда антрал қисми ва ўн икки бармоқ ичакнинг сурункали яллиғланиш касаллиги бўлиб, овқат ҳазм қилиш йўлининг шу қисмлари шиллиқ пардаси эпителийси регенерациясининг бузилиши, секретор ва мотор функцияларнинг ўзгариши билан кечади.

Ташҳисот мезонлари:

1. Анамнези:

Гастроэнтерологик касалликка мойиллик, овқат аллергияси, ҳар хил органлар ва тизимларнинг (эндокрин, сийдик ажратувчи, юрак-томир) сурункали патологияси, психовегетатив бузилиши ҳақида кўрсатмалар мавжуд.

2. Клиник мезонлар:

А) оғриқли абдоминал синдром – оғриқ ўртача интенсивликда баъзан кучли, кечки (овқат истеъмол қилинганидан 1–2 соат ўтганда), кечаси бўлади. Камдан-кам ҳолларда овқат истеъмол қилаётганда ёки овқат истеъмол қилган заҳоти ёки эрта ва кечиккан оғриқлар бирга пайдо бўлади. Эрта оғриқ эквиваленти болаларнинг тезда тўйиб қолиш сезгиси ҳисобланади. Оғриқ пилороуденал соҳада, киндик атрофида ёки эпигастрал соҳада бўлади. Оғриқ синдроми февраль-март ойларида ва эрта кузда кучаяди. Пальпацияда оғриқ меъда ва ўн икки бармоқ ичак проекцияси жойида аниқланади.

Патологик жараённинг ўт йўллари, меъда ости бези, ичакка тарқалганлик аломатлари бўлиши мумкин.

Б) Диспептик синдром меъда ва ўн икки бармоқ ичакнинг, асосан, ҳаракат ва секретор функциялари бузилиши билан боғлиқ бўлиб, кўнгил айнаши, кекириш, камдан-кам бир марталик овқатни қайт қилиш, ич қотиши ёки ичнинг беқарорлиги, полифекалияси ва

овқатнинг сездирмай ўтиб кетиши каби аломатлар билан ифодаланади.

В) Астеновегетатив синдром – толиқиш, лоҳаслик, бош оғриши, ранг оқариши, юрак-томир тизими (ЮТТ) нинг функционал бузилиши, неврозга ўхшаш ҳолат, полигиповитаминоз белгилари билан ифодаланади.

3. Параклиник мезонлар:

-қон таҳлили: жараён узоқ давом этганида эритроцитлар сони ва гемоглобин миқдорининг камайиши, эрозив шаклида қон зардобида гастринни кўпайиши қайд этилади;

меъда ва ўн икки бармоқ ичак эндоскопияси – шиллик парданинг кенг ёйилган ёки чегараланган ўзгаришлари аниқланади.

Шиллик парда шикастланишининг қуйидаги шакллари фарқ қилинади:

- *юзаки гастродуоденит* – диффуз гиперемия, шиллик пардани шиши, бурмаларининг бир оз қалинлашгани, баъзан оқимтир караш учрайди;

- *гипертрофик гастродуоденит* – шиллик парда шишган, гиперемияли, донали кўринишда, майда нуқтали қон қуйилганлиги аниқланади. Ичак бўшлиғидаги суюқлик хира, таркибида фибрин иплари бор;

- *эрозив гастродуоденит* – шиллик парданинг гиперемияланган фонида кўп сонли, камдан-кам яқка ҳолдаги эрозиялар кузатилади, уларнинг ўлчами 0,5 см гача, туби текис, кулранг караш билан қопланган бўлади;

- *субатрофик (атрофик) гастродуоденит* – меъда ва ўн икки бармоқ ичакнинг шиллик пардаси оқарган, бурмалар юпқалашган, текисланган, томирлар расми кучайган.

Гастродуоденитнинг ҳамма шаклларида дуоденогастрал рефлюкс аломатлари: қорин бўйнининг очилиб қолиши, рентгеноскопияда меъда қалинлиги, рельефининг ўзгариши, меъда ва дуоденит ҳаракатининг бузилиши аниқланади.

Меъда секрециясини текшириш – гиперсекреция ва гиперацидлик, камдан-кам ҳолларда кислотанинг меъёрада ҳосил бўлиши ёки гипоацидлик аниқланади.

Гастродуоденитлар таснифи (Б.Г.Апостолов бўйича)

Вариант	Функционал–морфологик таснифи (қуйидаги маълумотлар бўйича)			Касаллик даври
	ФГДС	Биопсия	Меъда секрецияс и	
Пилородуо– денит (антродуо- денит)	Юзаки Гипертрофи к Эрозив	Атрофиясиз Атрофик А) ўрта атрофия	Кучайган Меъёрида Камайган	Зўрайиши Субремис сия Ремиссия
Гастродуо- денит Дуоденит –кенг ёйилган -чегараланган (бульбар)	Атрофик	Б)яққол атрофия		

Даволаш

1. Авайлайдиган парҳез – 1, 1а, 1 б стол икки ҳафта давомида, сўнг аста-секин (6–8 ҳафта ичида) одатдаги парҳезга ўтилади.
2. Гиперсекрецияда –антацидлар («меъда ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллигини даволаш»га қаранг).
3. Витамин U (метаметилсульфонил хлорид) 1 ҳафта давомида кунига 2 марта 0,05 г ўсимлик дорилари (чаканда – облепиха) ёғи овқатдан олдин 2–4 мл дан, мойчечак, ялпиз, бўйимодарон дамламалари) берилади.
4. Оғриқ пайдо бўлганида спазмолитиклар: папаверин 10–20 мг кунига 2–3 марта 2%ли эритмаси 0,5–1,5 мл мушак орасига, но-шпа 20–40 мг кунига 1–3 марта буюрилади.
5. Н. рuloгi ни даволаш учун даволаш жадвалидан фойдаланилади («меъда ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллигини даволаш» га қаранг).
6. Гипосекрецияда – ўрнини босувчи терапия.

Меъдада овқат ҳазм бўлишини яхшиловчи дорилар

№	Дорининг номи	Дозаси
1.	Абомин	½ таб. овқат билан
2.	Ацедин-пепсин	¼-1 таб. кунига 3 марта
3.	Пепсин	0,05–0,3 кунига 3 марта 1–3%ли хлорид кислота эритмасида
4.	Меъда шираси	3–10 мл овқат билан 2–3 марта

Диспансер кузатуви

Шифокор касаллик зўрайганида биринчи йили ҳар кварталда, сўнг 6 ойда 1 марта – 2 йил давомида, ундан кейинги йиллари – йилига 1 марта текширади, ЛОР ва стоматолог йилига – 2 марта, невропатолог йилига – 1 марта, хирург керак бўлганида кўрувдан ўтказадилар.

Қоннинг умумий таҳлили (ҚУТ), кенг копрограмма, нажасда яширин қон борлиги текширилади, 6 ойдан сўнг ва зўрайганда 1 йилдан кейин эндоскопия, гижжалар ва лямблиялар текширилади.

Ҳисобдан чиқарилмайдилар, 14 ёшга етганларида ўсмирлар шифокорига ўтказиладилар. Профилактик эмлашлар клиник ва эндоскопик ремиссия даврида амалга оширилади.

3.8. МЕЪДА ВА ЎН ИККИ БАРМОҚ ИЧАКНИНГ ЯРА КАСАЛЛИКЛАРИ

Сурункали касаллик бўлиб, меъда ва ўн икки бармоқ ичак шиллик пардасининг яраланиши билан ифодаланади. Касаллик турли хил клиник манзара билан намоён бўлади, зўрайиш ва ремиссия даврлари билан кечади.

Ташҳисот мезонлари

1. Анамнези:

Овқат ҳазм қилиш органлари касалликлари бўйича генеалогик анамнез мавжудлиги, яра касаллиги ривожланишида иштирок этувчи бир ёки бир неча омиллар мажмуига кўрсатмалар, ярадан олдинги ҳолат: овқатланиш тартибининг бузилиши, овқатнинг миқдори ва сифат жиҳатидан қўпол бузилиши, сурункали инфекция ўчоқлари, интоксикациялар, паразитлар, аллергия ва бошқа йўлдош касалликлар; узок давом этган салбий-эмоционал таъсирлар

(оиладаги, мактабдаги ихтилофлар, қўшимча зўриқишлар).

2. Клиник мезонлар:

1. Оғриқли синдром ва диспепсия:

Яра меъдада жойлашганда – дағал, ёғлиқ қ овқат ёки хом сабзовотлар истеъмол қилганидан 25–30 дақиқа ўтганда аниқ ритмда эпигастрия соҳасида илк оғриқ пайдо бўлиши, ҳаво билан кекириш, иштаҳанинг камайиши, овқат истеъмол қилган замонда қусиш, қорин деворининг антрал қисмида турғун оғриқ проекцияси, тўсатдан пайдо бўлган оғриқ йўқолганидан кейин ҳам сақланиб қоладиган оғриқ; меъдадан яширин қон кетиш белгилари, кислота ҳосил бўлиши меъёрдан пасайган ҳолда фермент ҳосил қилиш функциясининг кучайиши.

Яра ўн икки бармоқ ичакнинг пиёзчасида жойлашганда – оғриқ анча кучли, наҳорда (оч қоринда) пайдо бўлади, овқат истеъмол қилинганда камаяди, бироқ орадан 1,5–2 соат ўтгач яна рўй беради, кечаси кенг соҳага тарқалади ёки киндикдан бир оз юқориқда, пилородуоденал соҳада ёки қовурғалар остида бўлади, бемор сариқ-яшил рангли шилимшиқ қусади, нордон кекиради, жиғилдони қайнайди, иштаҳаси бузилади ёки кучаяди, қабзият, пилородуоденал соҳа пальпация қилинганда оғриқ кузатилади; кўпинча патологик жараён ўт йўллари, ичак, жигар, меъда ости безига ҳам тарқалади.

Яра постбульбар соҳада жойлашганда наҳорда оч қоринда кесаётган ёки санчиқли характерда кучли оғриқ бўлиб, белга, қориннинг ўнг томонига тарқалади, ярага қарши даво қилинишигалашга қарамай 1 ой давомида кечаси кучли оғриқ тутуди; кўпинча дуоденал қон кетиши, перфорация, пенетрация, стенозлар, перивисцеритлар кузатилади.

2. Астеновегетатив синдром: уйқунинг бузилиши, эмоционал лабиллик, тез чарчаш, жиззакилик, локал гипергидроз, артериал гипотензия, брадикардия, қизил дермографизм.

3. Параклиник мезонлар:

А) Меъда ва ўн икки бармоқ ичакнинг барийли масса билан рентгеноскопияси. Яра касаллигининг рентгеноскопик белгилари ҳақиқий ва билвосита бўлади.

Ҳақиқий белгиларига: яра тешигининг девори билан бирга яллиғланиши, меъда контурининг чандиқли деформацияси, бурмачаларнинг «тешик» йўналиши ёки яра чандиғи томон радиал қонвергенцияси киради.

Билвосита белгиларига: меъда тонусининг ўзгариши, ўн икки бармоқ ичак контрасти стази ёки унинг тезликда бўшаб қолиши, маълум жойида ичак шиллик пардаси рельефининг бузилиши, локал оғриқ, пилороспазм, меъда мушакларининг маҳаллий циркуляр спазларининг пайдо бўлиши, нахорда секретор суюқлик даражаси мавжудлиги ва б. киради.

Б) Эндоскопия: шиллик парданинг ҳар хил ўлчамли, шаклли ва чуқур тубли дефекти аниқланади, туби фибрин билан қопланган, йўлдош касаллик сифатида гастрит, гастродуоденит, дуоденогастрал рефлюкс, яра-чандиқли деформация белгилари учрайди.

В) Меъда секрециясини текшириш: хлорид кислота ва пепсиннинг, айниқса, секрециянинг базал босқичида гиперсекрецияси.

Қиёсий ташҳисот

Яра касаллигини меъда-ичак йўлининг юқори қаватидаги бошқа касалликлардан фарқлаш ўтказилади: диафрагманинг қизил-ўнгач коваги чурраси, гастродуоденит, панкреатит; ўт йўллари касалликлари; буйрак патологияси, Золлингер-Эллисон синдроми, меъда ва ўн икки бармоқ ичакнинг ўткир яралари шулар жумласига киради.

Даволаш

1. Гастритдаги каби парҳез.
2. Даволашда меъда ширасининг кислоталилигини пасайтириш етакчи ўринни эгаллайди.

Антацидлар – яхшиси суюқ ҳолидаги; сўрилмайдиган алюминий ёки висмут билан (овқатлангандан 1–3 соат ўтгач 4–6 ҳафтадавомида кунига 4–6 марта.

Антацидлар

№	Препарат (дори)	Таркиби	Дозаси
1	Альмагель	Алюминий гидрооксид магний оксид	бир ичишга ½ - 2 чой қошиқ
2	Альмагель А	Юридагининг ўзи + анестезин	бир ичишга ½ - 2 чой қошиқ
3	Алюмаг	Алюминий ва магний гидроксид	бир қабулга 1 таб.

4	Викалин	Висмут нитрат, магний ва натрий гидрокарбонат	ҳар қабулга 1–2 таб.
5	Гастал	Алюминий ва магний гидроксид, магний карбонат	ҳар қабулга 1–2 таб.
6	Маалокс	Алюминий ва магний гидроксид	ҳар қабулга 1–2 таб. 5 мл суспензия
7	Фосфалюгель	Алюминий фосфат, пептин, агар	½ пакетини овқатдан олдин

3. Секрецияни тўхтатувчи воситалар анча қулай ва ишонарли: H_2 – блокаторлар 3–4 ҳафтадавомида кунига 3 марта берилади. Уларни узок муддат (кечаси -1 доза) бериш рецидивлар сонини камайтиради. Блокаторларни бериш аста-секин тўхтатилади.

4. Простагландинга ўхшаш – мизопростол (кунига 2–4 марта 0,2 мг 4–6 ҳафтадавомида) дан фойдаланилади.

5. Яра ва эрозияларнинг битишига сукральфат ёрдам беради: ½ таб.дан кунига 4 марта.

6.Н. рулоги ни йўқотиш учун бир неча даволаш жадваллари таклиф қилинган.

7. Оғриқ пайдо бўлганида спазмолитиклардан фойдаланилади (папаверин 20–40 мг кунига 3–4 марта, 2%ли эритмаси 0,5–1,5 мл м/о, но-шпа 20–40 мг кунига 1–3 марта).

Секрецияни тўхтатувчи воситалар

№	Препарат (дори)	Дозаси
Меъданинг H_2 рецепторлари блокаторлари		
1	Циметидин (Тагамет)	15–30мг/кг/кунига овқатдан сўнг (1/2 доза кечасига)
2	Ранитидин (Зантак, Язитин)	кунига 2–6 мг/кг ичиш; кунига венага 1–3 мг/кг
3	Фамотидин	кунига кечасига 0,3–0,6 мг/кг
4	Роксатидин (Роксан)	катталарга кунига 0,15 г
H^+, K^+ АТФ - аза блокаторлари		
5	Омепразол	10–20 мг кунига 1 марта
6	Ланзопразол	10–30 мг кунига 1 марта
M – холинорецепторлар блокаторлари		
7	Атропин	0,25 мг кунига 1–2 марта
8	Платифиллин	1 – 3 мг овқатдан олдин
9	Апрофен	20–30 мг/кунига ичиш ёки т/о (п/к)

Амоксициллинни ампициллин, эритромицин, тетрациклин билан алмаштириш мумкин. Хеликоцинни (0,75 амоксициллин + 0,5 метронидазол) қўллаш қулай.

Чизма	Висмут субцитрат кунига 1-2 таб.	Амоксициллин кунига 100 мг/кг	Метронидазол кунига 20 мг/кг	Секрецияни тўхтатувчи воситалар
1	28 кун	18–28 кун	1–10 кун	H ₂ -блокаторлар 28 кун
2	28 кун	28 кун	18–28 кун	Ранитидин 28 кун
3	–	14 кун	–	Омепразол 14 кун
4	–	28 кун	28 кун	–

Диспансер кузатуви

Мутахассислар кўриги	Шифокор – биринчи йилда мобайнида кварталда 1 марта, сўнг 6 ойда 1 марта, ундан кейинги йиллари йилда 1 марта; Стоматолог ва ЛОР –йилига 2 марта; Невропатолог – кўрсатмага қараб; Санатория-курортда даволаш – яра дефекти эпителий билан қопланганида ва асоратлар йўқлигида.
Кўрувда аҳамият беринг	Умумий ҳолати, эпигастрал ва пилородуоденал соҳадаги оғриққа шикоятлар, улар иррадиацияси ва ритми, диспептик ҳолатлар, ич келиши характери, пальпацияда эпигастриядаги оғриқ ва мушакларнинг фаол химоясига.
Текширув усуллари	Нажасда яширин қоннинг таҳлили, кенгайтирилган копрограмма Даволашдан кейин 6 ой ва 1 йил ўтганида – ФЭГДС, қоннинг умумий таҳлили ва биокимёвий таҳлили.

Ҳисобдан чиқариш	Ҳисобдан чиқарилмайди. Ёши 14 га етганида ўсмирлар шифокорига ўтказилади
Профилактик эмлаш	Яра дефекти битганида

3.9. Сурункали панкреатит

Меъда ости безида тобора зўрайиб борадиган яллиғланишли-дегенератив жараён бўлиб, унинг охириги босқичида ациноз хужайралар ўрнини бириктирувчи тўқима эгаллашининг кучайиб бориши билан ифодаланади ва безнинг экзокрин ва эндокрин функцияси пасайиши билан бирга кечади.

Сурункали панкреатитларнинг бирламчи, иккиламчи, ирсий қайталанувчи шакллари фарқ қилинади.

Бирламчи панкреатит бу патологик жарён бўлиб, меъда ости бези тўқимасининг ўзини бирламчи яллиғланиши ривожланиши билан боғлиқ.

Иккиламчи панкреатит – болаларда кўп учрайди. Унинг реактив ва интоксикацион турлари фарқланади.

- *реактив панкреатит* меъда ости бези билан қўшни органларнинг сурункали касалликлари (меъда, ўн икки бармоқ ичак, ўт ажратувчи йўллар) фонида пайдо бўлади.

- *интоксикацион панкреатит* умумий касалликлар, заҳарланишлар, инфекцион моддалар алмашинуви бузилиши, инфекцион касалликлар натижаси ҳисобланади.

Ирсий қайталанувчи панкреатит муайян оилаларда кўпинча илк болаликда учрайди, аутосом-доминант типда авлодга ўтади ва яллиғланиш реакцияси унча ифодаланмасдан, меъда ости безида фиброз ривожланиши билан намоён бўлади.

Ташҳисот мезонлари

1. Анамнези:

Овқат ҳазм қилиш органлари (меъда яраси, гастродуоденит, холецистит, ўт ажратувчи йўллар дискинезияси ёки аномалияси)нинг сурункали касалликларига, аллергияга, ирсий мойилликка, овқатнинг мос эмаслигига, моддалар алмашинуви патологиясига, муковисци–дозга, оғир умумсоматик касалликларга, қорин жароҳатига, бактериал вирусли касалликлар ва

интоксикацияларни бошидан кечирганлигига кўрсатмалар бор.

2. Клиник мезонлар:

Оғриқли синдром – ўткир хуруж сифатида пайдо бўлади ва бир неча соат давом этади. Қайталанувчи шаклида эса кунлаб давом этади ёки доимий, кучли, зирқираб оғрийди, доимий оғриқли панкреатит синдромида оғриқ узок давом этади. Кўпинча оғриқ ҳаддан ташқари тўйиб овқат еганда, ёғлиқ овқат ва ширинликлар истеъмол қилинганда кузатилади. Оғриқ локализацияси безнинг шикастланган жойига боғлиқ, безнинг бошчаси шикастланганда – оғриқ киндикнинг юқори ўнг томонида, безнинг гавдаси шикастланганда – эпигастрал соҳада, думи шикастланганда – чап қовурға остида пайдо бўлади. Оғриқлар ўраб олувчи характерга эга.

Диспептик синдром – иштаҳа бузилиши, кекириш, кўнгил айниши, турғун метеоризм, ёғлиқ, гўштли, ширин овқатларни кўнгил тортмаслиги, сўлак ажралишининг ортиши, ич қотишга мойиллик ёки ич қотишини ич кетиш билан алмашилиб туриши билан характерланади.

Астеник синдром – беҳоллик, гавда вазнининг камайиши, гиповитаминоз аломатлари, тез чарчаш, кўпинча бош оғриғи, эмоционал ҳолат билан ифодаланади.

3. Параклиник мезонлар:

А) сийдик таҳлили – диастаза фаоллигининг ортиши;

Б) қон биокимёси: амилаза фаоллигининг ортиши;

В) копрограмма – яллиғланиш элементлари йўқлигида стеаторея, креаторея, аминорея;

Г) УЗИ -безнинг ҳаммасида ёки бирон қисмида ўлчовлари ва зичлигининг ўзгариши, меъда ости безининг оҳакланиш ҳодисаси;

Д) рентгенологик текширишлар – панкреатин шираси ажраладиган йўллар бўйича тошлар ёки паренхиманинг оҳакланиши кўринади, экран назоратида аниқланадиган безнинг катталашгани ва оғриқли, Одди сфинктерининг етишмовчилиги, папиллит, дуоденит, дивертикулит хос.

**Болаларда сурункали панкреатитлар таснифи
(Ж.П.Гудзенко, 1976)**

Бирламчи Иккилам- чи	Сурункали такрорланувчи панкреатит Доимий оғриқли синдром Сурункали панкреатит (яширин) Сурункали комулёз панкреатит Сурункали холепанкреатит Муковисцидоз билан хасталанган болаларнинг сурункали кистозли панкреатити	Ташқи секретор функцияси: А) меъёрда Б) гиперсекретор тип В) гипосекретор тип Г) обтурацион тип Ички секретор функцияси: Инсуляр аппарат гиперфункцияси Д) ингулятор аппаратни гипофункцияси	Зўрайиши, Субремис- сия Ремиссия
----------------------------	--	--	---

Даволаш

1. 3–5 кун давомида ўрин-кўрпа қилиб ётилади.
2. Парҳез: 1–3 кун ҳеч нарса емаслик, сўнг аста-секин парҳез кенгайтирилади (Певзнер бўйича № 5 стол).
3. Оғриқ синдроми пайдо бўлганда ва қайт қилганда эпигастрал соҳага ях қўйилади.
4. Спазмолитиклар биринчи 3 кунда парентералқўлланади, сўнгра ичиш тавсия этилади.
 - Но-шпа 2%ли эритмаси 1–2 мл м/о кунига 1–2 марта.
 - Папаверин 2%ли - эритмаси 0,5–1 мл м/о ёки т/о кунига 1–2 марта.
 - Платифиллин 0,2%ли эритмаси 1-2 мл т/о.
5. Ганглиоблокаторлар – кучли оғриқларда ва спазмолитиклар самарасизлигида
 - Галидор 2,5%ли эритмаси 1–2 мл м/о ёки в/и кунига 2 марта.
 - Бензогексоний 2,5%ли эритмаси 0,25–0,5 мл м/о.
 - Пентамин 5%ли эритмаси 0,25 – 0,5ли м/о ёки куёш чигаси соҳасига ионофорез шаклида; уни 2%ли новокаин эритмаси билан алмаштириб турилади.
6. Диуретиклар 3 кун давомида – лазикс 2–4 мг/кг
7. Инфузион терапия 5–7 кун давомида:

- 10%ли глюкоза эритмаси 200–400 мл инсулин билан 5 г глюкозага 1 ТБ ҳисобида;
- физиологик эритма 200–400 мл дан;
- реополиглюкин, альбумин, неокомпенсан 10 мл/кг дан;
- аскорбин кислота 50–100 мг дан.

- кокарбоксилаза 50 мг дан

- 4%ли натрий гидрокарбонат (рН7,28).

8. Меъда ости беши яққол шишганида преднизолон кунига 2 мг/кг қисқа курс.

9. Гиперамилаземиянинг ўткир даврида протеолиз ингибиторлари:

- контрикал, трасилол, гордокс бемор ҳолатининг оғирлигига қараб кунига 1–2 марта венага 10–25000 ТБ томчилаб.

- 5%ли эписилон-аминокапрон кислота 50 мл дан.

10. Ўринбосар терапия (тикланиш даври):

- Панкреатин, мезим-форте, панзинорм, фестал, дигестал, ораза, - 1 таб. ёки драже 5–6 ой давомида кунига 3–4 маҳал.

2.Тикланиш даврида:

- Холестаза ва ўт йўллари гипертониясида – 20% сорбит, ксилит 30–50 мл 7–10 кун эрталаб оч қоринга ичилади;
- 25%ли магний сульфат 10–15 мл кунига 3 маҳал, 7–10 кун мобайнида;
- Холеретиклар
- Дуоденогастрал рефлюксда, қабзиятда, кекиришда – мотилиум 1 капсуладан 3 маҳал; церукал ½ таб. овқатдан олдин.

Сурункали панкреатит бўлган болаларнинг диспансер кузатуви.

Мутахассислар кўриги	Стационардан сўнг 1-йили – шифокор кварталда 1 марта, 2 йил мобайнида 1 йилда 2 марта, кейинги йиллари йилига 1 марта. ЛОР ва стоматолог кўриги йилига 2 марта.
Клиник-лаборатор текширувл	Умумий аҳволини баҳолаш. Оғриқ синдроми, диспепсик ҳолатни, қорин пальпациясини аниқлаш. Амилазани аниқлаш мақсадида қон таҳлили ҳар 6–12 ойда, копрограмма 1 йил мобайнида ҳар

ар	кварталда, кейинги йили йилига 2 марта, кейинчалик йилига 1 марта. Қондаги қанд миқдорини ва қанд эгри чизигини йилига 1 марта ўтказилади.
Рецидивга қарши даво	Парҳез : сурункали ўчоқлар санацияси. Гастродуоденал зона йўлдош касалликларини даволаш, травмалар, вирусли инфекциялар профилактикаси. Ташқи секретор етишмовчилик белгиларида- ферментлар ёрдамида ўринбосар терапия. ЎРВИ дан сўнг 10 кун давомида фермент, 1 ой давомида – поливита–минлар, ўт хайдовчи биопрепаратлар. Фитотерапия. Минерал сувлар, ДЖТ. Жисмоний тарбия машғулоти – тайёрлов гуруҳида, 1 йилдан кейин – асосий гуруҳида. Проф эмлашлар ҳуружидан сўнг 1,5 ойдан кейин.
Самара дорлик мезонлари	Жисмоний ривожланиш кўрсаткичи меъёрда.
Рўйхатдан чиқариш	Рўйхатдан чиқарилмайди

3.10. СУРУНКАЛИ ЭНТЕРОКОЛИТ

- ингичка ва йўғон ичакнинг яллиғланиш касаллиги бўлиб, шиллик қаватининг дистрофик ўзгариши, функциясининг бузилиши.

