

Ўзбекистон Республикаси
Соғлиқни сақлаш вазирлиги
Самарқанд давлат тиббиёт институти



БОЛАЛАР КАСАЛЛИКЛАРИ

Тиббиёт институтиларининг педиатрия
факултетлари талабалари учун ўқув қўлланма

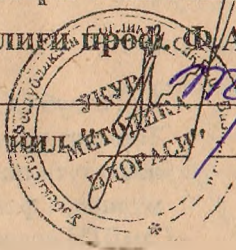
Тошкент – 2001

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни Сақлаш
Вазирлиги
Самарканд Давлат тиббёт институти

"Тасдиқлайман"

Ўз.Р.ССВ Кадрлар, фан ва ўқув
Юртлари бош бошқармаси
Бошлиғи проф. Ф.А.Акилов

2000

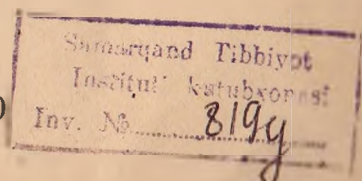


13 май

БОЛАЛАР НАФАС ОЛИШ АЪЗОЛАРИНИНГ
КАСАЛЛИКЛАРИ ВА РЕСПИРАТОР
АЛЛЕРГОЗЛАР

Тиббиёт институтлари педиатрия факультетлари
талабалари учун ўқув кулланма

Тошкент – 2000



ТУЗУВЧИЛАР:

Ж.ЭШКОБИЛОВ

- СамДТИ педиатрия факультети
2-УАШ кафедраси мудири, т.ф.д.,
профессор

Р.САЛИМОВ

- СамДТИ педиатрия факультети
2-УАШ кафедраси ассистенти

Н.Т.ТЕМИРОВА

- СамДТИ педиатрия факультети
2-УАШ кафедраси ассистенти

ТАКРИЗЧИЛАР:

А.Т.СУЛТОНОВ

- Уш.Респуб.СССР бош педиатри,
Тошкент вилоят малакасини ошириш
институтини педиатрия кафедрасининг
мудири, т.ф.д., профессор

М.Р.РУСТАМОВ

- СамДТИ педиатрия факультети 1-УАШ
кафедрасининг мудири, педиатрия
тармоқ услубий комиссиясининг раиси
т.ф.д., профессор

Х.М.МАМАТКУЛОВ

- СамДТИ илмий кўлар буйича
проректори, 1-педиатрия кафедрасининг
мудири, т.ф.д., профессор.

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш
вазирлиги
Самарқанд Давлат тиббиёт институти

"Тасдиқлайман"

Ўз.Р.ССВ Кадрлар, вазн ва ўқув
Юртлари бош бошқармаси
Бошлиғи, д.т.и.ф. А. Ақиллов

2000 йил _____ кун _____ ой _____ йил



БОЛАЛАР КАРДИОЛОГИЯСИ
тиббиёт институти педиатрия
факультетлари
талабалари учун ўқув кўлланма

Тошкент - 2000

ТУЗУВЧИЛАР:

Ж.Э.ЭШКОБУЛОВ

- СамТИ педиатрия кафедрасининг
2-УАШ кафедрасининг мудири, т.ф.н.
профессор

Х.Н.ЛАПАСОВ

- СамТИ педиатрия кафедрасининг
2-УАШ кафедрасининг мудири, т.ф.н.

Н.Ф.ТЕМИРОВА

- СамТИ педиатрия кафедрасининг
2-УАШ кафедрасининг ассистенти

ТАКРИЗЧИЛАР:

А.Т.СУЛТОНОВ

Уз. Республикасида ОСВ бош педиатри,
Тошкент врачлар махкассини ошириш
институтининг педиатрия кафедрасининг
мудири, т.ф.д., профессор

М.Р.РУСТАМОВ

- СамТИ педиатрия факультетининг 1-

Х.М.МАМАТКУДОВ

УАШ кафедрасининг мудири, педиатрия
тармоқ услубий комиссиясининг раиси,
т.ф.д., профессор
СамТИ илмий кенгаш бундича
проректори, 1-педиатрия кафедрасининг
мудири, т.ф.д., профессор

КИРИШ

Нафас олиш аъзоларининг носпецифик касалликлари болалар касалликлари ичида етакчи урinni эгаллаганлиги учун, ханузгача педиатрлар эътиборини жалб қилиб келмоқда. Педиатрларга мурожаат қилган ҳар учта беморнинг иккитаси нафас аъзоларининг касаллиги туфайли досак хато бўлмайди.

Кейинги йилларда нафас олиш аъзоларининг касалликларини даволашда динча ютуқларга эришганлигига қарамай, бу касаллиқлар ҳозиргача кенг тарқалган бўлиб, болалар улимни тартибда етакчи уринлардан бирини эгаллаб турмоқда.

Нафас олиш аъзоларининг касаллиқларида охириги йилларда этиологик таркибида, кечинида айрим ўзгаришлар мавжуд бўлиб, кинги профилактик ва даво чораларини йнлаб шикитини талаб қилмоқда. Бу муаммоларни ечишда шуйидаги вазифаларни ҳал қилиш керак:

1. Болаларнинг уткир респиратор вирусли инфекциялар билан касалликланишини камайтириш;
2. Огир кечадиган уткир зотилжамнинг ривожланишининг олдини олиш;
3. Тез-тез қайталанадиган ва чузилган нафас аъзолари касаллиқларининг олдини олиш (чунки бундай ҳолатларда бронх-упка касаллиқлари ривожланиши мумкин).

Нафас олиш аъзоларининг касаллиқларидан болалар улимни камайтириш мақсадида тиббиёт илмининг кейинги замонавий ютуқларини кенг куламда амалиётга тадбик қилмоқ зарур. Ҳозирги айта кенг тарқалган юкори нафас йулларининг уткир респиратор ирусли касаллиқларнинг олдини олиш ва даволашга эътибор катта олиши керак, чунки куп ҳолатларда улардан кейинги зотилжам ва ошқа бронх-упка касаллиқлари ривожланиши мумкин.

Касаллик кузгатувчи омилларнинг нафас олиш тизими тропизми булганлиги, «кулай» юкиш йули (хаво-томчи устун) тусида, хамда болаларда нафас олиш аъзоларининг узига анатомо-физиологик хусусиятлари борлиги учун ханузгача бронхит касалликлари кенг тарқалган булиб, педиатрия фанининг асосий муаммоларидан бири булиб келмоқда.

Бронх-упка касалликлари болалар касалликлари орадан етакчи уринни эгаллаганлиги табиат соҳасида таълим олаётган талабалардан бу муаммоларни чуқур улаштиришларини таъқозо этмоқда.

Купгина махсус адабиятлар каторида ушбу укув-устида кулланима талабалар билимини оширишда ёрдам беради деган умиддамиз.

УТКИР ЗОТИЛЖАМ (Pneumonia acuta)

Пневмония (зотилжам) деб (латинча pneumo - туқимасининг яллиғланишига айтилади. Пневмония болта организмда ва хаво алмашинувининг кескин бузилиши билан кечадиган оғир касалликдир. Бу касаллик айниқса эрта ёшдаги болаларда учрайди, хамда аксарият холларда хар кил асорталар билан кечиди. Эрта ёшдаги болаларда учрайдиган нафас олиш аъзолари касаллигининг 80% ни зотилжам ташкил этади. Уткир зотилжам болаларнинг улиши холлари анча камайганига карамай, хамда нисбатан юкори булиб колмоқда (0,1-0,2%). Бу куп синдроми касаллик жуда тез боланинг хайтига хаво берадиган вазият тугдириши ва