Патологик жараённинг жойлашуви	1. Колит: а) тотал; б) тифлит; в) трансверзит; г) проктосигмоидит 2. Энтерит 3. Энтероколит
Морфологик ўзгариш характерлари	Катарал Катарал-геморрагик Эрозив-ярали Перивисцерит кўринишида

Кечиш фазалари	Авж олиш Ремиссия
Кечиш тури	Рецидивли Узлуксиз-рецидив
Функционал бузилиш характери	Мотор фаолиятининг бузилиши Хазм функциясининг бузилиши Сўрилиш функциясининг бузилиши

Клиник кўринишида мотор функциясининг бузилиши устунлиги (қабзият ва ич кетиш). «Спастик колит» ёки «йўғон ичак дисфункцияси» термини ўрнига «Таъсирланган йўғон ичак синдроми» деб номланади.

ТАШҲИСОТ МЕЗОНЛАРИ

1. Анамнези:

ОИИ (сальмонеллез, дизентерия, энтеро- и ротавирусли инфекция, колиэнтерит), дисбактериозга кўрсатма, паразитар касалликлар овқат аллергияси: алиментар бузилишлар, дорилар қабул қилиш, туғма ёки орттирилган ферментатив етишмовчиликлар, неврологик бузилишлар, овқат хазм қилиш органларининг сурункали касалликлари, иммун бузилишлар, ичак аномалиялари.

2. Клиник мезонлар: оғриқ синдроми – киндик атрофида ва қорин бўйлаб, хуружсимон дефекциядан кейин, газлар кетгандан кейин пасаяди: сут, сабзаёт, мева совуқ ичимликлар қабул қилгандан кейин оғриқ кучаяди. Кўпинча куннинг иккинчи ярмида кечаси, жисмоний зўриқишдан кейин юзага келади. Ингичка ичак зараланиши учун чўзилувчан, тортувчи оғриқ хос, кучли, хуружсимон- йўғон ичак учун, қорин пальпациясида ичак қовузлоклари бўйлаб оғриқ таркалади.

Диспептик синдром – нажаснинг бузилиши ич кетиши кўринишида кўпроқ кечаси безовта қилади. Қабзият билан алмашилиб келади. Тўлиқ бўшай олмаслик ҳисси, ахлат лентасимон ёки қўй юмалоғига ўхшаш кўринишда, метеоризм, қорин қулдираши куннинг иккинчи ярмида безовта қилади.

- Умумий энтерал симптомлар – гавда вазни камайиб, бўй ўсишининг орқада қолиши, тери қуруқлиги, тирноқларнинг синувчанлиги, соч тўкилиши, полигиповитаминоз белгилари,

анемия, электролит бузилиши, оқсил минерал алмашинувининг бузилиши.

3. Параклиник мезонлар:

- Умумий қон таҳлили- Нв, лейкоцитларнинг пасайиши, ЭЧТ тезлашиши;
- Копрограммада – ахлат шаклининг ўзгариши, яллиғланиш элементлари, йодофил флора, овқат ҳазм қилишнинг бузилиши;
- Ахлат экишда – дисбактериоз;
- Ректо- и колоноскопия – шиллиқ қават ўзгариши- полип, яра, чандиқлар, эрозия аниқланиши;
- Рентгенологик текшириш (ирригоскопия) – ичак моторикасининг бузилиши, аномалия ва бошқа органик бузилишлар.

Қиёсий ташҳисот

Инфекцион характердаги касалликлар (дизентерия, сальмонеллёз, иерсиниоз), лямблиоз, дисахаридаз етишмовчилиги, муковисцидоз, аппендицит, ичак аномалиялари, носпецифик ярали колит, Крон касаллиги, ичак дискинезиялари билан ташҳислаш.

Даволаш

1. Ярим ётоқ тартиби.

2. Парҳез –№ 4А, 4Б, 4В стол. Касалликнинг авж олиш даврида тўла қимматли парҳез, оқсил, ёғ, углеводлар меъёрда ош тУЗИ озгина, механик ва кимёвий таъсирловчиларни чеклаш. Шунингдек, ичакда бижғиш ва ачиш жараёнларини кучайтирувчи маҳсулотлар шўр, дудланган қовурилган овқатлар, қора нон, янги сут маҳсулотлари, қатик, гўшт ва балиқнинг ёғлиқ қисмлари, карам, нўхат, ловия, редиска, саримсоқ пиёз)ни тақиқлаш. Ҳамма овқатлар қайнатма ёки буғда пиширилган ёки қирғичдан ўтказилган бўлиши керак (4Б парҳез). Парҳезга амал қилиш муддати индивидуал қатъий. 4В парҳезга 2–4 ҳафтадан кейин ўтилади (нажас меъёрда оғриқ синдроми йўқолган ёки пасайган, диспептик ҳолат йўқолган). Агар кўп ич кетиш безовта қилса, авайлайдиган парҳез қўлланади.

3. Антибактериал препаратлар кенг таъсир доирасига эга бўлса овқатдан кейин 3 маҳал энтеросептол, кунига 2–3 маҳал 1 таб.дан мексаформ, 7–8 кун эритромицин, сульфасалазин (таб. 0,5г, болаларга 5–7 ёшдан 0,25–0,5г; катталарга 7 ёшдан 0,5 г кунига 3–6

маҳал) берилади. Зарурат туғилса дозани суткасига 5 г ошириш мумкин. Ушлаб турувчи доза: 2–4 ой мобайнида суткасига 1–1,5г. Антибиотиклар эҳтиёткорлик билан қўлланади.

4. Йўғон ичак флорасини меъёрдалаштирувчи припаратлар: колибактерин, бифидумбактерин, бактисубтил 10–15 дозадан кунига 3 маҳал, бифинол 4–6 дозадан кунига 2–3 маҳал, интестопан 7–8 кун 1 таб.дан кунига 2–3 маҳал.

5. Фермент препаратлари: абомин 1 таб.дан кунига 2–3 маҳал, панкреатин 0,5–1г дан кунига 3–4 маҳал, полизим, панзинорм, миксазен, фестал, дигестал кунига 1–2–3 таб. 2–4 ҳафта мобайнида панкурмен йилига 3–4 курс.

6. Ўраб олувчи, сўрувчи препаратлар: крахмал оқ тупроқ (смекта кунига 1/2–1 пакет), висмут. Ўтлар (мойчечак –150–200мл клизма шаклида № 8–10 марта, эвкалипт ва б.) – ичилади ёки микроклизма ва шамчалар сифатида ишлатилади.

7. Анальгезиялар, ҳолинолитиклар ва ганглиоблокатор препаратлар: метацин, платифиллин, новокаин, атропин ва б.

8. Қабзиятда — ўсимлик ёғидан микроклизма, шунингдек, балиқ ёғи ва наъматак ёғидан (35–40⁰ С гача иситиб 1 та клизма 25–30 мл 8–10 марта), облепиха, Шостаков бальзами, прополис (10–15 мл клизма) яримга-ярим ўсимлик ёғи билан 8–10март.

9. Витаминлар гуруҳи В, РР, С парентерал 15–20 кун, перорал – витамин А, рибофлавин моноклеотид, фолат кислота.

10. Антигистамин препаратлар: димедрол, супрастин, тавегил, фенкарол, диазолин ва б., 2 ҳафта мобайнида.

11. Физиотерапевтик даво касаллик даврига боғлиқ: ҳуруж даврида – қоринга қуруқ иссиқ, грелка; ремиссияда – озокерит, парафин, диатермия.

12. Касалликнинг ремиссия даврида санаторий-курортларда даволаниш тавсия этилади. Ичакнинг функционал ҳолатига боғлиқ ҳолда минерал сувлар ичиб туриш лозим.

13. Касалликнинг ремиссия даврда жисмоний машқлар билан шуғулланиш тайинланади.

Сурункали энтероколити бўлган болаларни диспансер кузатуви

Мутахас- сислар кўриги	Педиатр – 1 йилда кварталда 1 марта, сўнг 2 йил давомида йилига 2 марта , кейинчалик йилда 1 марта. Оғир формасида ҳар ойда. ЛОР ва стоматолог кўриги йилда 2 марта. Невропатолог ва хирург – кўрсатмага кўра. Гастроэнтеролог – йилда 1–2 марта.
Қўшимча текширувл р	Копрограмма –биринчи йили ҳар кварталда, сўнг 6 ойда 1 марта. Нажасни яширин қонга – ярали колитда ҳар кварталда ва кўрсатмага кўра. Дисбактериоз, гельминтлар, лямблияга 6 ойда 1 марта.
Жисмоний тарбия гуруҳи	Биринчи йили –махсус тайёрлов. 2–3 йилдан сўнг асосий (яра колити ва Крон касаллиги бор беморлардан ташқари).
Профилакти к эмлаш	Тўлиқ ремиссия даврида ҳуруждан 2–8 ой кейин.
Рўйхатдан чиқариш мезонлари	Касалликнинг клиник-лаборатор белгилари йўқлигида ҳуруждан 3–4 йил кейин.

III БОБ. ЖИГАР ВА ЎТ АЖРАТУВЧИ ТИЗИМ КАСАЛЛИКЛАРИ

3.11. ЎТ ЙЎЛЛАРИ ДИСКИНЕЗИЯСИ

Ўт пуфаги функционал ҳаракатининг ва ўт йўлларининг бузилиши натижада ўн икки бармоқ ичакка ўт суюқлиги келишининг издан чиқиши.

ТАШҲИСОТ МЕЗОНЛАРИ

1. Анамнези:

Невротик ҳолатлар, энцефалопатия, меъда сурункали касалликлари, ўн икки бармоқ ичак касаллиги, жигар, меъда ости беши, ичак касалликлари, ўт пуфаги ва ўт йўллари аномалияси, ЛОР органлар ўчоқли инфекциялари, дисбактериоз, паразитлар, инвазиялар, овқат аллергиялари, эндокрин бузилишлар, физик активликнинг етишмовчилиги алиментар бузилишлар аниқланади.

2. Клиник мезонлар:

А) оғриқ синдроми – овқатистеъмол қилгандан 20–30 дақиқадан кейин ўнг қовурға остида оғриқ пайдо бўлади. Иррадиацияланмайди, ҳар хил интенсивликда ва давомийликда. Оғриқ давомийлиги ва характери дискнезия турига боғлиқ: гипертоник ва гиперкинетик турида оғриқ санчувчан, хуружсимон, сиқувчан характерда, кўпинча қисқа манфий эмоцияга алоқадор бўлади, жисмоний зўриқишда оғриқ, тенг баравар камаяди. Гипотоник ва гипокинетик турда доимий, тўмтоқ, симилловчи характерда бўлади.

Б) Диспептик синдром – кўнгил айниши, хиқичоқ тутиши, жиғилдон қайнаши, ОИТда органик патология бўлганда оғизда аччиқлик ҳисси. Ўт пуфагида димланиш бўлганда ва ичакка етарли етиб бормаганда қабзият кузатилади.

3. Параклиник мезонлар:

А) УЗИ: ўт пуфагининг тез ёки секин бўшашиши, ўт пуфаги димланиши, деворининг гомоген зичлашиши кўринишда ўт пуфаги ёки йўллари аномалияси.

Б) холецистография: ўт пуфаги ҳаракат функциясининг

бузилиши, қонцентрацион функциясининг билинарсиз ўзгариши, аномалияси.

В) дуоденал зондлаш: нонуштадан кейин Одди сфинктери очилишининг бузилиши, ўт пуфаги ҳажми ва ўт фракциясининг тезлиги ошиши.

Г) қонни биокимёвий текшириш жигарнинг функционал ҳолатини баҳолаш имқонини беради, етишмаслигида 4 та синдром кузатилади:

- гепатоцитларнинг некрозгача парчаланиши-цитолизи (АлТ, АсТ ошиши, зардобда Fe ошиши);
- мезенхимал яллиғланиш (юқори молекуляр глобулинлар, иммуноглобулинлар ошиши, тимол синамаси мусбат, ЭЧТ тезлашган);
- холестаза (ишқорий фосфатаза активлиги ошиши, холестерин миқдори ошиши, ўт кислота ва боғланган билирубин кўрсаткичлари ошиши);
- гепатоцеллюляр етишмовчилик (зардобда альбумин, холестерин, протромбин, проқонвертин пасайиши).

Қиёсий ташҳисот

Сурункали холецистохолангит, ўт-тош касаллиги, гастродуо–денит, яра касаллиги, сурункали гепатит, сурункали панкреатит билан қиёсий ташҳис ўтказилади.

Болаларда ўт йўллари дискинезияси таснифи (Э.И. Дружинина, 1980)

Дискинезия турлари	Ўт йўллари моторики	Ўт пуфаги қонцентрацион функцияси ҳолати	Жигар функционал ҳолати
Гипертоник	сфинктер спазми	бузилмаган	сақланган
Гиперкинетик	сфинктер етишмовчилиги	бузилмаган	сақланмаган
Гипотоник	ўт пуфаги гипертонияси	(бузилиш даражасини холеграфия маълумотлари ёрдамида	(холестаза, цитолиз, мезенхимал-яллиғланиш ёки айрим функциялар

	ўт пуфаги гипотонияси жигар ичи йўлларида ўт димланиши.	кўрсатинг)	и бузилиши)
--	---	------------	-------------

Поликлиник босқичида асосий соғломлаштириш йўллари:

1. Парҳез № 5–6 ой давомида, кейинчалик кенгайган ҳолатда;
2. Дискинезиянинг гипотоник ва гипокинетик типиди:
 - ўт хайдовчи дорилар 3 ой давомида 10–14 кундан
 - сорбит, ксилит билан тюбаж 4–5 марта, ҳафтада 1 марта. Даволаниш 1 йилда 2 марта;
 - ўнг қовурға равоғи ости соҳасини магний электрофорези қилиш 10–12 марта. 1 йилда 1 марта;
 - витаминлар В1, В2, В6 керакли дозаларда. 2 ҳафта мобайнида. Даволаш курси 1 йилда 2 марта;
 - ДЖТ
3. гипертоник ва гиперкинетик турларида :
 - Ўт хайдовчи чой 6 ой давомида ҳар ойда 2 марта;
 - седатив препаратлар 2 ҳафтадавомида. Даволаш курси йилига 2 марта;
 - иссиқ физиомуолажалар 10–12, йилига 2 марта;
4. санаторий-курортларда даволаш.

**Ўт йўллари дискинезияси бўлган беморларда
диспансер кузатуви**

Мутахассислар кўриги	Кузатув давоми й лиги	Жисмон ий гуруҳи	Профи–лактик эмлаш	Рўйхатдан чиқариш мезонлари
Педиатр – 6 ойда 1 марта. ЛОР,	2 йил	1- 6 ойда тайёрлов,	Оғрик синдром	Оғрик синдроми,

стоматолог, невропатолог – йилда 2 марта; хирург – кўрсатма бўйича; гастроэнтеролог - 1 йилда 1 марта кўрсатма бўйича		кейин асосий	и йўқолга ндан кейин рухсат берад и	холестаз, ичак функцияси бузилиши белгилари йўқ
--	--	-----------------	---	--

3.12. СУРУНКАЛИ ХОЛЕЦИСТИТ (ХОЛЕЦИСТОХОЛАНГИТ)

Ўт пуфаги ва ўт йўллариининг бактериал, вирусли ва нобактериал этиологияли яллиғланиши. Кўпинча иккиламчи бўлиб, дискинетик бузилишлар фонида ривожланади. Бундан ташқари, ўт йўллари аномалиялари, ўт пуфаги коллоид таркиби бузилиши, айрим гижжа инвазиялари сабаб бўлади.

ТАШҲИСОТ МЕЗОНЛАРИ

1. Анамнези:

Бошдан кечирилган оғир касалликлар (сепсис, эпидемик гепатит, ичак инфекцияси) кўзғалишнинг даврийлигини кўрсатади; аллергия ҳолатлар ўт пуфаги аномалияси, асосан, бўйин қисмида, ўт-тош касаллиги, моддалар алмашинувининг бузилиши, иммунодефи–цит ҳолатлар, сурункали меъда, ўн икки бармоқ ичак ва меъда ости беши касалликлари, дизбактериоз, бошдан кечирилган ўткир холецистит, паразит тухумлари топилиши, инфекция ўчоқлари, сил инфекциясини юктириш.

2. Клиник мезонлар:

А) Оғрикли абдоминал синдром – ўнг қовурға равоғи остида ва эпигастрияда узок хуружсимон оғриқлар пайдо бўлади кам ҳолларда номаълум жойларда, кўп ҳолларда совуқ , ёғлиқ, қовурилган овқатлар, тухум, аччиқ, газли суюқликлар истеъмол қилганда кузатилади. Баъзан асаб бузилишларидан кейин жисмоний зўриқишда чўчиш бўлади. Оғрик ўнг елкага, умров ва куракка тарқалади. Пайпастлаганда кориннинг ўнг юқори квадратиди Шоффар зонасида ва Керра нуктасида оғрик кузатилади, Ортнер, Мерфи симптомлари мусбат.

Б) Диспептик синдром – кекириш, кусиш , кўнгил айнаши, оғизда ёкимсиз таъм, метеоризм, қабзият.

В) Астеновегетатив синдром – субфебрилитет, бош оғриги, кўзгатувчанлик, ҳолсизлик, тез чарчаш.

Сурункали холецистит таснифи (Е.М. Лукьянова, 1986)

Ўт пуфагининг зарарланиш формаси	Кечиши	Даврийлиги
Холецистохолангит	Рецидивланувчи	Кўзғалиш
Холецистит	Латент	Нотўлиқ ремиссия
Холангит		Тўлиқ ремиссия

3. Параклиник мезонлар:

- умумий қон таҳлили – анемия, лейкоцитоз чапга силжиган. ЭЧТ тезлашган;
- қон биокимёси – панкреатит билан бирга амилаза активлигининг ошиши. Холестазда билирубиннинг ошиши, холестерин, ишкорий фосфатазалар, ДФА синамаси, СРБ, фибриноген В ошиши кузатилади, β-липопротеид пасайиши аникланади;
- УЗИ – ўт пуфагининг деворининг қалинлашиши, тошлар, умумий ўт йўлининг ўзгариши, ўт пуфаги ҳажмининг ўзгариши;
- холеграфия – ўт пуфаги размерини ўзгариши, қонцентрацион функциясининг бузилиши.

Қиёсий ташҳисот

Ўт йўллари дискинезияси , холелитиаз, гастродуоденал зона касалликлари меъда ости беши касалликлари билан.

Даволаш

1. Кўзғалиш даврида касалхонада ёки поликлиника шароитида мактабга бормасдан, 2–4 ҳафта давомида даволаниш.
2. Аёвчи тартиб, кўзғалиш даврида ўрин-кўрпа қилиб ётиш.
3. Парҳез – Певзнер бўйича №5 стол – холестеринга бой, экстрактив маҳсулотларни чеклаш, 5–7маҳал овқатланиш,

таркибида оксил, ёғ, углеводлар сақловчи озик-овқатлар ёшига мос ҳолда берилади. Парҳез камида 1йил сақланади. Касалликнинг биринчи кунлари кўнгил айланиши, қусиш кучли бўлса, кисел, бўтқалар, минерал сувлар тавсия этилади.

4. Кучли оғриқ хуружларида спазмолитик терапия: 2%ли но-шпа 5–12 кун давомида суткада 1–2 маҳал 0,5 – 1мл ёки но-шпа таблеткаси ½–1 таб. 3 маҳал берилади. Кучли оғриқ хуружларида нош-па +0,2%ли платифилин эритмаси (0,5–1мл)+50% Анальгин эритмаси (0,5–1мл 12 ёшли бола учун) қилинади. Максиган, спазмолгон, спазмолин ҳам оғриқсизлантирувчи таъсирга эга. Агар оғриқ қолмаса, 0,1%ли атропин эритмаси 12 ёшга 0,5 мл қилинади. Умумий ҳолатини яхшилаш учун но-шпа, никошпан, белладонна препаратлари, папаверин ичирилади. Спазмолитик препаратлар беморнинг умумий аҳволи ва АБ назоратида буюрилади.

5. Кучли кўзғалиш даврида антибактериал терапия 7–10 кун давомида микрофлора сезувчанлини аниқлаган ҳолда. Сурункали холецистит (холецистохолангит) энг маъқул келадиган антибиотик – бу цефалоспоринларни III авлодига мансуб – Цефограм (цефтриаксон) ва Цебанекс (цефоперазон+сульбактам), чунки бу антибиотиклар кенг таъсир спектрига эга бўлиб, 40% цефограм ва 75% цефоперазон ўт орқали ажралиб, бу патологик яллиғланишни даволайди. Цебанексни қўллаганда даволашни самарадорлиги ошади, бемор тез кунда тузалиб, касалликни сурункали кечуви кузатилмайди. Шундай экан, касалликларни тез ва осон енгиш учун замонавий дори воситаларидан кенг фойдаланиб антибиотикотерапияни рационал қўллашга интилайлик.

6. Ўт хайдовчи препаратлар 1 ой давомида:

- Гипотонияда – магний сульфат 25%ли эритмаси иссиқ ҳолда 1 чой қошиқ – 1 дес. ўртача қошиқдан кунига 3 маҳал;
- Ксилит, сорбит 10–20% эритмаси кунига 20–30 мл 2–3 маҳал овқатдан 30 минут олдин ичилади;
- Юқоридагилар билан тюбаж қилинади;
- Чин холеретиклар – аллохол 1 таб.дан кунига 3 маҳал, холензим 1 таб.дан кунига 3 маҳал, никодин (0,5г)1 таб. Дан кунига 3 маҳал, оксифенамид (0,25) 1 таб.дан кунига 3 маҳал, ҳолагол 5 томчини қандга томизиб кунига 3 маҳал ҳамишабахор ўти (10 г 200,0 сувга) 50 мл дан кунига 3 маҳал овқатдан олдин.

7. Ўт суюқлиги қуюқлашганда, холестазда: маккажўхори попуғи қайнатмаси 1–1,5 ой давомида 5 томчидан кунига 3 маҳал, ўт ҳайдовчи чой (1 ош қошиқ йиғмани 200.0 қайнаган сувда 30 мин. давомида дамлаб) – 1–1,5 ой давомида 1/2 стакандан кунига 3 маҳал.

Антибактериал даво билан биргаликда жигар соҳасига индукто- терапия, диатермия, УВЧ, парафин аппликацияси, озокерит, уй шароитида – дамланган сулидан аппликация қилиш, қумдан илиқ аппликация қилиш. Йил давомида 2–3 марта физиодаво ўтказиб турилади. Узоқ муддат давомида ўт ҳайдовчи терапияга, минерал сувлар, витаминлар, гигиеник гимнастика, ДЖТ, кейинчалик-ҳаракатли ўйинлар, спорт билан шуғулланишга аҳамият бериш керак. Агар бемор ахлатида лямблия топилса фуразолидон, трихопол ёки тинидазол препаратларини 3 кунлик, 3 курс 5–7 кун интервал билан даволанади.

Сурункали холециститли беморларни диспансер кузатуви

Мутахассислар кўриги	Педиатр – 1 йилда кварталда 1 марта. Стоматолог ва ЛОР йилига 1 марта, бошқа мутахассилар кўрсатма бўйича.
Текшириш усуллари	Йилига 1–2 марта УҚА: 1 йилда 1 марта қон биокимёси. УЗИ ва бошқа инструментал текширувлар кўрсатма бўйича.
Рўйхатдан чиқариш	Камида 3 йилдан кейин.
Профилактик эмлаш	Ҳуруждан 6 ой кейин.
Жисмоний тарбия гуруҳи	Тайёрловчи

3.13. СУРУНКАЛИ ГЕПАТИТ

Жигар касалликлари гуруҳига кирадиган, кўзгатувчиси турлича бўлиб, морфологик ўзгаришлари турли даражали, камида 6 ой давом этадиган касаллик.

Сурункали гепатит таснифи (Лос-Анжелес, 1994)

Этиологияси	Фаоллик даражаси*	Сурункаликка ўтиш даражаси**
Вирусли	Минимал	Йўқ
Аутоиммун	Кам ифодаланган	Кучсиз
Дорига боғлиқ	Кучсиз	Бир оз
Криптоген	Яққол	Оғир Цирроз

*- некротик белгилар яққол бўлганда аниқланади.

** - фиброз ифодаланганда аниқланади.

Сурункали вирусли гепатит кўпинча В, С, Д вируслари кўзгатади (HBV, HCV, HDV). Жигардаги клиник- морфологик ўзгаришлар хужайраларда вирус репликацияси, иммунологик бузилиш, орган ва тўқималарда иммунопатологик ўзгариш билан боғлиқ.

Сурункали аутоиммун гепатит патогенези асосида номаълум этиологияли иммунологик механизмлар ётади. В, С, Д гепатитнинг серологик белгилари кузатилмайди.

Сурункали дорига боғлиқ гепатит – жигарнинг яллиғланиш касаллиги бўлиб, тиббий кўрсатма бўйича терапевтик дозада дориларнинг токсик таъсирига ҳамда ҳар бир дорини юбориш йўли ва синкрязиясига боғлиқ.

Сурункали криптоген гепатит – гепатитга хос морфологик ўзгаришлар вирус аутоиммун ва дорилар сабаб бўлмаганда юзага келади.

ТАШҲИСОТ МЕЗОНЛАРИ

1. Анамнези:

Ўткир вирусли гепатитни бошдан кечирганлиги, вирусли гепатитли бемор билан мулоқотда бўлганлиги ёки HBs Ag аниқланиши, пешобнинг тўқ ранга кириши ва ахлатнинг рангсизланиши, дори-дармонлар билан даво олганлиги, ирсий мойиллиги, аутоиммун касаллик билан касалланганлиги.

2. Клиник мезонлар:

- Астеновегетатив синдром – ҳолсизлик, яққол сезиларли бўшашганлик, иш қобилиятининг пасайиши, неврозлик ипохондрия, озиш.

- Геморрагик синдром – бурун қонаши ва бошқа жойдан қон кетиши, петехиялар, кўп менархе.

- Оғриқ синдроми – ўнг ёнбош соҳасида оғриқ, жисмоний зўриқишдан кейин кучайиши, овқатга боғлиқ бўлмағна оғриқ.

- Гепатолиенал синдром – жигар катталашиси ва зичлашиши, талоқнинг сезиларли катталашиси.

- Диспептик синдром – овқат ва дори моддалар қабул қилгандан сўнг кўнгил айнаиши, қусиш, анорексия, диария ва қабзият.

- Ёнгил жигар етишмовчили синдроми – уйқучанлик, қон қуйилишлар, ўтиб кетувчи сариқлик, асцит, ҳолестаз белгилари (тери қонаши, қонда билирубин, холестерин, ишқорий фосфатазалар миқдорининг юқорилиги), “жигар белгилари” (пальмар эритема, томир юлдузчалари).

- Жигардан ташқари белгилари – иммун ва хужайра генезига эга бўлган артралгиялар, иситма, панцитопеник синдромлар.

3. Параклиник мезонлар:

1) қон биокимёси: боғланмаган билирубин, холестерин юқори, гипоальбуминемия, гипергаммаглобулинемия, трансаминаза ва тимол синамаси (+), вирус репликацияси белгилари (HbV, HCV, HDV серологик маркерлар (+)).

2) умумий қон таҳлили-ЭЧТ юқори, лейкоцитоз, тромбоцитопения;

3) коагулограмма – қон ивиши бузи лган;

4) УЗИ – жигар ва талоқ катталашган, зичлашган;

5) компьютер томография – жигар структураси ўзгарган.

Қиёсий ташҳисот

Ўткир гепатит, ёгли ва пигментли гепатоз, реактив гепатит, гемолитик анемия турлари билан.

Даволаш

1. Қўзғалиш даврида ярим ётоқ тартиби.

2. стол № 5-парҳез, ёшига мос ҳолда. Касалликнинг фаол фазасида

оқсил 10–15% оширилади (творог ва қайнатилган гўшт ҳисобига). Глюкокортикостероидлар берилганда (мушак оқсиллари парчалани–ши ҳисобига) оқсил 30–50% га оширилади. Оқсилни чеклаш терминал ҳолатга олиб келади. Касалликнинг нофаол фазасида ўсимлик мойи ҳисобига ёғлиқроқ овқатлар берилади (суткалик рационини 15 % ташкил қилиши керак).

3. Аутоиммун ўзгаришлар вирусли гепатит В, С, Д да, оғирлик даражасидан қатъи назар, ноактив рекомбинант интерферон билан даволанади:

- Велферон, интерферон А, роферон А, реаферон – 4 ёшгача бўлган болаларга 500 минг ХБ 14 кун давомида кунига 2 маҳал, кейин 1 млн ХБ 5,5 ой давомида ҳафтада 3 марта; 4 ёшдан катталарга дозаси 2 марта кўпайтирилади.

4. Аутоиммун ўзгаришлар билан кечадиган сурункали гепатит В, С, Д да (гаммаглобулинемия 23% ва ундан юқори) дастлабки преднизолон терапия ўтказилади:

- 1–2 ҳафта – преднизолон (таб. 0,005г) 0,6 мг/кг/сут;
- 3 ҳафта – преднизолон 0,45 мг/кг/сут;
- 4 ҳафта – преднизолон 0,25 мг/кг/сут.
- 2 ҳафталик гавдаффусдан сўнг интерферонотерапия 5 млн ХБ дан 4–6 ой давомида ҳафтада 3 марта.

5. Аутоиммун гепатитда – иммуносупрессив терапия (глюкокортикостероидлар, цитостатиклар):

- Преднизолон (таб.) 1–3 мг/кг дан берилади.
- Азатиоприн (таб. 0,05г) 0,002 г/кг/сут 3–4 марта, 6–12 ой давомида.

6. Гепатопротекторлар:

- эссенциале 1 ой давомида овқат билан 1 капсуладан кунига 3 маҳал ёки 10–15 кун давомида 5% ли 10 мл глюкозани венага юбориш;
- легалон, карсил, силибинин 2–3 кун мобайнида кунига 1 драже (0,035 г) дан 3 маҳал овқатдан кейин;
- силибор 1 таб. (0,04г) дан кунига 3 маҳал 2–3 ҳафта;
- ЛИВ-52 1 таб.дан кунига 3 маҳал 2–3 ҳафта;

- сирепар (фл. 10 мл) 2 мл дан м/о ёки венага ҳар куни, № 10–12.

7. Липотроп препаратлар 1 ой давомида:

- липой кислотаси 1 таб. (0,025г) дан кунига 3 маҳал овқатдан кейин;
- липамид 1 таб. (0,025г) дан кунига 3 маҳал овқатдан кейин;
- холин хлорид 20%ли эритмаси 1 чой қошиқдан кунига 3 маҳал.

8. Витаминтерапия 1 ой давомида: ретинол ацетат 1 таб./капс. (3300ХБ) кунига 3 маҳал ёки ёғлиқ эритма (100минг. ХБ/мл) 1–2 томчидан кунига 2 маҳал;

- токоферол ацетат 1 капс. дан кунига 2 марта ёки 10%ли эритмаси кунига м/о 1 мл;
- тиамин бромид 1 таб. (0,0026г) дан кунига 1 маҳал ёки 6%ли эритмаси м/о 0,5–1 мл дан. № 10;
- пиридоксин гидрохлорид 1 таб. (0,01г) дан кунига 1–2 марта ёки 5%ли эритмаси м/о, т/о 0,5–1 мл дан. № 10;
- витамин С 0,1 г дан кунига 3 маҳал ёки таксофит – витамин С 1 таб. ни 1 стакан сувга солиб ичиш;
- никотинамид 1 таб. (0,025г) дан кунига 3 маҳал овқатдан кейин;
- поливитаминлар кунига 1 маҳал.

9. Ўт ҳайдовчи терапия: холеретиклар (аллохол 1 таб.дан 3 маҳал овқатдан кейин, холензим 1 таб.дан, дегидрохол кислота 1 таб. (0,2г)дан 3 маҳал ёки ҳологон ва б.), холекинетиклар (Демьянов тубажи, сульфат кислота, сорбит, ксилит, тухум сариғи ва б.), ўт ҳайдовчи ўтлар (ҳамишабаҳор гулчалари, маккажухори попуги, наматак, пижма ва б.) дамламаси. Ҳафтада бир-икки марта тубаж қилинади. Холеретикларни 1 ойда 2 ҳафталик курс билан қўллаш тафсия этилади. Ўт ҳайдовчи терапияни узоқ муддат қўллаганда қон яратувчи органлар фоолияти назорат қилиб турилади, чунки анемиянинг ривожланиш хавфи бўлиши мумкин.

10. Минерал сувлар билан даволаш 1 йилда 2–3 марта ўтказилади. 2–3 мл/кг 3 марта иссиқ ҳолатда овқатдан 10–15 минут олдин меъда шираси секрецияси паст бўлганда ва секрецияси 1- соатларда

юқори бўлган ҳолларда берилади. Курортларда даволаш сурункали персистирланувчи гепатитнинг нофаол фазасида мумкин. Минерал сувлар билан даволанганда бошқа ўт ҳайдовчи дорилар берилмайди.

Сурункали гепатитли беморларни диспансер кузатуви

Мутахассислар кўриги	Шифокор ҳар кварталда активлик даражасига боғлиқ ҳолда. ЛОР ва стоматолог – 1 йилда 1 марта , хирург кўрсатма бўйича.
Текширув усуллари	УҚА 3 ойда 1 марта, қон биокимёси текшируви 6 ойда 1 марта, сийдик ва ўт пигментининг таҳлили 2–3 ойда бир марта.
Жисмоний тарбия гуруҳлари	Асосий
Профилактик эмлаш	1 йилдан кейин эпид кўрсатма бўйича болани тайёрлагандан сўнг.

IV БОБ. ЮРАК-ҚОН ТОМИР КАСАЛЛИКЛАРИ

3.14. РЕВМАТИЗМ

Ревматизм (Сокольский-Буйо касаллиги) – бириктирувчи тўқиманинг токсикоиммунологик касаллиги бўлиб, ўткир инфекция (А гуруҳдаги β-гемолитик стрептококк) таъсирида юрак-қон томир системасига зарар етказди.

Кисел-Жонс-Нестеров таиҳисот мезонлари:

Асосий: кардит, полиартрит, хорея, ревматик тугунчалар, ҳалқасимон эритема, ревматик анамнез, ревматизмда ўтказилган давонинг самарадорлиги.

Қўшимча: гавда ҳароратининг кўтарилиши, бўғимда оғрик, лейкоцитоз, ЭЧТ ошиши, стрептококк инфекция, серологик ва биокимёвий ўзгаришлар, капиллярлар ўтказувчанлигининг ошганлиги, чарчаш, коринда оғрик, бурун қонаши.

Ревматизмнинг таснифи (А.И. Нестеров, 1964)

Фаол-лиги	Клиник-анатомик зарарланиши		Кечиши	Қон айланишининг бузилиши
	Юрак	Бошқа органлар		
Фаол (1, 2, 3 даража) Нофаол	1) ревмокардит бирламчи:	полиартрит, серозит (плеврит, перитонит, абдоминал синдроми), хорея, энцефалит, менингоэнцефалит, церебрал васкулитлар, асаб ўзгаришлари пневмония,	ўткир	ҚАЕ ₀
	а) клапан нуқсонсиз		ўткирроқ	ҚАЕ ₁
	б) клапан нуқсони билан		давомий қайталанувчи	ҚАЕ _{2А} ҚАЕ _{2Б}
	2) қайталанувчи ревмокардит		чўзилган латент	ҚАЕ ₃
	3) яққол бўлмаган юрак ўзгаришлари			

	4) ревматик миокардиоклероз	тери зараланиши, ирит, иридоциклит, тиреоидит		
--	-----------------------------	---	--	--

Даволаш

1. Функционал синамалар назорати остида ётоқ режимини кенгайтириш;

2. Гипоаллерген парҳез; ҚАЕ 2Б-3 даражасида – 7-стол (тузсиз); ҚАЕ 2А даражасида – 5-стол; ҚАЕ 0 даражасида – 10-стол.

3. Пенициллин қатори антибиотиклари: бензилпенициллин (фл. 0,25; 0,5; 1; 5; 10 млн ТБ) 100 минг б/кг/сут; ампициллин (фл. 0,25; 0,5; 1; 2 г) 1–4 г/сут; карбенициллин (фл. 1 г) 1–6 г/сут.

4. Цефалоспоринлар: Цефазим (цефотаксим) (фл. 0,25; 0,5; 1; 2 г) 1–2 г/сут; Цефограм 20-100 мг/кг м/о ёки т/и, Цебанекс 40-80 мг/кг м/о ёки т/и, цефазолин (фл. 1г) 1–6 г/сут.

5. Макролид: эритромицин (фл. 0,3 г; таб. 0,2; 0,25; 0,5 г) 0,4–1 г/сут; азитромицин, сумамед (таб. 0, 125 г; капс. 0,5 г; сироп фл. 5 мл 0,1 г, 0,25–0,5 г/сут).

6. НЯҚП: аспирин (таб. 0,1; 0,25; 0,3; 0,325; 0,5 г) 0,2 г/ёшига/сут 2г; индометацин (таб. 0,025; 0,5 г) 0,001-0,003 г/кг/сут; ибупрофен (таб. 0,2; 0,4; 0,8 г) 0,01-0,04 г/кг; диклофенак-натрий, вольтарен, ортофен (таб. 0,025; 0,1 г; фл. 1 мл 0,025 г) 0,002- 0,003 г/кг/сут.

7. Юқори активлик даражасида (3): преднизолон (таб. 5 мг)-1 мг/кг/сут 2-3 ҳафта аста-секин камайтириш.

8. Кечиши чўзилишига мойиллик бўлса: делагил (таб. 0,25г), плаквенил (таб. 0,2г) 100–400 мг/сут 3–12 ой.

9. Юрак гликозидларини тўйинтириш дозаси: дигоксин (таб. 0,25 мг) 0,03–0,1 мг/кг.

10. Сийдик хайдовчи: лазикс 1–2 мг/кг ичишга, м/о, гипотиазид 2–3 мг/кг; верошпирон 2–3 мг/кг.

11. Панангин 1 таб. дан кунига 1–3марта.

12. Витамин В, С.

Реабилитацияси

1. Сурункали инфекция учоғини санациялаш
2. 5 йил давомида ҳар йили бициллинопрофилактика ўтказиш
 - Бициллин-1 600000 Б м/о, 2 ҳафтада 1 марта – 7 ёшгача; 1 200 000 Б м/о, 4 ҳафтада 1 марта – 7 ёшдан катталарга;
 - Бициллин-5 750 000 Б м/о, 2 ҳафтада 1 марта; 7 ёшдан катталарга – 1500000 Б м/о, 4 ҳафтада 1 марта.
3. Ўткир интеркурент касалликлар кўшилса 10 кун давомида яллиғланишга қарши препаратлар қўлланлади.
4. Ангинада пенициллин билан даво 10 кун давомида.
5. Жисмоний тарбия машғулоти: ҳуруждан кейинги биринчи йилда – ДЖТ; иккинчи йили – махсус гуруҳ; учинчи йили – тайёрлов; тўртинчи йили – асосий, мусобақалардан озод қилинган ҳолда. Бешинчи йил – асосий гуруҳ.

Ревматизми бор болаларнинг диспансер кузатуви ва реабилитацияси

Мутахассислар кўриги	Ҳуруждан кейин 3 ой давомида ҳар ой; кейин ҳар кварталда бир марта 9 ой давомида; 1 йилда 2 марта педиатр, кардиоревматолог, невропатолог кўриши керак. Стоматолог, ЛОР – 2 марта. Окулист – 3–6 ойда бир марта.
Кўрувда аҳамият беринг	Ангина ЎРВИ тез-тез бўлишига, чарчаш, хансираш, хомсемизлик, жигарнинг катталашishi. Юрак уриб кетиши, бўғимларда оғрик, пульс, Қ/Б, юрак чегаралари тонларининг баландлиги, ритм бузи лганлиги, юракдаги шовқин, гиперкинез, бурун қонаши, абдоминал синдром.
Қўшимча текширувлар	УҚА – 3 ойда 1 марта: бир йиллик кузатувда. Кейин 1 йилда 2 марта: УҚА,

	СРБ қон таҳлили ,сиал кислотаси, АСЛ-0, АСТ, умумий сийдик таҳлили, ФКГ. Юрак рентгенограммаси 3 проекцияда. ЭхоКГ, функционал синамалар.
Асосий соғломлаштириш йўллари:	Сурункали инфекция ўчоқлари санацияси. Интеркурент касалликларни 10 кун ЯҚНП ва антибиотиклар билан даволаш. Бициллинопрофилактика.Кунига 3–4 соат очик ҳавода бўлиш, қуёш нурида тобланиш, санатория-курортларда даволаниш.
Кузатув давомийлиги	5 йил, агар юрак нуқсонлари шаклланса – ҳар доим.

3.15. АРИТМИЯ

Аритмия – юрак ритми ва ўтказувчанлигининг юрак қисқаришларининг ва юракнинг асосий функциялари ўзгаришида камералар муносабатининг вақтинчали бузилиши.

Юракда асосий функциялари ўзгарганда юзага келади:

- автоматизм: синусли тахи- ва брадикардия;
- кўзғалувчанлик: экстрасистолия, пароксизмал тахикардия;
- ўтказувчанлик: блокадалар;
- қисқарувчанлик: альтернирловчи ва парадоксал пульс;
- комбинирланган аритмиялар: синус тугунидан, қоринчалардан вақтдан олдин кўзғалиши, А- В диссоциацияси.

Аритмиянинг асосий клиник шакллари таснифи (Н.М.Шевченко, А.А. Гросс, 1992)

1. Вақтдан олдинги комплекслар (экстрасистолия, парасистола):
 - қоринча усти
 - қоринча
2. Юрак ритмининг эктопик тезлашиши:
 - бўлмача

➤ АВ боғланишлар ритми

➤ идиовентрикуляр

3. Тахиаритмиялар:

➤ қоринча усти: (синусли тахикардия; бўлмача тахикардияси; титроқ аритмия, АВ тахикардия-1) тугунли ва 2) қўшимча ўтказувчи йўллар);

➤ қоринча: тахикардия, титраш ва қоринчалар фибрилляцияси.

4. Синус тугуни дисфункцияси:

➤ синусли брадикардия;

➤ 2-даражали синоатриал блокада ;

5. АВ бузилиш ва қоринчаларо ўтказувчанликнинг бузилиши:

➤ АВ блокада;

➤ қоринчаларо блокада;

➤ қоринчалар олди қўзғалиши.

Даволаш

1. Гипокалиемида – калий препаратлари: панангин (аспаркам) $\frac{1}{2}$ -1 таб.дан кунига 2–3 маҳал.

2. Гиперкалиемида – 10%ли кальций хлорид 5–10 мл м/о.

3. Рибоксин, инозие-Ф (таб. 0,2 г) $\frac{1}{2}$ -1 таб.дан кунига 2–3 маҳал;

4. ККБ 50–100 мг м/о № 20–30; пиридоксин гидрохлорид 0,001–0,0025 г/сут ёки 6%ли эритмасидан 0,5–1 мл дан м/о, № 15–30;

5. Хинидин (таб. 0,1 г) 0,1–0,5 г/сут; новокаинамид (амп. 10%–5 мл; таб. 0,25 г) 0,01–0,03 г/кг/сут; аймалин (амп. 2,5% – 2 мл; таб. 0,05 г) в/и томчилаб 100 мл 0,9%ли натрий хлорид эритмасида, ичишга $\frac{1}{8}$ –1 таб.

6. β -адреноблокаторлар: обзидан, анаприлин, пропранолол (таб. 0,01; 0,04 г; амп. 0,1% – 5мл) 1–2 мг/кг/сут.

7. Реполаризацияни пасайтирувчи препаратлар: амиодарон, кордарон (таб. 0,2 г; амп. 1 мл = 0,05 г) 8–10 мг/кг/сут; орнид (амп. 1 мл = 0,05 г) 2–4 мг/кг/сут м/о ёки в/и;

8. Кальций каналларини блокловчи: верапамил, изоптин, финоптин (таб., др. 0,04; 0,08; 0,12; амп. 1 мл=2,5мг) 20–40 мг тил остига; в/и 1–3 мл (1–3 мг/кг/сут);

Пароксизмал қоринчалар усти тахикардияси:

1. Седатив препаратлар: корвалол, валокордин, валериана, арслонқуйруқ (пустырник) 1 томчидан/ёшига ёки седуксен, элениум, тазепам ½-1 таб.дан кунига 1 марта.
2. Панангин ½-1 таб. кунига 1 марта.
3. Адашган нервни реффлектор қўзғатиш.
4. 15–30 мин. давомида нафи бўлмаганда – верапамил (изоптин) 1/2–1 таб. (20–40 мг) тил остига эзилган ҳолда қўйилади.
5. 40–60 мин. давомида нафи бўлмаганда – строфантин 0,05% в/и 0,05–0,1 мл/ёшига 0,5 мл дан 10–20 мл физиологик эритмада.
6. Қайталувчи хуружларда – изоптин ёки кордарон ярим дозасида 1–2 ой давомида ҚБ ва ЭКГ.

Аритмияси бор болаларнинг диспансер кузатуви ва реабилитацияси

Мутахассислар кўриги	Йилида 2 марта – педиатр, ЛОР, стоматолог. Кардиоревматолог – йилида 1–2 марта, кўрсатма бўйича – психоневролог, эндокринолог, гинеколог.
Кўрувда аҳамият беринг	Шикоятлари: тез чарчаш. АБ, пульс кўрсаткичлари, юракдаги ўзгаришлар динамикаси, жисмоний зўриқтириш. Асосий синдромни ажратиш : кардиал, невротик, астеник, вегето-дистоник.
Қўшимча текширувлар	Йилида 2 марта: умумий қон таҳлили, умумий сийдик таҳлили, ахлат таҳлили.; ФКГ; функционал синама (30 секундда 20 марта ўтириб туриш.); вегетатив тонусни текшириш, кардиоинтервалография.
Асосий соғломлаштириш йўллари	1. Сурункали инфекция ўчоғини санация қилиш 2. Интеркуррент касалликларни даволаш 3. Кардиотрофик препаратлар йилда 1–2 марта кўрсатма бўйича 4. Невротик синдромда седатив препаратлар 5. Вегетодистонияда: ➤ ваготоник турида: беллоид, белладонна,

	<p>атропин, бўйин соҳасига Са билан электрофорез; ➤ симпатикотоник турида: магнезия билан электрофорез, в/блокаторлар (обзидан, индерал)-кўрсатма бўйича.</p> <p>6.Тоза хавода юриш, сузи ш, циркуляр душ, даво ванналари.</p> <p>7. Санатория-курортда даволаш: Қрим, Қора денгиз, Кавказ тоғларида.</p>
Кузатув	2 йилдан кам эмас, юрак ритми бузилганда – доимий кузатув.
Жисмоний тарбия	Юрак ритми бузилганда - озод қилиш. Токсик формаларида 1- йили -тайёрлов гуруҳларида, кейинчалик ҳолатига қараб.
Профилактик эмлаш	Мумкин

Касалхонага ётқизишга кўрсатма

Шошилинич	Режали
<ul style="list-style-type: none"> - Гемодинамика бузилиши - Реанимацион кўрсатма 	<ul style="list-style-type: none"> - Аритмия, 1- марта аниқланганда, қониқарли ҳолатда - даволаш самараси бўлмаганда (оғир аритмия) - хирургик даво керак бўлганда.

3.16. ВЕГЕТО - ТОМИР ДИСТОНИЯСИ

ВТД – экзоген ва эндоген этиологияли омиллар таъсирида қон томирлар реактивлиги ва тонусининг ўзгариши, вегето қон томир аппаратини туғма ва орттирилган функционал ўзгарувига сабаб бўлади.

Ташҳисот мезонлари

1. Анамнези:

Вегетатив дисфункциялар, соматик патологиялар ва перинатал ривожланиш, конституционал- туғма ва психо-эмоционал омиллар, пубертат давридаги эндокрин ўзгаришлар билан боғлиқ.

2. Клиник мезонлар:

а) Кардиоваскуляр симптом – кардиалгия, юракнинг тез уриши, юрак соҳасида дискомфорт, аритмия, гипертензия ёки юқори систолик гипертензия ; тери мармарсимон, ҳолсизлик, унинг кучайиши, бош айланиши, хушдан кетиш.

б) Меъда-ичак симптомлари - иштаҳа пасайиши, ўт йўллари дискинезияси, ичаклар дискинезияси.

с) Респиратор бузилишлар симптоми– ҳаво етишмаслик ҳисси, нафасдан тўймаслик, буғилиш ҳисси, хансираш.

д) Неврологик симптомлар– бош оғриғи, кўпинча узоқ давом этувчи, кўнгил айнаши, қайт қилиш, терморегуляциянинг ўзгаришлари (субфебрилитет, яллиғланиш белгиларисиз фебрилитет, эмоционал лабиллик, кайфият тушиши, уйку бузилиши); стабил микро ўчоқли симптомлар ва вегетатив лабиллик (рефлекслар кўтарилиши, енгил анизорефлексия, қовоқ, тил учи ва қўллар тремори, тери гипергидрози, дермографизм), неврологик статусда ўчоқли бузилишлар йўқлиги.

3. Параклиник мезонлар:

1) Вегетатив реактивликни текшириш (клино-ортостатик синови, рефлексоген зоналар кўзғалиши, Чермакнинг кўз- юрак рефлекси, синокардиал рефлекс, фармакологик ва функционал синовлар (иссиқ, совук), вегетатив нерв системаси фаолиятининг таъминланиши (10 минутли клиник-ортостатик синов, кардиоинтер–валография);

2) реоэнцефалография – қон томир тонусини, томир деворининг эластиклигини, қон билан тўлишини кўрсатади;

3) электроэнцефалография – ритмнинг дезорганизацияси ва десинхронизацияси аниқлайди;

4) вегетатив тонусни аниқлаш А.М.Вейн (1981) томонидан ишлаб чиқилган ва жадвал ёрдамида болалар ёшига мослаштирилган.

Болаларда вегетатив тонусни аниқлаш

Мезонлари	Симпатикотоник	ВНС нисбий мувозанат	Ваготоник
1	2	3	4
Тери : ранги	оқарган	норма	қизаришга мойил
Қон томир сурати	ўзгармаган	ўзгармаган	мармарсимон, қўл-оёқларда цианоз
Ёғланиш	пасайган	норма	ошган, хуснбузар
Тер ажралиши	камайган ёки ошган	норма	ошган, гипергидроз, кафт, товон, қўлтиқдан тер ажралиши
Дермографизм	оч пушти, оқ	қизил, нотурғун	қизил, турғун
Шишларга мойиллиги	ўзгармаган	ўзгармаган	хос
<i>Терморегуляция</i>			
Гавда ҳарорати	Гавда ҳароратининг ошишига мойил	норма	пасайган
Совуқ қотиш	йўқ	хос эмас	ошган
Дим хоналарни кўтара олмаслик	қониқарли	қониқарли	ёмон
Инфекциядаги ҳарорат	юқори	37,5-38° С	субфебрил, узоқ
Гавда вазни	озишга мойиллик	норма	семизликка мойиллик
Иштаҳаси	ошган	норма	пасайган
Чанқаш	ошган	йўқ	йўқ
<i>Юрак-қон томир тизими</i>			
Юрак	узайган	норма	пасайиши,

қисқариш тезлиги			нафас аритмияси, тахикардия, жисмоний зўриқиш
Систолик ҚБ	норма ёки ошган	норма	пасайган
Диастолик ҚБ	норма ёки ошган	норма	Норма ёки пасайган
Юрак уриши	хос	хос эмас	баъзан
Кардиалгия	бўлиши мумкин	хос эмас	баъзан
Бош айланиши	бўлмайди	бўлмайди	хос
<i>Нафас тизими</i>			
Нафас тезлиги	норма ёки ошган	норма	пасайган, нафаси чуқур
Хансирашга шикояти, «Нафас олиш чиқариш»	хос эмас	хос эмас	хос
<i>Меъда ичак йўли</i>			
Сўлак ажралиши	хос эмас	хос эмас	хос
Қорин оғриғига ва кўнгил айнишига шикояти	хос эмас	хос эмас	хос
Ичаклар моторикаси	атоник қабзиятларга мойил, перистальтика сусайган	норма	спастик қабзият, метеоризмга мойиллик, ич кетиши, ОҚТ дискинезияси,к ечки пайт газ хосил бўлишининг кучайиши

Сийдик чиқаруви	қисқа ва кўп	норма	тез-тез кам-камдан
Энурез	бўлмайди	бўлмайди	тез
Аллергик реакциялар	кам	кам	тез-тез
Лимфатик тугун, бодом безлари, аденоидлар катталашуви	бўлмайди	кам-кам	хос
Кечки пайтда ва кечкурун оёқ оғриғи	бўлмайди	бўлмайди	тез -тез
Қорачиқ	кенгайган	норма	торайган
Бош оғриғи	бўлади	кам-кам	хос, мигренга хос
Темперамент	кайфият ўзгарувчан	босиқ	босиқ, апатик, депрессия, неврастения
Жисмоний фаоллиги	эрталаб ошган	етарли	пасайган
Руҳий фаоллик	хаёлпараст, чалғувчан, кечкурун фаоллиги юқори	норма	фикрини жамлаш қобилияти яхши. Куннинг иккинчи ярмигача фаол
Уйқу	кеч ухлайди, эрта туради, безовта	уйқуси яхши	чуқур, узоқ
Вегетатив юрак, пароксизмлар	қон босими кўпинча кўтарилган, тахикардия, ҳарорат кўтарилган, қалтираш, кўрқув ҳисси	йўқ	кўпинча хансираш, кўп терлаш, қоринда оғриқ, қусиш, бош оғриғи, қон босим тушган, ҳарорат

			пасайган
ЭКГ маълумотлари			
ЮҚС	тахикардия	норма	брадикардия
Синусли аритмия	бўлмайд	кам бўлади	хос
Р _{II,III} амплитудаси	юқори	одатдагидай	пасайган
T _{I,II,V-5} тишлар	текислашган, 2 фазали, тинч ҳолатда ва турганда манфий	норма	баланд, ўткирлашган
S-T интервали	тинч ҳолатда ёки клиноортосина-масида ўрта чизикдан паст	норма	ўрта чизикдан юқори

ВТД синдромининг таснифи(Н.А. Белоқонь ва б., 1987)

ВТД келиб чиқиши:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ бирламчи ➤ иккиламчи (биринчи ўринда сурункали соматик касаллик туради)
Олиб келувчи этиологик омиллар:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ МНТ нинг резидуол органик касалликлари ➤ невротик ҳолат ➤ пубертат давр ➤ жароҳат олгандан кейинги давр ➤ конституционал вегетатив дисфункция ➤ сурункали декомпенсацияланган тонзиллит ва бошқалар
Вегетатив тонуси бўйича:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ ваготоник ➤ симпатикотоник ➤ аралаш

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ эйтония: ваготоник белгилар 4 тадан кўп эмас; симпатикотоник эса 2 тадан кўп эмас
Организмда жойлашуви:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ ўт чиқарув йўллари, ичак дискинезияси ➤ артериал гипо- ёки гипертензия ➤ нафас неврози ➤ функционал кардиопатия
Кечиши:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ перманент ➤ пароксизмал ➤ латент

Қиёсий ташҳисот

Вегетатив дистония сабабини аниқлаш учун биринчи навбатда висцерал тизимнинг органик патологиясини инкор қилиш керак.

Даволаш

1. Вегетатив дистония сабабига таъсир қилиш: сурункали инфекция ўчоғи, асаб-рухий зўриқишларни йўқотиш; конституцио–нал ва пубертат етишмовчиликда умумқувватловчи ва чиниқтирувчи муолажалар.

2. Эмоционал ҳолатни яхшилаш: психотерапия, седатив препаратлар (валериана, арслонқуйрук, мойчечак); кичик транквили–заторлар (тазепам, феназепам); вегетонияда психостимуляторлар (лимон дамламаси , женьшен илдизи, радиола, аралия, элеутерококк экстракти, дуплекс, сидиокарб).

3. Вегетотроп воситалар пароксизм вақтида симптомларни ҳисобга олиб берилади:

симпатикотонияда – марказий ва периферик холинолитиклар (анаприлин, традикор, вискен): аскорбин ва глютамин кислота, сиднокарб; β -адреноблокаторлар; β -адреноблокаторлар (пирроксан), ганглиоблокаторлар (ганглерон, пенталгин);

➤ ваготонияда – марказий ва периферик холинолитиклар (амизил, циклодол), ганглиоблокаторлар, симпатик тонусни

стимулловчи воситалар (кофеин, кальций препаратлари, сиднокарб),

➤ аралаш пароксизмларда: беллоид, беллатаминал, белласпон.

4.Баъзи симптомларни коррекциялаш: астенияда– сиднокарб, ацефен; гипервентиляция бузилишида – нафасни даволаш машқлари; вестибуляр бузилишларда – стугерон, дедалон, торекан.

5.МНТ да моддалар алмашинувини яхшилаш – аминалон, пирацетам, энцефабол, церебролизин, глицин;

6.Микроциркуляция ва томир тонусини яхшилаш – трентал, кавинтон, стугерон, сермион, ксантинол никотинат;

7.Массаж, ДЖТ, сув муолажалари, иглорефлексотерапия, электрдаволаш (электруйку, дори билан транскраниал электрости-муляция).

Вегето-томир дистониясили болаларни диспансер кузатуви ва реабилитацияси

Мутахассислар кўриги	Педиатр, ЛОР, стоматолог 1 йилда 2 марта. Кардиоревматолог –1 йилда 1-2 марта; психоневролог, эндокринолог, гинеколог - кўрсатма бўйича.
Кўрувда аҳамият беринг	Шикояти, тез чарчаш, вегетатив тонуснинг келиб чиқиши,ҚБ кўрсаткичи, пульс, юракда ўзгаришлар, улар динамикаси. Жисмоний зўриқишга реакцияси. Асосий синдром ва вегетатив таъминлаш вариантыни ажратиш.
Кўшимча текширувлар	Йилда 2 марта : умумий қон ва сийдик таҳлили; ахлатни гижжа тухуми ва содда паразитларга текшириш; ЭКГ, функционал синама зўриқиш билан (30 секундда 20 та ўтириб туриш); вегетатив тонусни текшириш; кардиоинтервалография
Асосий соғломлаштириш йўллари	1) сурункали инфекция ўчоғи санацияси – 2) интеркуррент касалликларни даволаш 3) кардиотрофик воситалар йилда 1–2 курс

	<p>4) невротик синдромда седатив препаратлар:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ваготоник типда: беллоид, белладонна, бўйин-елка соҳасига атропин кальцийли электрофорез; - симпатикотоник типда: магнезияли электрофорез, в/ блокаторлар (обзидан, индерал). <p>5) тоза ҳавода кўпроқ бўлиш, чўмилиш, даволовчи ванналар, циркуляр душ</p> <p>б) санатория-курортларда даволаш. Қрим, Қора денгиз, Кавказ санаторияларда.</p>
Кузатув давомийлиги	2 йилдан кам эмас. Юрак ритмининг турғун бузилишларида- болаликнинг бутун даврида.
Жисмоний тарбия	Юрак ритмининг бузилишларида ва гипертоник кризда спорт мусобақаларидан озод этиш.
Профилактик эмлаш	Қарши кўрсатмалар йўқ.

V БОБ. БИРИКТИРУВЧИ ТЎҚИМАНИНГ ЗАРАРЛАНИШИ БИЛАН КЕЧАДИГАН ДИФФУЗ КАСАЛЛИКЛАР

3.17. СИСТЕМАЛИ ҚИЗИЛ ЮГУРУК

Системали қизил югурук - этиологияси ноаниқ, системали аутоиммун ревматик касаллик бўлиб, иммун-бошқарув механизмидаги генетик нуқсон асосида ривожланади. Бунда ядро таркибига нисбатан кенг спектрли органоспецифик аутоантителолар ва иммун комплекслар куп миқдорда ишлаб чиқарилади ва улар тўқиманинг иммун яллиғланишига ҳамда ички органлар функцияларининг бузилишига олиб келади.

ТАШҲИСОТ МЕЗОНЛАРИ

1. Анамнези:

Ирсий мойиллик, яқин қариндош, эгизакларнинг касалликлари ва HLA тизими бўйича алоҳида касалликларнинг маркерлари аниқланиши, трансплацентар ўтадиган сурункали узлуксиз инфекция, секинлик билан таъсир этадиган вируслар (ретровируслар). Қуйидагилар ҳал қилувчи омил ҳисобланади: стрессли вазиятлар, совкотиш, гиперинсоляция, оқсил ва кимевий препаратларни нотўғри қўллаш.

2. Клиник мезонлар:

СҚЮни ташҳислаш белгиларига (Америка ревматологлар ассоциацияси мезонлари, 1982) қуйидагилар киради: эритематоз «капалак», дискоид тошма, фотодерматит, огиз бушлиги шиллик қаватларида яралар, артрит, серозит (плеврит, перикардит), буйрак ва марказий асаб тизимининг жароҳатланиши.

Клиник белгиларнинг қолганлари ва кўп учрайдиганлари (гавда ҳарорати ошиши, дистрофия, лимфоаденопатия ва б.) қўшимча мезонларга киритилиши лозим.

Юқорида қайд этилган 8 та мезондан болаларда ташҳислаш учлиги (тери синдроми, артрит, полисерозит) эътиборни ўзига тортади:

Тери синдроми: ўз ичига 28 хил тошмаларни (эритематоз доғлардан то оғир буллёз ўзгаришларгача) олади. Патогномоник белги бу «капалак» – бурун усти ва атрофида эритема. Сурункали кечишида 25% беморларда гиперемия, инфильтрация, фолликуляр гиперкератоз ва чандикли атрофия билан кечадиган дискоид ўчоқлар пайдо бўлади. Болаларда кўпинча оғиз бўшлиғи шиллик

қаватларининг нуқтали геморрагияли энантемаси ва эрозияси учраб, оғриқсиз еки овқат истеъмол қилинаётганда оғриқ билан кечади. Бу жараённинг зўрайишида энантемалар оқ чандиқларга айланади. СКЮ да кўп ҳолларда телеангиоэктазия ва тери қуруқлиги, диффуз соч тўкилиши, тирноқнинг деформацияси ва синиши каби умумий трофик ўзгаришлар учрайди.

Люпус-артрит кўпинча транзитор интенсив («морфинли») артралгия, миалгия билан бирга кузатилади. Полиартритда эса майда, ўрта бўғимларнинг асимметрик зарарланиши (бармоқ, кафт-билак ва болдир-оёқ панжаси бўғимлари), кам ҳолларда – йирик бўғимларнинг зарарланиши рўй беради. Синовиал суюқликда – ревматоид артритдан фарқли ўлароқ – ёпишқоқлик даражаси юкори, кам миқдорда, LE- гавдачалар бўлиши мумкин. Рентгенологик текширишда бўғим тирқиши қисқариши, остеопороз аниқланади.

Полисерозитлар СКЮнинг эрта симптомларидан бири бўлиши мумкин ва кўпинча адгезив перикардит кўринишида намоён бўлади: интенсив кардиалгия, тахикардия, юрак товушининг бўғиқлиги, хансираш ва перикарднинг nodoимий ишқаланиш шовқини. Плеврит – икки томонлама, қайталанувчи, фибринозли қуруқ ёки ҳўл. Кам ҳолларда перитонит ва перигепатит бўлади.

Кардиал синдром. СКЮ учун Либман-Сакснинг сўгалли эндокардит, кейинчалик митрал клапан етишмовчилининг ривожланиши билан кечиши: юрак чўққисиди дағал систолик шовқин, унинг чап қўлтиққа ўтиши, I товушнинг сусайиши, ўпка артериясида II товуш акценти, рентгенологик - юракнинг «митрал» қонфигурацияси характерли.

Томир зарарланиши синдроми. Кўпинча дигитал капилляритлар, коронарит, кам ҳолларда - аортит. Ҳар тўрттадан бир беморда ҳуруж вақтида васкулитнинг аломати сифатида оёқлар тромбофлебити кузатилади. Мезентериал артериит СКЮда абдоминал кризнинг сабабчиси бўлади.

Буйрак синдроми. Люпус - нефритнинг миллий таснифи (В.В. Серов ва ҳаммуаллифлар, 1980) асосида 7 хил морфологик ўзгаришлар ётиб (ўчоқли пролиферативдан то фибробластик ўзгаришгача), улар динамик жараённинг даврлари сифатида қаралади. И.Е Тарееванинг таснифига асосан нефритнинг қуйидаги формалари ажратилади: тез ривожланадиган (2–3 йил) – 10–20%;

нефрит нефротик синдроми билан – 30–40%; нефрит кучайган сийдик синдроми билан – 30–35%; нефрит минимал сийдик синдроми еки субклиник протеинурия (сийдикда оқсил 0,5г. дан кам) билан. Люпус-нефрит активлигининг клиник-лаборатор белгилари: протеинурия > 1 г/суткада; эритроцитурия 1 мл сийдикда > 10000. цилиндрлар гиалинли, донадор 1 мл сийдикда 250 > қон зардобида креатининнинг ошиши; коптокча фильтрациясининг сусайиши.

Меъда-ичак йўли (МИЙ)нинг зарарланиши ҳар иккинчи беморда учрайди. Шикоятлар-кўнгил айниши, иштаҳа йўқлиги, жиғилдон қайнаши кабилар. Қорин соҳасидаги турли хил оғриқлар МИЙ нинг у ёки бу соҳасидаги патологик жараённи кўрсатади ҳамда абдоминал кризда жарроҳ кўригининг зарурияти туғилади.

Нейролюпус СҚЮли болаларнинг ҳаммасига хос бўлиб, мигрендан то энцефаломиелополирадикулоневритгача. Нейролюпусни ташҳислаш учун катта мезонлардан бири ёки кичик мезоннинг бири ва ЭЭГ, сцинтиграмма, церебрал агниографияда ёки цереброспинал суюкликда (оқсил > 0,5–1,0 г/л, плеоцитоз, босимнинг ортиши) ўзгариш мавжуд бўлиши керак.

Системали қизил югурук кечишининг клиник кўринишлари (Насонова В.А., 1972–1986)

- Касалликнинг кечиш таърифи: ўткир; ярим ўткир; сурункали; қайталанувчи полиартрит, югурук синдроми, Рейно, Шегрен, Верльгоф синдромлари.
- Жараённинг даври ва фаоллик даражаси:

Фаол даври

Фаоллик даражаси: юқори (III),

ўрта (II),

минимал (I)

Нофаол даври (ремиссия)

- Зарарланишнинг клиник-морфологик таърифи:

Терида: «Капалак» синмптоми, капилляритлар, экссудатив эритема; пурпура; дискоидли югурук ва б.

Бўғимларда: артралгия; ўткир, ярим ўткир, сурункали полиартритлар.

Сероз кобиқларда: полисерозит (плеврит, перикардит) қурук, адгезив, хўл; перигепатит; периспленит.

Юракда: миокардит; эндокардит; митрал клапани етишмов-чилиги.

Ўпкада: ўткир, сурункали пневмонит; пневмосклероз.

Буйракда: люпус-нефрит нефротик ёки аралаш тури ; сийдик синдроми.

Асаб тизимида: менингоэнцефалополирадикулоневрит; полинев-рит.

3. Параклиник мезонлар:

1) қоннинг умумий таҳлили – ЭЧТнинг ошиши, лейкопения, гипохром анемия, тромбоцитопения, СРО(С реактив оксил) ошиши;

2) сийдикнинг умумий таҳлили - протеинурия, гематурия, лейкоцитуриянинг ифода этилиши югурук нефритининг клиник-морфологик кўринишига боғлиқ.

3) биокимёвий тадқиқотлар - биокимёвий кўрсаткичларнинг ўзгариши хос эмас ва улар ички органларнинг зарарланиш даражасига ва касаллик даврига боғлиқ.

4) иммунологик тадқиқотлар – гипергаммаглобулинемия, Ig G, Ig M кўтарилиши, антинуклеар омиллар мавжудлиги, антинуклеар антителолар;

5) бошқа лаборатор ўзгаришлар – LE-гавдачалар мавжудлиги (lupus erythematosus да) , иммун бирикмалар, ревматоид омиллар.

Қиёсий ташҳисот:

СКЮни бириктирувчи тўқиманинг зарарланиши билан кечадиган бошқа диффуз касалликлар, неопластик жараёнлар, сепсис, септикопиемиялар билан қиёсий ташҳис утказилади.

Ташҳис эталони:

СКЮ, ярим ўткир кечиши, II фаоллик даражаси, терининг «капалак» кўринишидаги зарарланиши, эндокардит, полиартралгия, полиневрит.

Даволаш

1.1. Парҳез, оксил ва витаминларга бой, туз ва енгил ўзлаштириладиган углеводларни чеклаш. Парҳез коррекцияси буйрак ва юрак функциялари бузилганда олиб борилади.

1.2. Юқори фаоллик даражасида қатъий ётоқ тартиби ва беморнинг ҳолатига мос равишда функционал текширувлар натижаси асосида бу тартиб кенгайтирилиб борилади

1.3. Ўпка, юрак, бўғим функцияларини яхшилаш мақсадида шифобахш жисмоний тарбия муолажалари.

2.1. Глюкокортикостероидлар:

а) юқори фаоллик даражасида – преднизолон 2–5 мг/кг/сутка, 3 маҳал биоритмга мос равишда. Жараённинг сўниб боришига билан мос равишда дозаси 5–10 мг/суткагача камайтиради.

б) касалликнинг энг юқори фаоллигида – пульс-терапия: метипред в/и 600–800 мг/сут.гача 2–3 кун мобайнида, кейинчалик – 1 маҳал ҳар 3 ойда.

2.2. Ностероид яллиғланишга қарши препаратлар – касалликнинг минимал фаоллик даражасида, бўғим синдромида.

3.1. Иммунодепрессантлар ташҳис қўйилган кундан бошлаб бир неча йил мобайнида

3.2. 4-аминохинолин қаторидаги препаратлар – СКЮнинг минимал фаоллик даражасида – 1–3 йил.

3.3. Иммунограмма натижалари асосида – тимактид, тимозин - альфа (табл. 0,25 г) 1/4-1 табл. тил остига 1 маҳал № 5–7.

3.4. Плазмаферез – 3 сеанс 5 кун оралатиб, кейинчалик – 1 маҳал 3 ойда, пульс-терапия билан биргаликда.

3.5. Гемосорбция.

3.6. Гипербарик оксигенация № 7–10.

4.1. Микроциркуляцияни равонлаштирувчи препаратлар:

- курантил, дипиридамол, персантин (др.0,025; 0,075 г) 1 ой давомида кунига 0,025 г дан 2–3 маҳал;

- ксантинола никотинат (табл.0,15 г) 1 табл.дан кунига 2–3 маҳал, курс –1 ой;

- трентал, пентоксифиллин, агапурин, ралофект, дартелин, тидоф-лекс, флекситал (табл., др. 0,1; 0,2; 0,4).

г) 0,1–0,4 г дан кунига 2–3 маҳал, курс –1 ой.

4.2. Седатив терапия – МАТ жароҳатланганда ва нейроциркулятор дистонияларда.

4.3. Нефропатияни даволаш ("Гломерулонефрит" бўлимига қаранг).

4.4. Қон айланиши етишмовчилигини даволаш.

4.5. Антибактериал терапия – глюкокортикостероидларнинг юқори дозаси ва цитостатиклар билан даволаганда, бактериал инфекциялар қўшилганда.

- 4.6. Анаболик препаратлар - дистрофия ривожланганда:
- ретаболил (амп. 5% – 1 мл) 0,4 мг/кг м/о 1 маҳал 3–4 ҳафтада №5, глюкокортикостероидлар дозаси камайтирилган ёки муолажадан олиб ташланган даврида берилади.
 - калий оротат (табл.0,1; 0,5 г) 0,25–0,65 г дан кунига 2–3 маҳал, 2–3 ҳафта мобайнида.

Реабилитациянинг поликлиник босқичи:

1. Меъёрни ушлаб турувчи терапия:

а) Преднизолон 5–10 мг/сут. ёки нестероид яллиғланишга қарши препаратлар даволовчи дозанинг $1/3-1/2$ қисми, узок муддат давомида (3–5 йил ва ундан хам кўп – кўрсатмага мувофиқ);

б) Цитостатиклар даволовчи дозасининг $1/3-1/2$ қисми ёки 4-аминохинолин қатори препаратлари даволовчи дозасининг $1/2$ қисми.

2. Парҳез терапия.

3. Микроциркуляцияни равонлаштирувчи препаратлар (4.1 га қаранг), 1 ойдан йилига 2–3 марта.

4. Шифобахш жисмоний тарбия.

5. Сурункали инфекция ўчоғини даволаш, интеркуррент касалликларни антибиотиклар билан 10 кун давомида даволаш, касалликнинг ўткир даврида глюкокортикостероидлар дозасини ошириш.

ДИСПАНСЕР КУЗАТУВИ

Мутахассислар кўриги	Кардиоревматолог ҳар ойда. Педиатр кварталда 1 марта. Кардиоревматологик марказ кварталда 1 марта. Қолган мутахассислар – кўрсатмага бўйича.
Кўрувда аҳамият беринг	Ички органларнинг ҳолати, тери ва шиллик қаватларнинг ҳолатига, буйрак функцияси, интеркуррент касалликларнинг учраш тезлиги ва сурункали инфекция ўчоғи.
Қўшимча текширувлар	Клиник ва биокимёвий таҳлиллар – ҳар ойда . Зарарланган органларни чуқур текширув, йилига камида 2 марта. Иммунологик текширувлар йилига камида 2 марта ва кўрсатмага мувофик.
Асосий соғломлаштириш йўллари	Базис терапияни систематик равишда қўллаш. Стационарда даволаш йилига камида 2 марта. Инфекция ўчоқларини радикал санация қилиш. Зарарланган тизим ва органларнинг функционал ҳолатига мос тартиб ва парҳез. Гиперинсоля–ция, совқотишнинг олдини олиш, наф бермаганда оқсил ва кимёвий препаратларни юбормаслик.
Диспансер кузатуви самарадорликлик мезонлари	Органларнинг прогрессив равишда зарарланиши кузатилмайди. Рецидивнинг камайиши ва бўлмаслиги. Жараённинг фаоллик даражаси ошмаслиги ёки камайиши. Беморнинг функционал ҳолати, ишлаш қобилияти, умумтаълим мактабларида ўқиш имқонияти. Болалар кузатиб борилади.
Профилактик эмлаш	Профилактик эмлашдан озод этиш, нофаол даврида эпид. кўрсатмаларга мувофик, индивидуал тартиб асосида.

3.18. ЮВЕНИЛ РЕВМАТОИД АРТРИТ

Бириктирувчи тўқима зарарланиши билан кечадиган диффуз касалликлардан бири бўлиб, асосини иммун-патологик жараён ташкил қилади. Аксарият беморларда ациклик чўзилувчан ва сурункали кечиш тусини олиб, суяк, бўғим ва мушак тизимини жараҳатлайди (А.А.Яковлев,1987). «Ревматоид артрит» термини 100 йил олдин Carrod (1892) томонидан киритилган.

ТАШҲИСОТ МЕЗОНЛАРИ

1. Анамнези:

Вирусли инфекцияга, айниқса Эпштейн-Бар вирусига ахамият берилади, жараёнда парвовирусларнинг ҳам иштирок этиши мумкин. Ревматоид артритга оилавий мойиллик 24–47% ни ташкил қилади.

2. Клиник мезонлар:

Бўғим синдроми - болаларда кўпроқ йирик ва ўрта бўғимлар умуртқа поғонанинг бўйин қисми эса катталарга нисбатан камроқ шикастланади. Хасталик қўл ва оёқлар майда бўғимларининг шикастланиши билан бошланади. Яллиғланишнинг ўзига хос ҳамма белгилари, симметрик зарарланиш, эрталабки карахтлик, бўғим деформацияси кабилар кузатилади. Бўғим соҳасидаги мушаклар эрта атрофияга учрайди. Боланинг умумий бўйи ва скелетнинг алоҳида соҳаларининг ўсиши орқада қолади.

Рентгенологияда - юмшоқ тўқиманинг қаттиқлашиши ва остеопороз эрта аниқланади, кейинчалик эса суяк-тоғай деструкция–си ва суякланиш ядроларининг бузилиши кузатилади.

Ретикуло-эндотелиал тизимнинг зарарланиши: лимфоаде–нопатия, гепатомегалия.

Кўзнинг зарарланиши: увеит, иридоциклит, кератит, склерит, катаракта.

МАТ нинг зарарланиши: ўзгарувчан, бекарор кайфият, депрессия, суткалик гавда ҳарорати ритмининг ўзгариши, вазомотор бекарорлик, қўл ва оёқларда парастезиялар, пай рефлексларининг ва сезувчанликнинг дистал типи бўйича сусайиши.

Бўғим-висцерал турида жараёнга у ёки бу ички органлар ва тизимлар қўшилиб, секин-аста амилоидоз ривожланиб боради. Энг огир тури - Стилл касаллиги бўлиб, унга кўп ички органларнинг

зарарланиши, лимфоаденопатия, гепатоспленомегалия, тез авж оладиган полиартрит, иммуногенезнинг чуқур зарарланиши, қоннинг оксил таркиби ва моддалар алмашинувининг ўзгариши, ногиронлик хосдир.

Аллергосептик тури (Вислер-Фанкони аллергосепсиси)га учта симптом хос. Биринчи, – антибиотиклар ва ҳароратни туширувчи дориларга рефрактер бўлган нотўғри турдаги иситма. Иккинчи – қайталанувчи аллергия тошмалар ва учинчи – бўғим синдроми, бу хасталик бошида барқарор бўлган қайталанувчи полартралгия кўринишини олади. Қон таҳлилида ўткир даврга хос кўрсаткичлар (гипохром анемия, диспротеинемия) яққол намоён бўлади,. Қонда ёки синовиал суюқликда ревматоид омил (РО) аниқланиши (серопозитив тури) мумкин. РО нинг эрта аниқланиши ва юқори кўрсаткичлари ревматоид артритнинг нохуш кечишидан далолат беради ва қайталаниш, кенг тарқалган васкулитнинг ривожланиш эҳтимоли бор. Болаларда кўпинча серонегатив тури учрайди. Касаллик катта ва ўрта бўғимларнинг зарарланиши билан кечиб, болдир суяги бошчасининг асептик некрози ривожланади. Эрталабки қарахтлиқ суст ифодаланади, ревматоид тугунчалар бўлмайди.

Кўп тизимларнинг зарарланиши жараённинг тез авж олишига олиб келади.

3. Параклиник мезонлар:

а) қоннинг умумий таҳлили - гипохром анемия, нейтрофил лейкоцитоз, ЭЧТ ошиши;

б) қоннинг биокимёвий таҳлили - сиал кислоталарининг кўпайиши, мусбат С-реакти, оксил, диспротеинемия (оксил кўпол дисперс фракциясининг кўтарилиши);

в) қон зардобида ёки синовиал суюқликда мусбат ревматоидли омил, IgM, IgG ларнинг ошиши, Т-лимфоцитлар камайиши;

г) рентгенологик текшириш: бўғим атрофи остеопорози, бўғим бўшлиғига суюқлик йиғилиши, периартикуляр тўқиманинг қаттиқла–шиши, суяк нуқсонлари, суяк анкилози, суяк ўсишининг бузилиши.

Даволаш

1. Ностероид яллиғланишга қарши препаратлар:

а) арилпропион кислотадан келиб чиккан:

- ибупрофен 0,01–0,04 г/кг/сут. 3–4 марта;
- напроксен (напроксин) 1 табл.дан (0,25) кунига 2–3

маҳал;

- ансейд 1 табл.дан (0,1) кунига 1–2–3маҳал.

Антикоагулянтлар, бета-блокаторлар, гипотензив препаратлар, антидепрессантлар билан қўшиб бериш мумкин.

б) арилсирка кислоталари 2–3 мг/кг/сут 2–4 марта:

- диклофенак-натрий (реводин, вольтарен, ортофен, наклофен) 1 табл. (0,025 г), 1 амп. – 2,5% –3,0 мл;
- вольтарен-ретард 1 табл. (0,1) кунига 1–2 маҳал.

Ацетилсалицил кислота ва антикоагулянтлар қўшиб бўлмайди.

в) индол ва инденсирка кислота препаратлари 1–3 мг/кг/сут:

- индометацин (метиндол) 1 табл. (0,025);
- сулиндак (клинорил) 1 табл. (0,1; 0,15; 0,2; 0,3).

г) салицил кислоталар препаратлари 0,2 г/йил ёшига/сут:

- ацетилсалицил кислота (аспирин) 1 табл. (0,25; 0,5);
- долобит (дифлунизал) 750-1500 мг/сут;
- аспизол 1 фл. 1,0 г м/о, в/и изотоник эритмада.

д) Оксикамлар: пироксикам, изоксикам, судоксикам, роксикам – 1 табл. (0,01) кунига 2–3маҳал.

2. Глюкокортикостероидлар:

а) бўғим-висцерал турининг юқори фаоллик даражасида, терапия самарасизлигида – преднизолон 1–2 мг/кг/сут.;

б) бўғим турида:

- гидрокортизон бўғим/ичига 5дан то 150 мг гача 1 маҳал 5–7 кунда №3–5;

- дипроспан 0,1–1,0 мл 2–3 мл физиологик эритмада;

- кеналог (триамцинолон ацетонид) 6 ёшдан катта болаларга 2,5–15 мг дозада, кеналог – 10 (1 мл=10 мг), кеналог-40 (1

мл=40

мг).

3. Аминохинолин препаратлари: плаквенил, делагил, резохин ва бошқалар 1 маҳал кечки овқатдан сўнг. 7 ёшгача – 100 мг (1/2 табл.), 7 ёшдан кейин – 200 мг (1 табл.), 14–15 ёшдан сўнг 200–400 мг (1–2 табл). Самара кузатилганда қувватлаб турувчи дозага, яъни 50% тенг дозага ўтилади.

4. Салазиндан ишлаб чиқилган: салазопиридазин, сульфасалазин – 1 табл. (0,5) кунига 2–4 маҳал.

5. Олтин препаратлари :

а) аурунафин, ауруфан, голдар дозада 0,1 мг/кг/сут, аста-секин

то 0,2 мг/кг/сут. гача оширилади; 1 табл.=0,003 г.

б) кризанол 5% м/о 0,5–1,0–2,0 мл (17–34 мг металл олтини) ҳафтада 1 марта (курсига 1–1,5 г олтин).

6. Д-пеницилламин, купренил (1 капсула = 0,15), артамин (1 капсула = 0,05; 0,15; 0,25) дозада 10 дан то 25 мг/сут. гача қувватлаб турувчи доза – 5 мг/сут.

7. Юқори фаол даражада ва кенг тарқалган турида:

а) хлорбутин (лейкеран) 0,05–0,1 мг/кг/сут 6 ой ва ундан кўп (1

табл.= 0,002; 0,005 г).

б) метотрексат 5–10 мг/кв.метр тана юзасига ҳафтада 1 маҳал 1

йил давомида ва ундан кўп:

в) азатиоприн (1 табл.=0,05 г) 0,002 г/кг/сут. 3–4 марта 1–2 ой давомида, кейин 50% дозада.

8. Яллиғланишга, маҳаллий шишга қарши ва сўрилтирувчи таъсирга эга ферментлар мажмуи бўлган препаратлар :

- вобэнзим (др.) 2–6 драже кунига 3–4 маҳал, 1–2 ой, кейин 1–4

драже кунига 3 маҳал, 3–6 ой давомида;

- мультсал (др.) 2–4 драже кунига 3–4 маҳал, 1–2 ой.

9. Физиомуолажалар:

- бўғимларга УВЧ, СВЧ ;

- фонофорез гидрокортизон, калий йодид, новокаин билан;

- магнитотерапия;

- лазеротерапия;

- димексид, гидрокортизон, гепарин аппликациялари;

- уқалаш жароҳатланган кисмига, умумий уқалаш- нофаол даврда ва I фаоллик даражасида

- Санатория-курортларда даволаниш нофаол даврда ва I фаоллик даражасида.

- механотерапия минимал фаолликда.

10. Жарроҳлик усулида даволаш нофаол даврда– синовиалэктомиядан то эндопротезлашгача.

11. Ётоқ тартиби- юқори фаоллик даражасида, секинлик билан кенгайтириш, шифобахш жисмоний тарбия;

- парҳез;

- касаллик борасида бемор ва ота-оналарининг билим савиясини

ошириш.

- сурункали инфекция ўчоғини аниқлаш ва даволаш, интеркуррент касалликларни ҳам даволаш.

Реабилитациянинг поликлиник босқичи:

1. Кувватлаб турувчи (поддерживающая) терапия:

- базис терапия (3–6 та препарат)

- яллиғланишга қарши (1 та препарат даволаш дозасининг 1/2–1/3 қисми оғриқ синдромидан 1 соат олдин.

2. Физиомуолажалар, жарроҳлик давоси (9–10 га қаранг).

РЕВМАТОИД АРТРИТ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БОЛАЛАРНИ ДИСПАНСЕР КУЗАТУВИ ВА РЕАБИЛИТАЦИЯСИ

	Ревматоид артрит, бўғим тури	Ревматоид артрит, бўғим- висцерал тури
Мутахассислар кўриги	Шифокор йилига 2 маҳал, кардиоревматолог 3 ойда 1 марта. Окулист, оториноларинголог, стоматолог йилига 2 марта, кўз шикастланганда ва аминохинолинлар билан даволаётганда 3 ойда 1 марта. Ортопед йилига 2 марта. Қолган мутахассислар кўрсатма бўйича.	Кардиоревматолог 2–3 ойда 1 марта ва кўрсатма бўйича. Окулист, оториноларинголог, стоматолог йилда 2 марта. Қолган мутахассислар кўрсатма бўйича.
Кўрувда аҳамият беринг	Ҳолсизлик, ҳарорат, эрталабки қарахтликнинг давомийлиги ва функционал ҳолатнинг қолган белгилари; яллиғланиш, деформация; тери ости қавати мушак, лимфатик тугунлар, жигар, талок кўз, юрак-томир ва бошқа тизимлар ҳолати.	Ҳолсизлик, ҳарорат, гавда вазнининг ошмаслиги, мушак атрофияси, тошмалар, бўғим синдроми. Лимфатик, гепатолиенал тизимнинг жароҳатланиши, қолган органлар ва кўзнинг ҳолати.

Кўшимча текширув-лар	<p>1. Умумий қон таҳлили, ЭЧТ га сиал кислотасига, протеинограмма, сийдик таҳлили – 3 ойда 1 марта.</p> <p>2. ФЭКГ, иммун текширув йилда 2 марта.</p> <p>3. Бўғимларни рентгени – йилда 1 марта.</p>	<p>1. Умумий қон ва сийдик таҳлили ойда 1 марта.</p> <p>2. Қоннинг ЭЧТ га, сиал кислотага, протеинограмма – 2–3 ойда 1 марта.</p> <p>3. Иммун текширув ва ФЭКГ йилда 2 марта ва кўрсатма бўйича.</p>
Асосий соғломлаштириш йўллари	<p>1. Сурункали инфекция ўчоғини;</p> <p>2. Интеркуррент касалликни даволаш.</p> <p>3. Ностероид ва аминоксинолин препаратлар билан узок муддат даволаш.</p> <p>4. Уқалаш- умумий ва бўғимга.</p> <p>5. Физиомуолажалар.</p> <p>6. Санатория-курортларда даволаш.</p> <p>7. Симптоматик даволаш.</p>	<p>1. Сурункали инфекция ўчоғини, интеркуррент касал-ликни даволаш.</p> <p>2. Ностероид ва аминоксинолин препаратлар билан узок муддат даволаш.</p> <p>3. Глюкокортикостероидла, иммунодепрессантлар – кўрсатма бўйича қувватлаб турувчи дозада.</p> <p>4. Уқалаш, шифобахш жисмоний тарбия, физиомуолажалар.</p> <p>5. Симптоматик даволаш.</p>
Кузатув давомийлиги	<p>Камида 5 йилдан кейин ва таянч-ҳаракат аппаратининг функцияси бузи лганда терапевтга ўтади.</p>	<p>Кузатувдан олинмайди, терапевтга ўтади.</p>
Жисмоний тарбия	<p>ЛФК еки махсус гуруҳда</p>	<p>шифобахш жисмоний тарбия, махсус гуруҳ.</p>

VI БОБ. АРТРИТЛАР

Таянч- ҳаракат аппарати зарарланиши номенклатурасига 100 дан зиёд касалликлар киритилган (1971).

Болаларда бўғим жароҳатланишининг кўп учрайдиган турларини 4 та гуруҳга бўлиш мумкин:

1. Ўткир ва сурункали касалликларда реактив артритлар;
2. Специфик артритлар;
3. Артритлар – бириктирувчи тўқиманинг диффуз яллиғланиши кўриниши;
4. Остеохондропатиялар.

3.19. РЕАКТИВ АРТРИТ

Реактив артрит (РА)- бўғимда яллиғланиш билан кечадиган касаллик бўлиб, у ёки бу инфекция билан боғлиқ, аммо бўғим бўшлиғида на микроорганизм ва на унинг антигени топилмайди. Болаларда таянч-ҳаракат аппарати зарарланишининг 50% ни РА ташкил қилади.

РА нинг этиопатогенезида 3 омил аҳамият касб этади:

1. яллиғланиш жараёнини қўзғатган микроорганизмнинг таърифи;
2. бирламчи инфекция ўчоғининг жойлашиши (масалан, сийдик чиқариш йўлларида ва жинсий органларда);
3. микроорганизмнинг ҳолати, ирсий мойиллик.

ТАШҲИСОТ МЕЗОНЛАРИ

I. Анамнези:

1–4 ҳафта олдин ўткир респиратор инфекция, энтероколит, сийдик чиқариш йўллари ва жинсий органларнинг ўткир хасталиги (вульвит, цистит, пиелонефрит ва б.), огиз, бурун, ҳалқумдаги сурункали инфекция ўчоғининг ҳуружи, гижжа инвазиясини бошидан кечирган.

II. Клиник мезонлар:

1. Артритик симптомокомплекс: йирик ва ўрта бўғимларнинг асимметрик зарарланиши: шиш, оғриқ, маҳаллий ҳарорат кўтарилиши, зарарланган бўғим усти териси гиперемияси, фаолиятнинг бузилиши. РА учун эрталабки қарахтлик ва зарарланишнинг кўчиши хос эмас. Одатда, асосий касалликни даволаганда бу симптомлар 1–2 ҳафта ичида ўтиб кетади.

2. Инфекцион яллиғланиш симптомлари: тери ва шиллик қаватларнинг рангпарлиги, регионар лимфатик тугунларнинг катталашиси, гавда ҳароратининг кўтарилиши (кўпинча субфебрил), қоннинг ўрта миёна яллиғланиш реакцияси.

3. Қолдиқ асоратлар симптомлари: артритдан олдин ривожланган ўткир касалликнинг: қуруқ йўтал, ҳалқум орқа деворининг донадор гиперемияси, бўйин лимфатик тугунларининг катталашиси (ЎРВИ дан кейин); иштаҳанинг пасайиши, кўнгил айнаши, ахлати узгарувчан, дисбактериоз симптомлари, сийдик ажралишининг бузилиши, микропротеинурия, лейкоцитурия, микрогематурия, субфебрил гавда ҳарорати (пиелонефритдан сўнг).

III. Параклиник мезонлар:

а) бўғим рентгенограммасида – периартикуляр тўқиманинг каттиқлашиши, бўғим бўшлиғида суюқлик.

б) бўғимнинг пункцияси – асептик яллиғланиш.

Қиёсий ташҳисот

Ревматоидли артрит, ревматизм, остеохондропатия, остеомиелит билан ўтказилади.

РЕАКТИВ АРТРИТНИНГ ЎХШАШ КАСАЛЛИКЛАР БИЛАН ҚИЁСИЙ ТАШҲИСИ

Белгилар	Реактив артрит	Ревматоид артрит	Сил артрит	Пертес касаллиги
Энг кўп шикаст-ланадиган бўғим	Болдир-оёқ панжаси, тизза, тирсак	Тизза, болдир-оёқ панжаси, лучезапястный	Тос-сон кафт усти	Чаноқ-сон
Эрталабки қарахтлик	Йўқ	Одатда	Йўқ	Йўқ
Тунги қичқириклар	Бўлиши мумкин	Кузатилади	Хос	Бўлмайди
Абсцесс ва оқмалар	Бўлмайди	Бўлмайди	Хос	Бўлмайди
Бўғим учида остеопороз	Кузатилмайди	Хос	Ўчоқли	Кечки даврда
Суякда деструкция ўчоғи	Йўқ	Псевдокисталар	Кузатилади	Фрагментация

Туберкулин синама	–	+	+	+
		–	–	–
Синовиал суоқликда нейтрофиллар кўпроқ учраши	Йўқ	Кўпроқ учрайди	Кам учрайди	Йўқ
Синовиал суоқликда ревматоид омил	Одатда бўлмайди	Мусбат	Йўқ	Йўқ

Ревматик касалликларнинг замонавий таснифида РА куйидаги гуруҳларга бўлинади:

- энтероколитдан сўнг (постэнтероколитли)
- урогенитал
- ўткир бурун-ҳалқум инфекциясидан сўнг;
- ўчоқли сурункали инфекцияда;
- гижжа инвазиясида;
- эмлашдан сўнг.

Даволаш

1. Инфекция ўчоғини даволаш;
2. Ажратиб олинган кўзғатувчига қарши антибиотикотерапия:
 - а) Пенициллин қатори: бензилпенициллин 100 минг бирл/кг/сут, ампициллин 1,0–4,0 г/сут; карбенициллин 1,0–6,0 г/сут.
 - б) Цефалоспоринлар: Цебанекс (цефаперазон+сульбактам) суткада 40–80 мг/сут кунига 2 мартаба м/о ёки т/и.
3. РА нинг постэнтероколитик турида - энтероколитни даволаш.
 - а) диареяга қарши препаратлар:
 - имодиум 1 капсуладан кунига 2–4 маҳал;
 - неостопан 1 табл.дан кунига 3–4 маҳал;
 - фуразолидон 0,05 кунига 4–6 маҳал;
 - б) Антиоксидантлар – витамин А, Е, С;
 - в) Етишмаётган меъёрда микрофлора ўрнини тўлдирмоқ:
 - бифидумбактерин 1–5 дозада кунига 2–3 маҳал, овқатдан олдин;
 - бификол 1–5 дозада кунига 2 маҳал;
 - лактобактерин 1–5 дозада кунига 2 маҳал;

-колибактерин 1–5 дозада кунига 2 маҳал.

4. Гижжали реактив артритда – гижжага қарши препаратлар:
- вермокс, мебендазол (табл. 0,1 г) 1 табл.дан кунига 2 маҳал 1–3 кун;
 - декарис, левамизол (табл. 0,05; 0,15 г) 2,5 мг/кг дан кунда 1 марта кечқурун;
 - комбантрин, пирантел (табл. 0,125; 0,25 г; суспензияси ичишга фл. 5 мл=0,25 г) 10 мг/кг кунига 2 маҳал 1–3 кун;
 - пиперазин адипинат (табл.) 1–2 табл.дан кунига 1–2 марта 1–5 кун.

5. Урогенитал реактив артритларда – санация инфекция ўчоғида, даволаш гинеколог ёки уролог ҳамкорлигида.

а) микробларга қарши:

- нитроксолин, 5-НОК (табл. 0,05 г) 0,05–0,1 дан кунига 3–4 маҳал;
- налидиксия кислотаси, невиврамон (табл.) 0,5–0,1 дан кунига 3–4 маҳал;
- фурадонин (табл.) 0,05–0,1 дан кунига 3–4 маҳал;
- уробесал (табл.) 1 табл.дан 3–4 кунига маҳал;
- уросульфан (табл.) 0,5–1 г дан кунига 3–4 маҳал.

Даволаш давомийлиги индивидуал ҳал килинади. Уросептик курслари ҳар 5–7 кунда алмаштириб турилади .

б) Сийдик чиқариш йўллари дезинфекцияси, сийдик ажралишини яхшилаш:

- фитолизин по 1 чой қошиқдан – 100 мл сувда кунига 3–4 маҳал;
- арчагул (толокнянка) барги қайнатмаси (10:180) 1 чой қошиқдан – 1 ош қошиқгача кунига 5–6 маҳал;
- сийдик ҳайдовчи гиёҳлар йиғмаси (10:200) 1 чой қошиқдан – 1 ош қошиқгача кунига 3–4 маҳал.

6. Ностероид яллиғланишга қарши препаратлар – 1–3 ой.

7. Аминохинолин қатори ва салазиндан олинган препаратлар.

Реабилитациянинг поликлиник босқичи

(Ревматоид артритга қаранг)

1. Қувватлаб турувчи терапия – базис терапия (3–6 та препарат);
 - яллиғланишга қарши (1 препарат даволи дозасининг 1/2–1/3 қисми, оғриқ синдромидан 1 соат олдин).
2. Физиомуолажа, жарроҳлик йўли билан даволаш (9–10 қаранг).

3. Умумий муолажалар (11 га қаранг).

РЕАКТИВ АРТРИТ БИЛАН ОҒРИГАН БОЛАЛАРНИ ДИСПАНСЕР КУЗАТУВИ ВА РЕАБИЛИТАЦИЯСИ

Мутахассислар кўруви	Кардиоревматолог – 3 ойда 1 марта ҳуруждан сўнг биринчи йили, 2 – йилига 6 ойда 1 марта. Оториноларинголог ва стоматолог – 1 йилда 2 марта. Қолган мутахассислар кўрсатма бўйича.
Кўрувда аҳамият беринг	Ҳолсизлик, гавда ҳарорати, тошмалар, бўғимларда яллиғланиш белгилари, лимфатик тугунлар, жигар, талоқ, юрак-қон томир тизими ва бошқа органлар ҳолати.
Кўшимча текширувлар	Қон, сийдик таҳлили- 1-йили 3 ойда 1 марта, биокимёвий таҳлил - йилда 2 марта; 2-йили- 6 ойда 1 марта. ФЭКГ, бўғим рентгенограммаси, иммунологик текширувлар кўрсатма бўйича .
Асосий соғломлаштириш йўллари	1. Асосий касалликни даволаш. 2. Сурункали инфекция ўчоғини даволаш. 3. Интеркуррент касалликни даволаш ва сиенсификацияга қарши препаратлар 2–3 кун мобайнида, ностероид препаратлар 10–14 кундан 1–2 ойгача. 4. Физиомуолажа ва уқалаш бўйича. 5. Адаптоген ва биостимуляторлар- кўрсатма бўйича.
Кузатув давомийлиги	Орган ва тизимларда зарарланиш ва бўғимда яллиғланиш бўлмаганда ва таянч-ҳаракат функцияси тиклангандан кейин – 2 йил мобайнида.

VII БОБ. ГЕМОРРАГИК КАСАЛЛИКЛАР

3.20. Геморрагик васкулит

Геморрагик иммун микротромбоваскулит, Шенлейн-Генох касаллиги - тизимли вазопатия бўлиб, унинг негизида майда қон томирларнинг умум иммунокомплексли гиперергик яллиғланиши этади ва тери, бўғимларда, ички органларда транссудатив-геморрагик узгаришлар кузатилади.

ТАШҲИСОТ МЕЗОНЛАРИ

I. Анамнези:

Танглайда инфекция ўчоғи (кўпроқ стафилококкли), бошидан инфекция ўтказганлиги тўғрисида маълумот, профилактик эмлашлар, дори-дармонларга аллергия, совкотиш, эндоген метаболитлар билан сенсibiliзацияси. Касаллик ўткир бошланиб, гавда ҳарорати 38–39 С гача кўтарилади, умумий ҳолсизлик, иштаҳанинг пасайиши, қайд қилиш аломатлари кузатилиши мумкин. Бирнеча соатдан сўнг касалликнинг бошқа белгилари намоён булади. Геморрагик васкулитга (биринчи марта кузатилганда) кўп синдромлар хосдир.

II. Клиник мезонлар:

1. Тери синдроми: тошмалар догсимон-папула ёки майда папула-геморрагик кўринишида бўлиб симметрик жойлашган, олдинга оёқлар, қўллар (ёзилувчи, бўғим олди соҳаларида), думба кетма-кетлигида тошиб, камроқ ҳолларда бел, кўкрак ва жуда кам ҳолларда бўйин, юз соҳаларида кузатилади. Тошма элементлари рангпар қавариб турган тери юзасидан кўтарилиб туради, босиб кўрганда йўқолиб кетмайди, катталаги 0,3–0,5 см дан 1–2 см гача. Ранги қип-қизил, кейинчалик тўқлашиб боради. Сўнгра рангпар бўла бошлайди, ўзидан кейин пигментация қолдиради, 2 ҳафта ўтгач йўқолади. Тошмалар интенсивлиги касалликнинг оғирлик даражасига мос келади. Оғир ҳолларда буллёз-геморрагик элементлар кузатилиши мумкин. Баъзи ҳолларда бошнинг соч қисмида, қовоқ, лаб, бармоқ, товон соҳаларида ҳам рўй бериши мумкин.

2. Бўғим синдроми кўпроқ тери синдроми билан хасталикнинг биринчи ҳафтасидаёқ кузатилади, бунда тизза болдир-оёқ панжаси, билак бўғимлари, кафт усти зарарланади. Турли даражадаги синовит хосдир. Артритнинг ҳамма белгилари: шиш, гипертермия, тери ҳарорати кўтарилиши, оғриқ ва вақтинчалик қарахтлиқ кузатилади.

3. Абдоминал синдром: тери-бўғим синдроми асосида кузатилиб, баъзи ҳолларда тери синдромидан олдин ҳам келиши мумкин. Қорин соҳасида кучли оғриқ тўсатдан бошланиб, бураб-бураб оғриқди (болалар тиззаларини коринга келтирган ҳолда, кучоқлаб безовта бўлиб ётишади). Тили қуруқ, караш билан қопланган. Қорин бирмунча кўпчиган, пайпаслаганда оғриқли. Кайт қилиш кунига 10–15 мартагача. Оғриқ туфайли бемор овқат ва сувдан воз кечади. Нажаси суюқ, кунига 10 мартагача, қон аралашма бўлиши мумкин.

4. Буйрак синдроми, одатда, хасталикнинг 3–4 ҳафтасида гематурик нефрит кўринишида кечади.

5. Висцерал ўзгаришларнинг симптомокомплекси: бош оғриғи, талваса, парезлар, субарахноидал, мия ичига қон қуйилиши белгилари, кардиопатиялар, лимфоаденопатиялар, панкреатит, орхит белгилари, шишлар, Рейно синдроми.

Ш. Параклиник мезонлар:

а) умумий қон таҳлили: лейкоцитоз, нейтрофилёз, лейкоцит формуласининг чапга силжиши, ЭЧТ ошиши; эозинофилия ва анемия бўлиши мумкин;

б) сийдик таҳлили: ўтиб кетадиган микрогематурия, альбуминурия;

в) коагулограмма: ДВС босқичлари кузатилади. Кўпроқ сурункали гиперкоагуляция аломати- қуйилиш вақти ошиши; рекальцификация, тромботест, гепаринга зардоб толерантлиги вақтининг тушиши; фибриноген миқдори ошиши.

г) қон биокимёси: гипоальбуминемия, гипер α_2 - ва гамма-глобулинемия.

д) иммунограмма: дисиммуноглобулинемия, комплемент, криоглобулинларнинг ошиши.

Қиёсий ташҳисот

Гранулематозли васкулит (тугунчали периартериит, Вегенер гранулематози), Рейно синдроми, криопротеинемия каби касалликлар билан олиб борилади.

Ташҳис эталони: геморрагик васкулит, тери-бўғим- абдоминал кўриниши, III фаоллик даражаси, ўткир кечуви.

ГЕМОРРАГИК ВАСКУЛИТ ТАСНИФИ (А.С. Калинин, 1968)

Синдромлар	Фаоллик даражаси	Кечиши	Касалликнинг яқуни
Тери Бўғим Абдоминал Жигарли Мия Кардиал	I даражаси II III	Ўткир (30–40 кун) Ярим ўткир (2 ой ва ундан кўп) Сурункали (1,5 йилдан 5 йилгача) Кайталанувчи (хуружи 2–3 йил ичида кузатилади)	Тузалиш Сурункали шаклга ўтиши Сурункали нефритга ўтиши

Даволаш

- 1.1. Очлик 1–3 кун ичида(чидашга боғлиқ).
- 1.2. Гипоаллерген парҳез.
- 1.3. Ҳаракат фаоллиги чегараланади (ўрин-кўрпа қилиб ётиш 2–3 ҳафта).
- 1.4. Тозалаш клизмалари.
- 1.5. Энтеросорбентлар:
 - актив кўмир 5–6 табл.дан кунига 3–4 марта 2–3 кун.
 - смекта (1 пакет – 3 г порошок) 3 г кунига 2–3 марта 5–6 кун.
- 1.6 Инфекция ўчоғини даволаш.
- 2.1. Гепарин (фл. 5 мл=5000 ТБ) 200–300 ТБ/кг/сут. қорин тери остига кунига 4–6 инъекция, курс – 2–3 ҳафта, дозаси камайтириб борилади ва кунига инъекция сони сақланади. Фаоллик даражаси юқори бўлганда сутка мобайнида гепарин т/и юборилади, қоннинг қуюлиш тизимини текширган ҳолда.
- 2.2. Микроциркуляцияни яхшиловчи ва ангиопротекторлар:

- курантил, дипиридамо́л, персантин (др. 0,025; 0,075) 1–3 мг/кг/сут. Ичишга, 1 ой мобайнида;
- трентал, пентоксифиллин, агапурин (др. 0,1; 0,4 г) 0,05–0,1 г кунига 3 марта, 1 ой мобайнида.

3.1. Гистамин, H-рецептор блокаторлари, терапия муддати индивидуал ҳал қилинади, ҳар бир препарат 5–7 кунга тавсия этилади:

- тавегил, фенистил (табл. 0,001 г) 6 – 12 ёш болаларга 0,5–1 мг кунига 2 маҳал;
- супрастин (табл. 0,025 г) 1/2–1 табл.дан кунига 2 маҳал;
- диазолин (др. 0,1 г) 0,02–0,05 г дан кунига 1–3 марта;
- пипольфен, дипразин (табл. 0,005; 0,025 г) 3–4 ёш- 5 мг 3 марта; 5–6 ёш – 7,5 мг 3 марта; 7–9 ёш – 10 мг 3 марта; 10–14 ёш – 15 мг 3 марта;
- фенкарол (табл.0,01; 0,025 г) 3 ёшгача – 0,005 г 2–3 марта; 3–7 ёш – 0,01 г 2 маҳал; 7–12 ёш – 0,01–0,015 г 2–3 маҳал; 12 ёшдан катта – 0,025 г 2–3 маҳал.

3.2. Семиз хужайра мембранасини барқарорлаштирувчи препаратлар: курс – 4–6 ҳафта:

- кетотифен, задитен, астафен (табл. 0,001 г) 3 ёшгача – 0,025 мг/кг; 3 ёшдан катта – 1 мг 2 маҳал.

4.1. Преднизолон (амп. 1 мл=30 мг; табл. 0,005 г) 1–3 мг/кг/сут. т/и биринчи –3 кун III фаоллик даражасида, сўнгра ичишга 10–14 кун.

4.2. Ностероид яллиғланишга қарши препаратлар:

- вольтарен, ортофен, диклофенак (табл. 0,025; 0,05 г) 1 ёшдан катта 0,5–2 мг/кг/сут. 2–3 маҳал, курс – 5–6 ҳафта гача.

5. Иммунодепрессантлар – терапия самарасиз бўлганда

- азатиоприн (табл. 0,05 г) 1–2 мг/кг/сут., курс –1–3 ой;
- хлорбутин, лейкоран (табл.0,002; 0,005 г) 0,1 мг/кг/сут., курс –1–2 ой.

6. Рутин (табл.) 0,02 г дан кунига 2–3 марта;

- аскорутин (табл.) 1/2-1 табл.дан кунига 2–3 маҳал 2–3 ҳафта;
- лагохилус опьяняющий (табл. 0,2 г) 1/2–1 табл. 2-3 маҳал кунига, курс – 2–3 ҳафта .

7. Но-шпа (табл. 0,04 г) 1/2–1 табл.дан кунига 2–3 маҳал;

- папаверин гидрохлорид (табл. 0,01; 0,04 г) 3 кунига 4 ёш – 0,005–0,01 г; 5–6 ёш – 0,01 г; 7–9 ёш – 0,01–0,015 г; 10–14 ёш –0,015–0,02 г кунига 2–3 марта;

- баралгин, спазмалгон, триган, максиган, андипал (табл.) 1/2-1 табл.дан 2–3 маҳал кунига, коринда оғрик бўлганда;
- пенталгин (табл.) 1/2–1 табл. 2–3 маҳал кунига;
- новокаин 1% 1 чой қошиқдан – 1 ош қошиқгача кунига 2–3 маҳал.

Реабилитациянинг поликлиник босқичи:

- 1.Ўта чўзилган ва сурункали жараёнда, буйрак зарарланганда ногиронликни расмийлаштириш.
- 2.Эмлашдан 1 йилга озод этиш.
3. Гипоаллерген парҳез бутун диспансер кузатуви давомида.
- 4.Кайталанувчи кўринишда фаоллик даражаси I дан ошмаган такдирда амбулатория шароитида даволанади: ностероид яллиғланишга қарши препаратлар, ангиопротекторлар, томирлар утказувчанлигини камайтирадиган ва микроциркуляцияни барқарорлаштирадиган препаратлар маҳаллий педиатр ва гематолог назорати остида.

ДИСПАНСЕР КУЗАТУВИ

Мутахассислар кўриги	Маҳаллий шифокор – 1–2 ойда 1 марта, гематолог – 2 ойда 1 марта, стоматолог, ЛОР – 6 ойда 1 марта.
Кўрувда аҳамият беринг	Геморрагик тошма, бўғиндаги оғриққа, жигар қора талоқ, юрак-қон томир тизими ҳолати, нажаснинг ранги(қора), сийдик (гематурия), бурун ёндош бўшлиқлари, тишлар, муртаклар ҳолати.
Кўшимча текширувлар	Умумий қон таҳлили- йилда 2 марта; коагулограмма – гематолог кўрсатмаси бўйича; сийдик таҳлили- 3 ойда 1 марта ва ҳар УРК ўтганда; нажас таҳлили гижжага ва қонга.
Асосий соғломлаштириш йўллари	Ёшга мос кун тартиби; гипоаллерген парҳез, А,С, Е ва В гуруҳ витаминлари билан тўйинган.
Кўрув давомийлиги	5 йил мобайнида; ҳуруж қайд этилмаса, бемор назоратдан чиқарилади.
Профилактик эмлаш	Камида 2 йил мудатга тақиқланади.

3.21. ТРОМБОЦИТОПЕНИЯЛАР

Тромбоцитопениялар – ёшига нисбатан тромбоцитлар сони кам бўлиши билан кечадиган касалликлар гуруҳи.

Тромбоцитопениялар таснифи (Н.П. Шабалов, 1982)

БИРЛАМЧИ ТРОМБОЦИТОПЕНИК ПУРПУРА:

- I. Идиопатик тромбоцитопеник пурпура (ИТП) – Верльгоф касаллиги.
- II. Тугма тромбоцитопеник пурпура.
- III. Изоиммун тромбоцитопеник пурпура;
- IV. Чакалоқлардаги транзитор тромбоцитопеник пурпура, ИТП билан касалланган оналардан туғилган – туғма трансиммун.

ИККИЛАМЧИ (СИМПТОМАТИК) ТРОМБОЦИТОПЕНИЯЛАР ВА ТРОМБОЦИТОПЕНИК ПУРПУРА:

- I. Аутоиммун касалликларидаги тромбоцитопениялар.
- II. Аллергик касалликларидаги тромбоцитопениялар ва тромбоцитопеник пурпуралар.
- III. Юқумли касалликларнинг авж олиш даврида (цитомегалия, сув чечак, қизилча, септик эндокардит ва б.);
- IV. Коагулопатиялар.
- V. Қон тизими касалликларида.
- VI. Токсик тромбоцитопеник пурпуралар.
- VII. Портал гипертензия ва гиперспленизм билан кечадиган ҳолатларда.
- VIII. Ирсий моддалар алмашинувининг аномалияларида.
- IX. Қон томирларнинг туғма аномалияларида.
- X. Нурланиш касалликларида.

ТАШҲИСОТ МЕЗОНЛАРИ:

I. Анамнези:

Эрта ёшда касаллик белгилари бўлмади; ирсий тромбоцитопенияга хос морфологик лаборатор белгилар йўқ; қариндошларда касалликнинг клиник ва лаборатор белгилари кузатилмаган.

II. Клиник мезонлар:

1. Тромбоцитопеник геморрагик синдром: терига қон куйилиши (экхимозлар, петехиялар), шиллик қаватлардан, меъда-ичак йўлидан қон кетиши (гематурия, қон туфлаш).
2. Гепатомегалия ва кам ҳолларда спленомегалия.
3. Лимфоаденопатиялар.
4. Артралгиялар.

III. Параклиник мезонлар:

а) қоннинг умумий таҳлили – тромбоцитлар сони кам, қоннинг плазма омиллари ўзгармаган, тромбоцитлар ўлчами катталашган, пойкилоцитоз, кам ҳолларда постгеморрагик анемия, лейкоцитоз, эозинофилия.

б) суяк илиги таҳлили – мегакариоцитлар миқдори ошган ёки нормада, ўлчами катталашган, ёш шакллари.

в) кораталок текшируви – лимфоид тўқима гиперплазияси, фолликуллар марказининг кенгайиши; ёш лимфатик элементлардан кенг перифолликуляр зонанинг пайдо бўлиши;

- тромбоцитларда гликоген, лактатдегидрогеназа, глюкоза-6-фосфатдегидрогеназанинг миқдори ва нордон фосфатазанинг фаоллиги камаяди.

- Дьюк, Айви услублари бўйича қон ивиши вақти чўзилган, ретракция – камайган.

- Диксон услуби бўйича антитромбоцитар гавдачалар булиши.

- кортикостероидлар терапиясининг самара бериши.

Қиёсий ташҳисот:

Лейкоз билан боғлиқ симптоматик турлари, системали қизил югурук, сурункали гепатит.

Ташҳис эталони:

Идиопатик тромбоцитопеник пурпура мусбат иммуносинамалар билан, ўткир кечуви, бурундан қон оқиши, нам тери синдроми, постгеморрагик анемия, ҳуруж даври.

Болаларда идиопатик тромбоцитопеник пурпура (Н.П. Шабалов, 1982)

Кечиши	Пурпурани- нг клиник кўриниши	Иммуноло- гик синамалар	Давр	Салбий асоратлар
Ўткир (6 ойгача) Сурунка-	Нам пурпура (тери	Мусбат Манфий	Ҳуруж (криз); Клиник	Постгеморра- гик анемия, Постгеморра-

ли	синдроми		ремиссия;	гик
1.Хуружлар кам	ва қон кетиши)		Клинико гематологик	энцефалопатия ва бошқалар
2.Хуружлар кўп	Қуруқ пурпура		ремиссия	
3.Доим қайталанувчи	(тери синдроми)			

Даволаш

1.1. Ўрин-кўрпа қилиб ётиш – криз вақтида.

1.2. Гипоаллерген парҳез; 1 стол – ичакдан қон кетганда.

1.3. Томир ўтказувчанлигини камайтирувчи препаратлар: - дицинон, натрий этамзилат (табл. 0,25 г; амп. 2 мл 12,5%ли эритмаси) 1/2–1 табл.дан кунига 2–3 маҳал, 1–3 ҳафта ; в/и или м/о 1–4 мл дан кунига 1–2 маҳал. Зарурат бўлганда, плазмада доимий миқдорини ушаш учун в/и га юбориш билан бирга ичишга ҳам берилади.

- адроксон, карбазохром (амп. 1 мл 0,025%ли эритмаси) м/о ёки т/о чакалоқларга – 0,5–1 мл дан суткада 1 маҳал; ундан катта болаларга 1–2 мл дан суткада 2–4 маҳал;

- рутин (табл. 0,02 г) 1 табл.дан кунига 2–3 маҳал аскорбин кислота билан биргаликда – 0,05 г дан кунига 2–3 маҳал, 2–4 ҳафта ;

- аскорутин (табл.) 1/2–1 табл.дан кунига 2–3 маҳал 2–4 ҳафта ;

- кальций глюконат (табл.0,5 г) 1/2–1 табл. дан кунига 3 маҳал овқатдан олдин, 1–2 ҳафта.

1.4. Тромбоцитларнинг агрегация ва адгезиясини барқарорлаштирувчи препаратлар:

- серотонин адипинат (амп. 1 мл 1%ли эритмаси) в/и томчилаб, минутига 30 томчи, тезликда 100–150 мл 0,9%ли натрий хлорид эритмасида, 0,005 г дан бошлаб, секинлик билан доза оширилади (0,01 г гача). Катта ёшдаги болаларга берилади.

Қарши кўрсатмалар: бронхиал астма, буйрак касалликлари, гипертония, Квинке шиши. Нохуш таъсир- қоринда оғриқ, АБ кўтарилиши, юрак соҳасида оғриқ, нафас олиш қийинлашуви, кўнгил айниши, диарея, диурез камайиши.

1.5. Аминокапрон кислота (порошок, гранулалар 60 г) 0,5–2 г дан кунига 3–5 маҳал ширин сувда эритиб ичилади), 6–8 кун.

2.1. Глюкокортикоидлар:

- преднизолон 2–5 мг/кг/сут. 1–2 марта в/и 2–3 кун, кейин- 1–2 мг/кг сут. 1–3 ой мобайнида, доза камайтириб борилади.

2.2. Иммунодепрессантлар – иммун турларда

- винкристин (амп. 0,5мг) в/и 0,05–0,075 мг/кг дан кунига 1 маҳал, 7 кун, курс 5–7 инъекция;

- циклофосфан (фл. 0,2 г) в/и 1–2 мг/кг кунига 1 маҳал, 5 кун, курс 5–7 инъекция.

2.3. Иммуноглобулинлар:

- пентаглобин (амп. 10, 20 мл) 3–5 мл/кг, фақат 50 мл дан ошмаслиги керак, в/и томчилаб, соатига 8 мл тезликда, 3 кун мобайнида, курсни 1 ҳафтадан сўнг такрорласа бўлади.

3.1. Маҳаллий гемостатик терапия:

- бурун қонаганда – 48 соатга олдинги ёки орқа тампонада қилиш, тампонларга дицинон, адроксон ёки тромбин шимдириш;

- олинган тиш ўрнидан қон кетганда – дицинон, адроксон ёки тромбин шимдирилган тампон қўйиш, гемостатик губка қўллаш;

- бачадондан қон кетганда – ҳайз кўриш даврини контрацептив препаратлар билан мўътадиллаштириш, 3–4 ҳафта мобайнида;

- ичакдан қон кетганда – кровохлебка настойи (6,0:200,0) 1 ош қошиқдан кунига 3–4 маҳал; коктейл – дицинон 12,5% – 2–4 мл, барий бўтқаси –200,0; тромбин – 1амп., аминокпропн кислота 5% – 2–3 мл; олма шарбати – 50 мл.

4.0. Эритроид қаторидаги ҳужайраларда метаболик жараённи барқарорлаштирувчи препаратлар:

- кальций пантотенат (табл. 0,1) 1–3 ёшга – 0,05–0,1 г дан кунига 2 маҳал; 3–14 ёшга – 0,1–0,2 г дан кунига 2 маҳал, курс – 2 ҳафта ;

-литий карбонат (табл.0,3г) 10–14 ёшга – 0,015 дан кунига 2 маҳал, курс – 2 ҳафта ;

-магний оксиди (табл. 0,5 г. пор.) 0,1–0,2 г дан кунига 2 маҳал, курс – 4 ҳафта гача;

- натрий аденозинтрифосфат (амп. 1мл 1%ли эритмаси) 1 мл м/о №20–30;

- пиридоксин гидрохлорид (табл. 0,002; 0,01 г) 0,005–0,02 г дан кунига 2 маҳал, курс – 4 ҳафта.

5.0. Спленэктомия.

Кўрсатмалар: бемор ҳаётига хавф туғдирадиган қон оқиши, ТП нинг ўткир кечиш даврида; қонсерватив терапиянинг самарасизлигида, пурпуранинг сурункали кечишида.

Реабилитациянинг поликлиник боскичи:

1. Диспансер кузатуви – бутун хаёт давомида.
2. Профилактик эмлашлар 1 йил муддат ичида ман этилади.
3. Жисмоний тарбия дарсидан 6–12 ойга озод этилади.
4. Тромбоцитопения 3 ой сақланса, ногиронлик расмийлаштирилади.
5. Ман этилади: УФО, дезагрегантлар, эҳтиёткорлик билан тавсия этилади – нитрофуран, пенициллин қаторидаги ҳамда антигистамин препаратлар.
6. Фитотерапия: гемостатик таъсири бўлган доривор ўтлар Гипоаллерген парҳез, оқсил физиологик нормада.
7. Кўрсатма бўйича (тромбоцитларнинг камайиб бориши кузатилса) 4- пунктда курсатилган препаратлар.

ИДИОПАТИК ТРОМБОЦИТОПЕНИК ПУРПУРА БЎЛГАН БОЛАЛАРНИ ДИСПАНСЕР КУЗАТУВИ ВА РЕАБИЛИТАЦИЯСИ НАЗОРАТИ

Мутахассислар кўриги	Шифокор 3–6 ойда 1 марта, гематолог – 3–6 ойда 1 марта, стоматолог, ЛОР йилда 2 марта, хирург – спленэктомияни ҳал қилиш учун.
Кўрувда аҳамият беринг	Шикоятлар, умумий ҳолат, ҳуруж тезлиги ва оғирлик жихати, криз вақтида геморрагик синдромнинг кечиши, ички органларга қон қуйилиши билан боғлиқ янги симптоматика, жигар, кораталок ҳолати, қўзғатувчи омиллар.
Қўшимча текширувлар	Умумий қон таҳлили- тромбоцитлар сони билан, қон қуйилиш вақти, қон кетиш вақти 1–3 ойда ҳар 2 ҳафтада 1 марта, кейин 9 ойда – ҳар ойда, кейин ҳар 2 ойда ва ўтказган инфекциядан сўнг, кейинчалик йилда 2 марта. Сийдик таҳлили, нажасни гижжага текшириш йилда 2 марта.
Асосий соғломлаштириш йўллари	1. Ёшига мос тартиб 2. Парҳез: консерва маҳсулотлар, колбаса, пишлоқ, какао, кофе, шоколад кабиларни истеъмол қилмаслик, гўштли овқатларни меъерида ейиш. Фойдали – тухум сариғи ва исмалоқдан тайёрланган овқат маҳсулотлари. 3. Жисмоний тарбия – 3–4 ойга озод этилади, кейин эса махсус гуруҳ.

VIII БОБ. СИЙДИК ЧИҚАРИШ ТИЗИМИ КАСАЛЛИКЛАРИ

НЕФРИТ

Нефрит - иммунологик жараён асосида ривожланадиган, буйракнинг мустақил бирламчи касаллиги бўлиб, унда гломерула ва тубулоинтерстициал компонентлар тенг жихатда намоён бўлади.

Гломерулонефрит - буйракнинг орттирилган полиэтиологик касаллиги бўлиб, унга кўпроқ коптокча интерстициясининг иммунологик яллиғланиши хос ва буйрак тўқимасининг исталган компонентида бу патологик жараён кузатилиши мумкин.

Хозирги вақтда бирламчи (ёки идиопатик) ва тизимли (ёки иккиламчи) гломерулонефритлар ажратилади.

Бирламчи гломерулонефрит буйрак тўқимасига турли хил инфекциялар, аллергия ва бошқа омиллар таъсирида ривожланади.

Иккиламчи гломерулонефрит бириктирувчи тўқиманинг зарарланиши билан кечадиган диффуз касалликларда (системали кизил югурук, Шеллейн-Генох пурпураси, тугунчали периартериит, васкулитлар, Берже касалигида, ревматизм ва б.) да кузатилади.

3.22. БИРЛАМЧИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ

ТАШҲИСОТ МЕЗОНЛАРИ

I. Анамнези:

Аллергик реакцияларга мойиллик, организм иммунологик реактивлигининг сусайиши, қариндошларда буйрак ва юрак-қон томир тизими касалликлари қайд этилиши, бошдан кечирилган стрептококкли касалликлар (тонзиллит, стрептодермия, скарлатина, сарамасли яллиғланиш ва б.) ва ундан кейин (3–4 ҳафта ўтгач стрептококкли антиген стимуляцияси) юзага келган ренал ва экстраренал клиник-лаборатор белгилари бўлган касалликлар катта аҳамият касб этади.

БОЛАЛАРДА БИРЛАМЧИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТНИНГ ТАСНИФИ

(Винницада Умумиттифоқ симпозиумда қабул қилинган, 1976)

Тури	Фаоллик	Буйрак функцияси ҳолати
Ўткир гломерулонефрит ўткир нефротик синдром билан; нефритик синдром билан; фақат сийдик синдроми билан; нефротик синдром гематурия ва гипертония билан. Сурункали гломерулонефрит нефротик тури; аралаш тури; гематурик тури;	Даврлар: 1. Бошлангич кўриниши 2. Қайтиш 3. Сурункали гломерулонефритга ўтиши	1. Буйрак функцияси бузилмаган 2. Буйрак функцияси бузилган 3. ЎБЕ (ўткир буйрак етишмовчилиги)
Ярим ўткир гломерулонефрит (злокачественный)	1. Ҳуруж 2. Қисман, ремиссия (частичная) 3. Тула клиник- лаборатор ремиссия	1. Буйрак функцияси бузилмаган 2. Буйрак функцияси бузилган 3. СБЕ (сурункали буйрак етишмовчилиги)
		1. Буйрак функцияси бузилган 2. СБЕ (сурункали буйрак етишмовчилиги)

II. Клиник мезонлар:

1. Экстраренал симптомлар касалликнинг ўткир ва сурункали кечишининг турли хил кўринишларни белгилаб беради. Бунда бош оғриғи, кўнгил айниши, қайт қилиш, қорин ва бел оғриғи симптомлари, олигурия кейинчалик полиурия билан, аллергия реакциялар ва б. кузатилади.

Шишлар гломерулонефритнинг вариантыга кура турли даражада бўлади:

- гематурик вариантда - шишлар кўп эмас, асосан, юзда; олигурик фазада, бел соҳасида, оёқларда, қориннинг олд қисмида яққол

намоён бўлиши мумкин; тезда ўтиб кетади ва улар коптокча фильтрациясининг сусайиши ҳисобига рўй беради.

- нефротикда эса - шишлар куп, таркалган, фақат юзда эмас, балки бўшлиқларда ҳам: асцит, анасарка; шишлар пайдо бўлганда олигурия кузатилади, шишлар мўътадил бўлиб, бир неча кун ичида кўпаяди; шишлар гипопропротеинемия ва онкотик босимнинг пасайиши ҳисобига ривожланади.

- аралаш вариантда – шишлар турли хил даражада (юз керкишидан то перифирик ва бўшлиқ – гидроторакс, гидроперикард, асцит каби шишларгача) бўлади ва туз-сув алмашинувининг бузилиши, гипопропротеинемия ҳисобига ривожланади.

Артериал гипертензия ҳам касалликнинг турига боғлиқ:

- гематурик турида – артериал босим бир оз (ёшига нисбатан 15–20 мм симоб устунидан кўпроқ); бу қисқа муддатда (олигурия даврида) гиперволемиа ҳисобига рўй беради. Кам ҳолларда гипертоник энцефалопатия (эклампсия) талваса, қуриш фаолиятининг ўткир бузилиши ва йўқолиши билан кечиши мумкин.

- нефротик турида – артериал босим ўзгармайди, кам ҳолларда олигурия даврида қисқа муддатда унча юқори бўлмаган гипертензия кузатилиши мумкин.

- аралаш турида - артериал босим юқори ва мўътадил ва қонуний равишда ангиоретинопатия ривожланади. Жараён оғир ва ноҳуш кечади.

III. Параклиник мезонлар:

(Сийдик синдроми ва буйракнинг зарарланиш даражаси белгиланади):

а) Сийдик таҳлили:

-гематурик турида:

-ҳар хил даражадаги гломеруляр эритроцитурия (макрогематуриядан то кўриш майдонида 10–15 та эритроцитлар бўлиши), узок муддат сақланиб, аста-секин камаяди;

-протеинурия унча юқори эмас (1г/л) ёки йўқ;

-асептик (эозинофил, лимфоцитлар) лейкоцитурия, кўпинча олигурия даврида;

-нефротик турида:

-протеинурия анча юқори (3–20 г/л гача);

-эритроцитурия (гломеруляр) ўртача. 10–20 та эритроцит кўриш майдонида, кўпроқ касалликнинг биринчи 10–14 кунда ёки умуман бўлмайди;

-асептик лейкоцитурия лимфоцит ва эозинофиллар устунлиги билан;

-цилиндрурия – ўзгаришлар протеинурия билан баравар кечади.

-аралаш турида:

-протеинурия юкори, кўпинча носелектив, 3 г/сут.дан ортик;

-эритроцитурия (10–15 та эритроцитдан то макрогематуриягача);

-асептик лейкоцитурия;

-цилиндрурия - донадор, гиалинли, баъзида терминал (одатдагидан кенг) цилиндрлар, камроқ гавдачали (хужайрали);

б) Фильтрацион клиренсни текшириш - камайиши патологик жараёнга боғлиқ.

в) Қоннинг биокимёвий таҳлили:

-протеинограмма - гипоальбуминемия юкори, нефротик ва аралаш турида α - ва γ -глобулинлар миқдори ортган;

липидограмма – нефротик турида ўткир даврида ва аралаш турида ҳамма даврларида умумий липид ва унинг фракциялари (холестерин, β - липопротеин, фосфолипидлар) кескин ошган;

-азот чиқарувчи функция – мочевино, креатинин, сийдик кислота кўрсаткичлари гематурик ва нефротик турларида, олигоанурик фазасида бирмунча ошган, аммо аралаш гломерулонефритда кескин кўтарилган ва узок муддат сақланади;

г) реабсорбцион клиренс (сув ва глюкозага нисбатан) – нормада ёки бирмунча камайган;

д) коагулограмма – ўткир даврда гиперкоагуляция белгилари.

Ташҳис эталони:

Сурункали гломерулонефрит, аралаш тури, хуруж даври, сурункали буйрак етишмовчилиги.

Даволаш

Тартиб: экстраренал белгилар якқол намоён бўлганда – 7–14 кун ўрин-кўрпа қилиб қатъий ётиш, кейин экстраренал белгилар ва макрогематурия бартараф этилгунча яна 3–4 ҳафта ётиш. Протеинурия 1 г/л гача ва эритроцитлар кўриш майдонида 30 гача бўлганда ўриндан туришга рухсат берилади.

Парҳез шишлар, гипертензия ва буйрак ҳолатига боғлиқ: ўткир гломерулонефритнинг биринчи кунларида – олигурия ва

шишларда – «енгил парҳез» оқсил ва туз чекланади. Индивидуал парҳез буюрилади – гўштсиз, творогсиз, тузсиз овқат. Гуручли ёки гречкали бўтқа мураббо ёки шакар билан, сабзавот бўтқаси, шўрваси; гренкалар, лимон шакар билан. 2–3 кундан – тузсиз ва гўштсиз овқат: оқсил 1–1,5 г/кг, ёғ 2,5–2,8 г/кг, углеводлар 13–15 г/кг, туз 0,5–1 г/сут., калория – 2000–2400 суткасига. Сурункали гломерулонефритда хуруж даврида тузсиз парҳез буюрилади: гематурик турида 1–2 ҳафтага, нефротик ва аралаш турида – 2–4 ҳафтага. Шишлар йўқолиб, АБ нормага келганда, сийдик ва қон таҳлиллари яхшиланганда парҳез кенгайтирилади. Аввал гушт кушилади, 1 ҳафтадан кейин туз (1г дан то 3г/сут). Гематурик турида парҳез тез кенгайтирилади, аммо нефротик ва аралаш турида жуда эҳтиёткорлик билан. 1,5–2 ой утгач боланинг ёшига мос равишда маҳсулотларга туз қўшилади, таркиби ва калорияси мос бўлиши керак.

Суюклик касалликнинг фаол даврида диурезга мос равишда берилади ва бошланишда диурез миқдорига 0,3–0,5 л ёки 0,25 л м² гавда майдонига кушилади. Касалликнинг бошлангич даврида витаминлар тавсия этилади: В1, Ва, Вб, РР, А, Е, В15 (поливитаминлар кўринишида булиши мумкин "Пангексавит", "Аэровит", "Олиговит", "Юникап" ва б.).

Яллиғланиш медиаторлари ва аллергия фаоллигини тусувчи препаратлар мақсадга муофик булади:

- налкротом (натрий кромоллин) – 1 капс. (0,1 г) кунига 2–4 маҳал 2–3 ой;

- кетотифен, астафен, задитен (капс, табл. 0,001 г) – 0,025 мг/кг кунига 2 маҳал, 8–12 ҳафта;

- димедрол, пипольфен, супрастин, тавегилларни қисқа курс билан алмашлаб ўтказиш (1/2 – 1 табл. кунига 2 – 3 маҳал).

1. Этиотроп антибактериал терапия: пенициллин гуруҳи препаратлари, баъзида - эритромицин, олеандомицин. Нефротоксик антибиотиклар ман этилади!

Гематурик турида – ёшига мос дозада, нефротикда доза 20 – 50% оширилади, аралаш турида – ёшига мос дозадан 20 – 30% камайтиради.

2. Кўп компонентли, патогенетик терапия гломерулонефрит даврига, огирлик даражасига, тури ва синдромига мос равишда индивидуал берилади.

2.1. Глюкокортикостероидлар.

Кўрсатма: УГН нефротик синдром билан, айниқса чўзилган кўринишда; СГН нефротик тури хуружида, ярим ўткир, зарарли гломерулонефритда.

Қарши кўрсатмалар: СГН да буйракнинг парциал функцияси кескин бузилганда; азотемияга мойиллик; ўзгармас гипертензия; СБЕ. Преднизолон (табл. 0,005 г) 1–2–2,5 мг/кг/сут. дозада берилади, максимал муддат – 4–8 ҳафта, кейин бўлиб-бўлиб, ўзгарувчан схема асосида 6–12 ой давомида берилади;

2.2. Цитостатиклар.

Кўрсатмалар: СГН нинг нефротик турида гормонрезистентлик; СГН нинг гормонга боғлиқ нефротик турининг тез-тез хуруж қилиши; СГН аралаш тури.

Қарши кўрсатма: СБЕ, анемия, лейкопения, тромбоцитопения.

- хлорбутин (табл. 2; 5 мг) – 0,15–0,25 мг/кг/сут 4–8 ҳафта мобайнида, аста-секин қувватлаб турувчи дозага ўтиб даво дозасининг 1/2 қисми 6 ой давомида берилади;

- азатиоприн, циклофосфан (табл. 0,05 г) – 2–3 мг/кг/сут. 4–8 ҳафта кейин 6 ой давомида 1/2 қисмига ўтилади.

2.3. Ностероид яллиғланишга қарши.

Кўрсатмалар: УГН фақат сийдик синдроми билан, СГН нинг гематурик тури (АБ нормада ва шиш бўлмаганда); «тўла бўлмаган» нефротик синдром (протеинурия 1–2 г/сут. дан кўп эмас, шишлар бўлмаган, лаборатор кўрсаткичлар бирмунча силжиган).

Қарши кўрсатма: гломерулонефритнинг ўта фаоллиги, ўткир ва сурункали буйрак етишмовчилигида (ЎБЕ, СБЕ).

- аспирин (табл. 0,1; 0,25; 0,5 г) – 25–50 мг/кг/сут. 3 маҳал овқатдан кейин, катталар дозасидан кўп бўлмасин, курс 4–6 ҳафта ;

- индометацин, индоцид, метиндол, ортофен, вольтарен (табл. ва капс. 0,025 г) – 1/2 терапевтик дозада, 7 кун

давомида (1–1,5 мг/кг), кейин – 2–3 мг/кг/сут., 2–4 ҳафта давомида, кейинчалик доза камайтирилиб, 3–6 ой давомида бериб борилади.

2.4. 4-аминохинолин қатори препаратлари:

Кўрсатмалар: экстраренал ўзгаришсиз фақат сийдик синдромида (окулист кузатуви остида, чунки тўр парда ва мугуз парда зарарланиши мумкин)

- делагил (табл. 0,25 г) – 5–6 мг/кг/сут., 3–6 ой давомида;

- плаквенил (табл. 0,2 г) – 4–5 мг/кг/сут., 3–6 ой давомида.

3. Антитромботик препаратлар:

3.1. Тўғри антикоагулянтлар.

Курсатма: гиперкоагуляция; қон зардобидида фибриннинг парчаланган маҳсулотлари ошган, фибриноген сатҳи камайган вақтда буйрак функциясининг тезлик билан тушиши; ДВС, шиш синдромлари, гиперлипидемия. Гепарин килинади – 150–250 ТБ/кг/сут. тери остига, қорин соҳасига кунига 2 маҳал, қон қўйилиш вақти ва коагулограмма натижалари назорат қилиб турилади. Курс давомийлиги 2–4–6 ҳафта. Гломерулонефритнинг ўткир даврида, шишлар ва буйрак етишмовчилиги бўлган беморларга гепаринни венага, электрофорез йўли билан буйрак соҳасига юбориш, тил тагига томчилаб ёки ингаляция йўли билан юбориш мумкин. Курс гепарин ҳар дозасини секин-аста камайтириб бориб тугатилади.

3.2. Антиагрегантлар.

а) Тромбоцитлар агрегациясига тўсқинлик қилувчи препаратлар:

- аспирин (2.3. қаранг);

- дипиридамол, курантил, персантин (табл., драже 0,025 ва 0,075 г) – 2–3 мг/кг/сут. кунига 3 маҳал, 2–3 ой, баъзида – 6 ойгача.

б) Эритроцитлар агрегациясига тўсқинлик қилувчи препаратлар:

- трентал, агапурин, пентоксифиллин (табл., драже 0,1 г) -

1,5–5 мг/кг/сут. 2–3 юборишда.

4. Диуретиклар.

Кўрсатма: яққол шиш синдроми ва олигурия. Кўпинча лазикс (фуросемид) берилади – 1–3–5 мг/кг/сут. 1–2 юборишда, в/и ёки м/о (амп., 2 мл 1% ли эритмаси=20 мг) 3–5 кун;

- верошпирон (табл. 0,025 г), альдактон (табл. 0,05 г ва капс. 0,1 г), практон (табл. 0,05 г) – 50–200 мг/сут., курс – 7–8 кундан 3–4 ҳафтагача;
- гипотиазид (табл. 0,025, 0,1), дихлортиазид (табл. 0,025 г) 25–100мг/сут., курс – 3–4 ҳафтагача; зарурат бўлганда шу дозада 2–5 кунда 1 марта берилиши мумкин.
- кам ҳолларда бринальдикс (табл. 0,01 г), клопамид (табл. 0,025 г), триамтерен (капс. 0,05 г), урегит (табл. 0,05 г), диакарб (табл., 0,25 г) бериледи доза индивидуал, самарадорлигига қараб танланади, курс – 1–3ҳафта ;
 - эуфиллин (табл. 0,015 г) – ичишга 0,01–0,02 г кунига 2–3 маҳал; в/и томчилаб 2,4%ли эритмаси – 1 мл/ёшига натрий хлорид изотоник эритмасида;
 - паст молекуляр плазма ўрнини босувчи (гемодез, реополиглюкин ва б.) – 5–8 мл/кг в/и томчилаб суткада 1маҳал.

5. Гипотензив препаратлар:

Доза индивидуал, АБ назоратида танланади.

5.1. Нейротроп антиадренергик препаратлар:

- резерпин (табл. 0,1 ва 0,25 мг), раунатин (табл. 2 мг) – 0,1–0,4 мг/сут.;
- изобарин, октадин (табл. 25 мг) – 10–12 мг суткада 1 – 2 маҳал;
 - метилдофа, альдомет, допегит, экибар (табл. 0,15 г) – 100 – 120 мг суткада – 2 маҳал;
 - анаприлин (табл. 0,01 и 0,04 г), пропранолол, индерал, (табл. 0,01, 0,04 г), пропранур (табл. 0,04, 0,08 г), обзидан (табл. 0,04 г), бетакеп (капс. 0,08) – 0,5 – 0,6 мг/кг.

5.2. Комбинация (фиксация қилинган) препаратлар:

- адельфан, адельфан-эзидрекс, трирезид – ёшига мос, резерпинга нисбатан ҳисобланади (0,1 мг/сут.).

5.3. Периферик вазодилататорлар:

- апрессин, депрессан, гидралазин (табл., драже 0,01; 0,025 г) 10 мг дан кунига 1 – 2 маҳал.

5.4. Ангиотензин ферменти ингибиторлари:

- каптоприл (капотен), ангиоприл (табл. 0,025; 0,05 г), тензиомин (табл. 0,05; 0,1 г), ацетен (табл. 0,025 г), катопил (табл. 0,025; 0,05; 0,1 г) – 1–2 мг/кг/сут. ичишга.

5.5. Кальций иони антагонистлари:

- верапамил (др. 0,08), лекоптин (др. 0,04; 0,08; 0,12),
финоптин (др. 0,04; 0,08), изоптин (др. 0,04), фаликард
(табл. 0,04; 0,08) – 4 ёшгача 0,02 г 2–3 маҳал; 14 ёшгача
–0,04 г дан кунига 2–3 маҳал овқатдан 30 дақиқа олдин.

6. Мембраностабилизация қилувчи ва антиоксидантлар :

- димефосфон, эссенциале, ретинол ацетат, токоферол
ацетат .

7. 4-аминохиолин қатори препаратлари: глюкокортикостероидлар
ва иммуносупрессантлар (2.4. га қаранг).

8. Иммунокоррекция.

а) СГН нинг нефротик ва аралаш турида фаолликнинг энг актив
даврида:

- лейкоцитар интерферон (амп. 2 мл ҳажмда) - интраназал еки
ингаляция 0,25 мл кунига 2 маҳал 2–3 ҳафта давомида;

- лизоцим (фл.50; 100; 150 мг) – 2 мг/кг/сут. м/о кунига 2 маҳал
ёки 2–10 мл 0,05%ли эритмаси ингаляция кўринишида 2 ҳафта
давомида (тухум оқсилени ўзлаштира олмаганда ман этилади);

б) жараён сўнгганда:

- глицирам - 1 табл. (0,05 г) дан кунига 2 маҳал, курс – 4 ҳафта
ва ундан кўп (буйрак функцияси бузи лганда тақиқланади);

- элеутерококк, пантокрин настойкалари ва б. 1 томчидан ёшига,
курс – 3–4 ҳафта ;

- продигиозан (0,005%ли эритмаси, амп. 1 мл=50 мкг) м/о 5 та
юборилади: биринчиси – 0,1–0,2 мл (препарат ўзлаштирилиши
кузатилади), иккинчиси – 0,5 мкг/кг/сут. учинчи–бешинчиси – 1
мкг/кг/сут. инъекция ораси 2–4 кун.

9.1. Сурункали инфекция ўчоғини даволаш.

9.2. Сафро ҳайдовчи (холестазда):

- аллохол - 1 табл.дан кунига 2–3 маҳал, 10–14 кун давомида;

- никодин (табл. 0,5 г), оксафенамид (табл. 0,25) – 1 табл.дан
кунига 3 маҳал, 10–14 кун;

- ксилит, сорбит, минерал сув, тухум сариғи, ўсимлик мойи
билан тубаж ҳафтада 1 марта.

9.3. Фермент препаратлари (меъда ости беши етишмовчилигида)

- фестал, дигестал, энзистал, панзинорм, панцитрат ва б. – 1 др.
дан кунига 3 маҳал овқат вақтида 10–14 кун.

9.4. Биопрепаратлар (бактисубтил, лактобактерин, колибактерин ва
б.) ичак дизбиоценозида.

БОЛАЛАРДАГИ ЎТКИР ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТДА БУЙРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИНИ ДАВОЛАШ

Парҳез: оксил ва туз чекланади, углевод ва ёғи бўлган маҳсулотлар берилади.

Гломерулонефрит терапияси касаллик турига боғлиқ ва қатъий индивидуал.

Асосий синдромлар:

Олигурия

Инфузион терапия (ҳажми умумий суюқлик ҳисобига мос булиши керак). Лазикс (фуросемид) 1–3–5 г/кг сут. (баъзида кўпроқ) вена ичига, мушак орасига, ичишга. Реополиглюкин, 10%ли глюкоза эритмаси ёки плазма, альбумин (кам ҳолларда)

Эуфиллин 2,4% 0,12–0,8 мл/кг в/и.

Трентал 3–5–8 мг/кг сут. в/и томчилаб.

Гепарин 200–500 ТБ/кг сут. в/и, т/о.

Витамин С, кокарбоксилаза в/и.

Азотемия

Инфузион терапия.

Диуретиклар.

Ишқорли ичимликлар.

Содали суппозиторийлар. (Кўнгил айнаганда, қайт қилганда меъдани содали эритма билан тозалаш.)

Ўпка шиши

Инфузионон терапия.

Кислород, спирт билан тўйинган ёки антифомсилан.

Преднизолон 1–3 мг/кг в/и.

Промедол в/и ёки седуксен м/о. ГОМК в/и аста-секин(2–3 минут давомида) 70 мг/кг 10–20%ли глюкоза эритмасида.

Жгутлар (оёқ ва қўлга).

Юрак гликозидлари (тахикардияда). Периферик вазодилататорлар.

Гиперкалиемия

Глюкоза эритмаси 20–40% инсулин билан в/и (1 ТБ инсулин 4–5 г глюкозанинг куруқ моддасига).

10%ли кальций хлорид эритмаси ёки кальций глюконат
10%ли эритмаси в/и, калий чиқарувчи диуретиклар (лазикс, гипотиазид).

Гипертензия

Дибазол в/и, м/о.

Раунатин.

Лазикс, гипотиазид ва бошқа диуретиклар.

Периферик вазодилататорлар.

Клофелин, допегит, изобарин.

Бета-адреноблокаторлар.

Ганглиоблокаторлар.

БИРЛАМЧИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ БЎЛГАН БОЛАЛАРНИ ДИСПАНСЕР КУЗАТУВИ ВА РЕАБИЛИТАЦИЯСИ

Мутахассислар кўриги	Шифокор – тўлиқ клиник-лаборатор ремиссияда 3–6 ойда 1 марта, тўлиқ бўлмаганда 1–3 ойда 1 марта; ЛОР, окулист, стоматолог йилда 2 марта, кўз зарарланганда ва аминохинолинлар билан даволанганда – окулист ойда 1 марта. Бошқа мутахассислар кўрсатма бўйича .
Кўрувда аҳамият беринг	Умумий аҳволи, шишлар, АБ, инфекция ўчоғига.
Кўшимча текширувлар	1. Умумий қон таҳлили 2–4 ҳафтада 1 марта. 2. Нечипоренко ойда 1 марта. 3. Қоннинг клиник таҳлили 2–6 ойда 1 марта. 4. Қоннинг биокимёвий таҳлили (мочевина, креатинин, холестерин, кальций, калий, протеинограмма 6–12 ойда 1 марта. 5. Эндоген креатинин клиренси – йилда бир 6. Зимницкий синамаси 3–6 ойда 1 марта.
Асосий соғломлаштириш йўллари	1. Сурункали инфекция ўчоғи санацияси. 2. Интеркуррент касалликларни даволаш. 3. Стационардан сўнг даволаш ишларини давом эттириш (куйидаги препаратлар билан): преднизолон 1–3 мг/кг сут. ҳар 3 кунда 4 кунлик танаффус билан (нажасни қонга текшириб бориш); цитостатиклар (хлорбутин, циклофосфамид, азатиоприн) ½ терапевтик дозада; курантил 5–10 мг/кг (пульс назоратида) ва фенилин (7мг/кг).

	<p>4. Гормон ва аминокислотин препаратлари билан узок муддат қувватлаб турувчи терапия (кўрсатмага мувофиқ).</p> <p>5. Фаоллик ошиши ва хуружнинг олдини олиш – 2 ҳафталик преднизолон курси (1–3 мг/кг) интеркуррент касаллик қўшилганда биринчи 2 йилда, 7–10 кунлик антибиотик курси, 2–3 ҳафталик витамин курси А, Е, В6.</p> <p>6. Симптоматик терапия – фитотерапия.</p> <p>7. Физиомуолажалар</p> <p>8. Санатория-курортларда даволаниш.</p>
Кўрув давомийлиги	5 йил камида хуруж кайд этилганда ва буйрак функцияси ўзгарганда кўрув давом эттирилади.
Профилактик эмлаш	Тўлиқ ремиссиядан сўнг 5 йил муддатга озод этилади.

3.22. ЦИСТИТ

Цистит - сийдик пуфагининг шиллик қаватидаги микробли-яллиғланиш ёки иммунопатологик жараён.

ТАШҲИСОТ МЕЗОНЛАРИ:

I. Анамнези:

Организм резистентлигининг тушиши; буйракнинг токсик (препаратли) зарарланиши, сийдик йуллари катетеризацияси; вульвовагинит; тубулопатиялар; ирсий ва орттирилган моддалар алмашинувининг бузилиши; меъда-ичак йўли дисфункциялари; қабзиятга мойиллик.

II. Клиник мезонлари:

1. Оғриқ синдроми: қовуқ соҳасида оғриқ, доимий, санчикли, пальпацияда қорин девори таранглашган.

2. Дизурия синдроми - тез- тез (поллакурия) ва кам порциядан оғриқ билан сийиш; сийдик ушлаб тура олмаслик.

III. Параклиник мезонлар:

а) сийдик таҳлили - тиниқ эмас, нейтрофилли лейкоцитурия; протеинурия, бактериурия, эритроцитурия (ўзгармаган), ясси эпителий ҳужайралари.

б) сийдикни экиш - патоген флора, кўпроқ ичак таёқчалари.

в) қон таҳлили - нейтрофилли чапга силжиган лейкоцитоз, ЭЧТ ошиши.

г) экскретор урография - тош, аномалиялар, ўсимталар.

д) цистография – қовуқ-сийдик йўли рефлюкси.

Қиёсий ташҳисот:

Вульвит, вульвовагинит, фимоз, баланит, пиелонефрит.

Ташҳис эталони:

Ўткир ўчоқли, геморрагик цистит.

ЦИСТИТ ТАСНИФИ

Кечиши бўйича : ўткир (фақат шиллиқ қават зарарланади); сурункали (шиллиқ қават ва унинг ости соҳалари зарарланади).

Майдони бўйича : ўчоқли, диффуз.

Морфология бўйича: катарал, йирингли, геморрагик, грануляр, буллёз, некторик, инкрустация бўлган.

Даволаш

1. Тартиб - ўткир даврда ўринда ётиш, кейин ётиб-туриш, ўзни эҳтиёт қилиш.
2. Парҳез – сутли ва ўсимлик маҳсулотларидан тайёрланган овқатлар.
3. Антибиотикотерапия: ярим сунъий пенициллинлар, III авлодга мансуб цефалоспоринлар: Цефазим (цефотаксим) суткада 50-100 мг/кг 2 мартага бўлиб м/о ёки т/и юборамиз, Цефограм (цефтриаксон) касаллик оғирлига қараб 20-100 мг/кг кунига 1 маротаба қилинади, Цебанекс (цефоперазон+сульбактам) – анамнезида илгари антибактериал даво олиб ва натижа бўлмаган ҳолатларда – суткада 40-80 г/кг 2 маротага бўлиниб м/о ёки т/и юборилади; ўткир даврда 5–7 кунлик курс билан ичишга ёки парентерал – нитрофуранлар (фурагин, фурадонин, фуразолидон ва б.) жараён сўнганда 3–5 мг/кг сут. 4 маҳал, 5–7 кун (ичишга, ректал, электрофорез 1%ли эритмаси қовуқ соҳасига).
4. Кўп 1,5–2 л гача суюқлик ичиш.
5. Тез-тез сийиш.
6. Кўрсатма бўйича алмашинув нефропатиялар (оксалат-кальцийли кристаллурия, уратурия, фосфатурия) коррекцияси – парҳез ва дорилар билан.
7. Маҳаллий даволаш, цистит кўринишига боғлиқ равишда:

- катарал ва геморрагикда – наъматак, чаканда (облепиха) мойи 10–15 мл дан, синтомицин эмульсияси 5 мл дан 1 маҳал №10 инстилляцияси;

- у билан биргаликда мойчечак (ромашка), эвкалипт қайнатмаси билан микроклизмалар, ҳар куни №10.

8. Физиомуолажалар: кальций хлорид билан электрофорез қовук соҳасига кун оралатиб, № 7–10; шу соҳага озокерит, парафинли аппликация №7–10, Кузнецов бўйича диадинамик тоқлар, кун оралатиб № 7–10.

9. Фитотерапия: ялпиз, сули дамламаси 2–3 ҳафта .

10. Сурункали инфекция ўчоғини, интеркуррент касалликни даволаш.

Реабилитациянинг поликлиник босқичи:

1. Антибактериал терапия;

2. Фитотерапия: доривор ўсимликлар дамламалари билан 10 кундан 2–3 ойгача.

3. Физиомуолажалар нефролог ва физиотерапевт кўрсатмаси бўйича.

4. Профилактик эмлаш – 3 йилга озод этилади.

5. Маҳаллий санаторийларда даволаниш:

- тўлиқ клиник-лаборатор ремиссиядаги цистит;

- метаболик узгаришлар ва хуруж бўлмаганда.

IX БОБ. ЭНДОКРИН КАСАЛЛИКЛАР

3.24. ҚАНДЛИ ДИАБЕТ

Қандли диабет – патологик ҳолатнинг гетероген гуруҳи бўлиб, унга абсолют ёки тахминий инсулин етишмовчилиги билан боғлиқ бўлган сурункали моддалар алмашинувининг бузилиши асосидаги гипергликемия хос.

ТАШҲИСОТ МЕЗОНЛАРИ:

1. Диабетнинг белгилари мавжуд гликемия даражаси 11,1 ммоль/л дан ошган.
2. Диабетнинг клиник белгилари бўлмаганда, диабет ташҳиси қуйидаги ҳолларда қўйилади:
 - 2 марта оч қоринга олинган капилляр қонда глюкоза миқдори 7,8 ммоль/л дан ошиқ бўлса;
 - стандарт глюкозатолерант синамада оч қоринга 6,7 ммоль/л дан ошиқ, глюкоза (1 кг гавда вазнига 1,75 г, фақат 75 г дан ошмаган) истеъмол қилгандан кейин 11,1 ммоль/л дан ошиқ бўлганда. Глюкозага толерантлик бузилганда қонда қанд миқдори оч қоринга 6,7 ммоль/л дан кам, глюкоза истеъмол қилгандан кейин эса 7,8 дан 11,1 ммоль/л гача бўлганда.

Клиник синдромлар ва уларнинг лаборатор маркерлари:

1. Гипергликемия синдромига қонда глюкоза миқдори ошиши хос бўлиб, оч қориндаги меъёрда миқдори глюкозооксиди ёки ортотолуидин услуби билан ўлчанганда 3,3 дан 5,5 ммоль/л гача бўлади ҳамда гликозилланган гемоглобин (HbA_{1c}) фракцияси 6% дан ошиши кузатилади. Клиник белгилари: овқатдан сўнг уйку келавериши ва ўткинчи кўриш қобилиятининг бузилиши.

2. Глюкозурия синдроми кўп ҳолларда гипергликемия 8,8 ммоль/л дан ошган вақтда юзага келади. Полга тушган сийдик доғи ёпишқоқ, «крахмалланган кийим» симптоми, ташқи жинсий органлар соҳасида қичишиш, полиурия, бу эрта ёш болаларда энурез билан бирга келади.

3. Сувсизлик синдроми ва электролит алмашинувининг бузилиши – полидипсия, тери ва шиллиқ қаватларнинг қуриши, тўқима тургори ва кўз косаси тонуси пасайиши, гипотония. Лаборатор белгилари: гематокрит кўтарилиши, қон зардобиди

натрий миқдори 135 ммоль/л дан, калий эса 3,5 ммоль/л дан камайиши, ЭКГ да гипокалиемия белгилари.

4. Астеник синдром энергетик очлик ва электролитларни йўқотиш ҳисобига ривожланади. Ақлий ва жисмоний қобилият сусайган, ҳолсизлик, дармонсизлик, эмоционал адинамия.

5. Оқсил камайиши синдроми энергия манбаи сифатида аминокислоталар ишлатилиши сабабли рўй беради: гипоальбуминемия, ўсиш секинлашиши, мушак дармонсизлиги, жароҳатнинг ёмон битиши, йирингли ва кандидозли касалликларга мойиллик.

6. Полигиповитаминоз синдроми: тери, соч, тирноқ трофикаси бузилади, гиперкератоз, ангуляр стоматит, глоссит, хейлоз.

7. Ёғ алмашинувининг бузилиши: инсулин етишмовчилиги натижасида ёғ тўқималарида липолитик жараённинг устунлиги гиперлипидемияга, гавда вазнининг камайишига, ксантохромияга, жигарнинг ёғ инфильтрациясига олиб келади.

8. Кетоацидоз синдроми: ёғ ва кетоген аминокислоталар утилизацияси бузилиши сабабли кетогенез жараёни кучаяди. Натижада қон зардобида кетон гавдачалари миқдори кўпаяди, сийдикнинг ацетонга реакцияси мусбат бўлади. Гиперкетонемия ўз навбатида метаболик ацидозни келтириб чикаради: лаборатор белгилари: қоннинг рН 7,3 дан паст. Клиник белгилари: нафас чиқарганда ацетон ҳиди келиши, ҳолсизлик, апатия, бош айланиши, бош оғриғи, «диабетик юз қизиллиги», юрак соҳасида оғриқ, Куссмаул нафаси, анорексия, Соркин-Альгаузен гематоренал синдроми (лейкоцитоз, нейтрофилез, протеинурия ва сийдик чўкмасида лейкоцитлар, цилиндрлар, эритроцитлар); абдоминал синдром (қоринда оғриқ).

Оғирлик даражаси диабетнинг кечиши ва асоратларнинг мавжудлиги билан белгиланади:

I даража – парҳез ёрдамида нормогликемия ва аглюкозурия бўлса;

II даража – углевод алмашинуви инсулин ва қанд туширувчи перорал препаратлар ёрдамида барқарор бўлса;

III даража – инсулин резистентлик, кетозга мойиллик ва асоратлар булиши билан белгиланади.

КАНДЛИ ДИАБЕТНИНГ КЛИНИК ТАСНИФИ
(М.И. Балаболкин, 1989)

<p>А. Диабетнинг клиник формалари:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Инсулинга боғлиқ диабет 2. Инсулинга боғлиқ бўлмаган диабет 3. Кандли диабетнинг бошқа турлари 4. Ҳомиладор аёлларда диабет (гестацион) 	<p>Б. Диабетнинг оғирлик даражаси:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Енгил (I даражаси) 2. Ўрта (II даражаси) 3. Оғир (III даражаси)
<p>В. Компенсация ҳолати:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Компенсация 2. Субкомпенсация 3. Декомпенсация 	<p>Г. Диабетнинг ўткир асоратлари:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Кетоацидоз кома 2. Гиперосмаляр кома 3. Гипогликемик кома 4. Лактацидотик кома
<p>Д. Диабетнинг кечки асоратлари:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Микроангиопатия (ретинопатия, нефропатия) 2. Макроангиопатия 3. Нейропатия 	<p>Е. Бошқа тизим ва органларнинг зарарланиши: энтеропатия, гепатопатия, катаракта, остеоартропатия, дермопатиялар ва б.</p>
<p>Ж. Терапия асоратлари:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Инсулин терапияси – маҳаллий аллергия реакция, анафилактик шок, липодистрофия) 2. Перорал қанд миқдорини туширувчи препаратлар (аллергия реакция, меъда-ичак йўли функцияси бузилиши) 	

Компенсация фазаси – диабет белгилари йўқ, жисмоний, жинсий, ақлий ва интеллектуал ривожланиш ёшига мос, гликемия даражаси 10 ммоль/л гача, глюкозурия алоҳида порцияларда 1% дан кўп эмас, липид алмашинуви меъёрда, Н₂Ас1 миқдори 1 дан 8% гача.

Субкомпенсация – гликемия 10 ммоль/ л гача, суткалик глюкозурия, озик - овқат маҳсулотининг қандли қиймати 10% атрофида, HbA1c 10% дан ошмаган.

Декомпенсация – кетозсиз, кетоз билан ва кетоацидоз билан кечиши мумкин.

IV. Параклиник мезонлар:

- гликозил гемоглобин (HbA1c) ни аниқлаш;
- қоннинг биохимёвий таҳлили: холестерин, \square -липопротеидлар, мочевино, оқсил ва фракциялари, билирубин, трансаминазалар, калий, натрий;
- эндоген креатинин клиренси бўйича коптокча фильтрациясини аниқлаш;
- сийдикнинг Зимницкий синамаси суткалик қанд ва оқсил экскрецияси ҳисоби билан;
- буйракнинг динамик синтиграфияси;
- жигар синтиграфияси;
- оёқларни реовазографияси.

Даволаш

1. Парҳез №9. Суткалик калорияда углеводлар 60%, ёғлар 24%, оқсил 16% бўлади. Нонушта, пешин ва кечки овқат кунлик калориянинг 25% ни, иккинчи нонушта, аср овқати – 10%, иккинчи кечки овқат – 5% ни ташкил қилади. Кетозда ёғлар рациондан олиб ташланади ва углеводлар фруктоза ҳисобига (1 чой қошиқда 2–3 маҳал асал) оширилади.

2. Инсулинотерапия

Суткалик инсулин дозаси:

Касалликнинг биринчи йили кетоз бўлмаганда 0,3–0,5 ТБ/кг, кейинги йили – 0,6–0,8 ТБ/кг, ўсмирларда 1ТБ/кг гача тери остига. Кун мобайнида суткалик дозанинг 50% узоқ таъсир этувчи препаратлар (хомофан, протафан НМ, хумулин Н) 2 маҳал нонуштадан олдин ва ётишдан олдин;

- 50%- қисқа таъсир этувчи препаратлар 3 маҳал нонуштадан, пешин ва кечки овқатдан олдин. Кейинчалик доза индивидуал гликемия ва глюкозурия даражаси назорати остида белгиланади.

2.2. Компенсация бўлган кетоацидозда суткалик доза 1 ТБ/кг гача қисқа таъсир этувчи препаратлар асосий берилиш вақти ўрталарида қилиниши ҳисобига оширилади.

2.3. Кетоацидоз декомпенсациясида 0,1–0,25 ТБ/кг ҳар 3–4 соатда гликемияни назорати остида қилинади.

3. Жисмоний тарбия тайёрлов гуруҳида- енгил ва ўрта оғир даражасида, шифобахш жисмоний тарбия – оғир даражада.

4.Диабет асоратларини даволаш:

4.1.Диабетик ретинопатия: а) парҳезда ёғ, асосан, ҳайвон ёғи чегараланади, липотроп маҳсулотлар (творог, сули, треска, ёғсиз кўй гўшти), мевалар берилади; б) витаминлар – кокарбоксилаза, тиамин бромид, пиридоксин хлорид, цианкобаламин; аскорбин кислота, рутин, токоферол ацетат, пангамат кальций, никотин кислота; в) анаболик моддалар – неробол, дианобол, метиландростендиол; г) ангиопротекторлар- продектин, пармидин, ангинин; д) ретинопатиянинг II–III даражасида:

-дицинон, этамзилат, доксиум, трипсин, лидаза.

4.2. Диабетик нейропатия:

а) витаминлар В1,В6, В12, кокарбоксилаза; б) глютамин кислота; в) прозерин;

г) физиомуолажалар – индуктотермия №10–12, УВЧ, ультратовуш нур билан даволаш.

4.3. Диабетик нефропатия: а) СБЕ белгиларида парҳез - оксилни 50 г/сут. гача, тузни 4–5 г сут. гача чегаралаш; б) микро-, макроальбуминурияда ангиотензин ингибиторлари – капотен, каптоприл; в) дезагрегантлар: курантил, дипиридамол, трентал, микростин; г) антиоксидантлар: токоферол ацетат, ретинол ацетат; д) диуретиклар; е) гиперкоагуляцияда гепарин 100–150 ТБ/кг/сут.

4.4 Жигар ёғ дистрофияси: а) холестеринга бой маҳсулотлар чегараланади, липотроп маҳсулотлар тавсия этилади; б) витаминлар; в) липотроп препаратлар – метионин, липой кислота, липамид; г) гепатопротекторлар: легален, ЛИВ 52, карсил, сирепар; д) сафро ҳайдовчи – аллохол, жўхори попуги қайнатмаси, никодин; е) физиомуолажа – жигар соҳасига озокерит аппликацияси, индуктотермия.

4.5. А. Кетоацидоз: парҳез, инсулинотерапия, ишқорий суюқликлар ичиш, натрий гидрокарбонат билан (300 мл) клизма, регидратация – кетозда регидрон, 0,9%ли натрий хлорид эритмаси ичишга, декомпенсацияда вена ичига; витаминотерапия, гипокалиемида – панангин, аспаркам.

Б. Кетоацидотик кома: а) инсулин қисқа таъсирли м/о ёки в/и 150–300мл Рингер ёки натрий хлорид 0,9%ли эритмасида 0,1 ТБ/кг дозада; б) ошқозонни ювиш 5%ли натрий гидрокарбонат эритмаси билан меъдани якунида 100 мл эритма меъда ичида қолдирилади;

в) кислородотерапия; г) 4% натрий гидрокарбонатни 300мл илик эритмаси клизма қилинади; д) биринчи соатларда 0,9%ли натрий хлорид эритмаси 37 С даражасигача иситилган ҳолда 20 мл/кг ҳисобида венага юборилади, унга кокарбоксилаза 100–200мг. 5 – 5 мл аскорбин кислота қўшилади; е) инсулинотерапия: м/о юборилганда ҳар соатда 0,1 ТБ/кг дозада; в/и юборилганда 0,1 ТБ/кг/соат (ёки 0,2 ТБ/кг/соат дозагача кўпайтириш мумкин) дозада суюқликка қўшилади. Гликемия 14 ммоль/л гача тушганда инсулин миқдори 0,05 ТБ/кг/соат гача камайтиради. Гликемия 10 ммоль/л гача тушганда тери остига 0,1–0,25 ТБ/кг ҳар 4 соатда ҳисобида қилинади; ё) инфузион терапия: суюқлик миқдори 50–150 мл/кг/сут. 1 ёшгача болаларда суюқликка бўлган ўртача эҳтиёж суткасига 1000 мл, 1–5 ёшда – 2000 мл, 10–15 ёшда – 2000–3000 мл. Биринчи 6 соатда суткалик миқдорнинг 50%, кейинги 6 соатда – 25%, қолган 12 соатда 25% юборилади. Гликемия 14 ммоль/л дан ошиқ бўлганда Рингер ёки физиологик эритмаси, кам бўлганда – Рингер ёки физиологик эритма 5%ли глюкоза эритмаси билан 1:1 нисбатда юборилади. рН 7,2 дан паст бўлганда натрий бикарбонат 2,5 мл/кг ҳисобида в/и га томчилаб 1–3 соат давомида қуйилади. Гипокалиемида даво бошланганидан 2–3 соат ўтгач 10%ли калий хлорид – 1,5–3 мл/кг юборилади. ж) гипотония ва шок белгиларида 5%ли альбумин, ёки плазма ўрнини босувчи эритмалар 10–20 мл/кг ҳисобида; 10% ли кофеин эритмаси (0,5–1 мл), 1% мезатон билан (0,15–0,6 мл) алмашиб ҳар 3–4 соатда берилади; з) цианкобаламин, пиридоксин; и) антибиотиклар ёшига мос дозада 7 кун давомида.

5.1. Постинъекцион гипертрофик липодистрофияда – уқалаш, индуктотермия, ультротовуш.

5.2. Гипогликемияда: енгил ўзлаштириладиган углеводлар (1–2 бўлак қанд, асал – 1–2 чой қошиқ, оқ нон – 50 г); хушсиз бўлганда 40%ли глюкоза в/и га 80 мл гача тез юборилади; агар ҳушига келмаса 0,1% ли адреналин 0,5 мл тери остига; глюкагон (фл.0,001г) м/о 1 мг; преднизолон в/и 1мг/кг 300 мл 5% ли глюкозада; ҳушига келса – бўтқа, картошка пюреси.

ҚАНДЛИ ДИАБЕТИ БЎЛГАН БОЛАЛАРНИ ДИСПАНСЕР КУЗАТУВИ

	Инсулинга боғлиқ қандли диабет	Глюкозага толерантликнинг бузилиши	Қандли диабетга тасдиқланган хавфи бўлган гуруҳ
Мутахассислар кўриги	Эндокринолог ҳар ойда, окулист, стоматолог, фтизиатр 6 ойда бир марта	Эндокринолог 3 ойда бир, окулист 6 ойда бир марта	Эндокринолог йилда бир марта
Кўрувда аҳамият беринг	Умумий ахволи, гавда вазни, диабет симптомлари, гипогликемия, инсулин қилинган ўрни, жигар, жинсий ривожланиш, қизларда вульвит, овқатланиш тартиби, парҳез, инсулин инъекцияси техникаси	Жисмоний ривожланиши, айниқса гавда вазни, диабет белгилари, тери, шиллик қаватлар (чипқон, вульвит), жигар ҳолати.	Глюкозага толерантликнинг бузилишида бўлганидек
Кўшимча текширувлар	Гликемияни ҳафтада 4 марта (оч коринга), тушликдан, кечки овқат-дан ва уйкудан олдин 7–10 кунда бир. Сийдикда қанд ва ацетон 3та порцияда: 1-порция соат 9–14 гача	Базал гликемия, суткалик сийдикда қанд, глюкозага толерантлик тести ойда бир. Базал гипергликемия бўлса овқатдан 2 соат ўтгач гликемияни аниқ-лаш	Худди шулар

	2- 14–19 гача 3- 19–9 гача, конда холестерин, НьАс1 6 ойда бир, Манту синамаси йилда 2 марта		
Асосий соғломлаштир иш йўллари	Парҳез- инсулин- витаминотерапия, липотроп препаратлар, шифобахш жисмоний тарбия, инфекция ўчоғини, интеркуррент касалликни даволаш, санатория- курортларда даволаниш	Худди шулар	Парҳез билан даволаш
Диспансер кузатув самарадорлиг и	Боланинг яхши хис килиши, углевод алма- шинувининг максимал нормага келиши, гипо-гликемия ва кетацидоз йўқлиги, НьАс1 10% дан кўп эмас, жисмоний ва жинсий ривожига ёшига мос, томирларда асорати йўқлиги	Глюкозага толе- рантлик тести нормада, қайта ўтказилган тест яхши чиқса 1 йил-дан сўнг кузатув тўхтатилади	Худди шулар
Кўрув давомийлиги	Доимий	КД га ирсий мойиллик бўлса, доимий	Ирсий мойилликда доимий

3.25. ГИПОТИРЕОЗ

Гипотиреоз - турли касалликлар натижасида калқонсимон без функциясининг патологик равишда сусайиши ҳисобига юзага келадиган синдром.

ГИПОТИРЕОЗ ТАСНИФИ

I. Юзага келиш вақти бўйича:

- A) туғма;
- B) орттирилган.

II. Зарарланиш даражаси:

- A) бирламчи (калқонсимон без зарарланганда);
- B) иккиламчи (гипофиз зарарланганда);
- B) учламчи (гипоталамус зарарланганда).

III. Гипотиреозни оғирлик даражаси:

- A) енгил;
- B) ўрта оғирликда;
- B) оғир.

ТУҒМА БИРЛАМЧИ ГИПОТИРЕОЗ

I. Анамнези:

Ҳомиланинг ҳаракатланиш фаоллиги сусайган, муддатидан ўтиб туғишлик, чақалоқнинг дастлабки вазни катта бўлиши (4000 г атрофида) киндик қолдиғи тушиши кечикади, физиологик сариқлик ҳам давомли, эмизишда қийинчилик, иштаҳа пастлиги, ютиш қийинлиги, гавда вазни ортиши ва бўйнинг ўсиши орқада қолади, қабзият, кўп ухлаш, ҳолсизлик.

II. Клиник мезонлар:

1. Терининг трофит ўзгариш синдроми: тери қалин, дағал, қуруқ, оч сариқ рангда (каротинемия ҳисобига), мармар чизгилари билан, қипикланиш ва ушлаганда совуқ. Юз, қовоқ, тилнинг шишиши, кўз ёриғининг кичрайиши, бурун усти суягининг яссиланиши, умров ости соҳасида, товонда ва қўлнинг юза қисмида ёстиқча каби шиллик шишлар (муциноз), тери ости ёғ қатламларининг ҳам шиши кузатилиши мумкин. Соч қуруқ, синувчан ва тўкилишга мойил, бошнинг соч соҳаларида пешана, қовоқларда терининг себореяси. Тирноқлар синувчан, ёриқлар билан, секин ўсади.

2. Висцерал ўзгаришлар симптомокомплекси: юрак товушлари сустлашган, брадикардия. АБ систолик ҳисобига

пастлашган. Юрак чегаралари кенгайган. Юрак туғма нуқсонларини эслатувчи систолик шовқин, специфик даво натижасида йўқолади. Нафас стридорли, «хуррак» сингари, оғиз атрофи цианози, юқори нафас йўлларининг катарал яллиғланишга, ўчоқли зотилжамга мойиллиги. Товуш пайлари, тил ва лабларнинг қалинлашиши ҳисобига овоз паст, бўғиқ.

3. Мушак гипотонияси симптомокомплекси: қорин катта, туртиб чиққан, киндик чурраси ва тўғри мушакларнинг ажралганлиги билан, бел лордоз, думба соҳаси туртиб чиққан ва тизза ярим букилган. Кўпинча қабзият ва метеоризм кузатилади.

4. Психомотор ривожланишда орқада қолиш симптомоком–плекси: эмоционал-руҳий соҳада бузилиш, болалар пассив, одамови, фикр юритиши секинлашган, атрофга аҳамиятсиз. Бошини тутиши, ўтириш, юриш ва нутқнинг пайдо бўлиши кечикади. Даволанмаганда интеллектнинг олигофрения даража–сигача бузилиши кузатилади.

5. Ўсиши ва суяк тизими ривожининг орқада қолиши: скелетнинг инфантил пропорцияси, хондродистрофияга яқин: узун суяклар қалин, калта, юз соҳаси суяклари ривожини орқада қолади (бурун усти суяги яссиланган, кенгайган, бурун калта ва кенг, икки куз орасидаги масофа кенгайган – гипертелоризм). Катта ликилдоқ узок муддатгача битмайди, тишлар кеч чиқади.

6. Жинсий ривожланишда орқада қолиши: тухумдон ва бачадон дисфункцияси, тухум гипоплазияси, жинсий безлар ривожини орқада қолади, гипогликемияга мойиллик.

III. Параклиник мезонлар:

а) қон зардобиди ТТГ, тироксин-Т4, трийодтиронин-Т3 миқдори пасайган;

б) рентгенограммада - билак-кафт усти бўғими- скелетнинг суякланиш нуқталари ривожини орқада қолган, эпифизар дисгенез; в) ЭКГ - Р, R тишчалар вольтажининг пастлиги, Т тишчанинг инверсияси, ўтказувчанликнинг сусайиши, синусли брадикардия;

г) Ахиллов рефлексининг вақтининг чўзилиши (30 сониядан кўп);

д) қоннинг биохимёвий таҳлили – гиперхолестеринемия, зардоб темири, микроэлементлар, витаминлар миқдори камайган;

е) қоннинг умумий таҳлили – анемия лимфоцитоз.

Иккиламчи- учламчи туғма гипотиреоз.

Кўпроқ пангипопитуитаризмни намоён бўлиши. Бунда интеллектнинг орқада қолиши ва гавда тузилиши диспропорцияси

кузатилмайди. Зардобда Т3 ваТ4 паст, аммо ТТГ нормада ёки паст. Бошқа белгилари худди бирламчи гипотиреозга ўхшаган.

Орттирилган гипотиреоз

Интеллект сақланган, юқорида келтирилган белгилар яққол намоён бўлмайди.

Қиёсий ташҳисот:

Рахит, Даун касаллиги, хондродистрофия, церебро-гипофизар нанизм, туғма жароҳат, турли генезли сариклик билан ўтказилади.

ДАВОЛАШ

Тиреоид гормонлар индивидуал танланган дозада:

- L- тироксин, ТИРО-4 (табл. 0,05; 0,1; 0,2 мг) эрталаб оч қоринга 25–50 мкг/сут. дан бошлаб, доза кўпайтириб борилади.
- тиреоидин (табл. 0,05; 0,1 г) – эрта ёшдаги болага 10–15 мг/сут., катта ёшдагиларга 30–40 мг/сут. ҳар ҳафтада 10–15 мг га кўпайтирилади;
- трийодтиронин (табл. 20; 50 мкг) – бошланғич доза 5 мкг, ҳар 2–3 кунда 5 мкг дан кўпайтирилади;
- тиреотом.

Мундарижа

I қисм. Бирламчи тиббий ёрдамни ташкил қилиш

- 1.1. Оила тиббиёти асослари. Оилавий поликлиника ва қишлоқ врачлик пунктида ишни ташкил қилиш. Қўлланиладиган ҳужжатлар. Касаллик варақаси.....4
- 1.2. Профилактика. Профилактика турлари.
Соғлом болаларни диспансер кузатуви. Саломатлик гуруҳлари. Саломатлик. Холатини баҳолаш..... 13
- 1.3. Консултация..... 17
- 1.4. Иммунопрофилактика. Режалаштириш ва бажариш21
- 1.5. Болаларни болалар муассасига ва мактабга тайёрлаш. Мактабга қабул қилиш, олдидан болаларнинг ақлан етуқлигини баҳолаш29
- 1.6. Реабилитация бўлимини ташкиллаштириш31

II қисм. Эрта ёшдаги болалар касалликлари

Диатезлар

- 2.1. Экссудатив-катарал диатез.....37
- 2.2. Лимфатик-гипопластик диатез40
- 2.3. Нерв-артритли диатез42
- 2.4. Рахит45
- 2.5. Спазмофилия.....51

Мальабсорбция синдроми

- 2.6. Муковисцидоз.....54
- 2.7. Целиакия.....56
- 2.8. Дисахаридлар етишмовчилиги57
- 2.9. Камқонлик.....59

Бронхитлар

- 2.10. Ўткир бронхит68
- 2.11. Обструктив бронхит.....70
- 2.12. Бронхиолит.....72
- 2.13. Пневмония (зотилжам). Ўпканинг уткир яллигланиши73
- 2.14. Туғма юрак нуқсонлари.....77

III қисм. Катта ёшдаги болалар касалликлари

I боб. Нафас органлари касалликлари

- 3.1. Сурункали пневмония.....88
- 3.2. Сурункали бронхит92
- 3.3. Плеврит.....94

3.4. Бронхиал астма	97
II боб. Овқат хазм қилиш органлари касалликлари	
3.5. Сурункали эзофагит	104
3.6. Сурункали гастрит	107
3.7. Сурункали гастродуоденит	109
3.8. Меъда ва ўн икки бармоқ ичакнинг яра касалликлари .	112
3.9. Сурункали панкреатит	117
3.10. Сурункали энтероколит	121
III боб. Жигар ва ўт ажратувчи тизим касалликлари	
3.11. Ўт йўллари дискинезияси	126
3.12. Сурункали холецистит (холецистохолангит)	129
3.13. Сурункали гепатит	132
IV боб. Юрак-қон томир касалликлари	
3.14. Ревматизм	138
3.15. Аритмия	141
3.16. Вегето-томир дистонияси	144
V боб. Бириктирувчи тўқиманинг зарарланиши билан кечадиган диффуз касалликлар	
3.17. Системали қизил югурук	153
3.18. Ювенил ревматоид артрит	160
VI боб. Артритлар	
3.19. Реактив артрит	166
VII боб. Геморрагик касалликлар	
3.20. Геморрагик васкулит	171
3.21. Тромбоцитопениялар	176
VIII боб. Сийдик чиқариш тизими касалликлари	
3.22. Бирламчи гломерулонефрит	181
3.23. Цистит	192
IX боб. Эндокрин касалликлар	
3.24. Қандли диабет	195
3.25. Гипотиреоз	203

Буюртма № 60. Адади 100 нусхада.
Келишилган нархда.

Босмахона манзили: ООО «GEO FAN POLIGRAF» 100170, Тошкент,
И. Мўминов кўчаси, 13-уй.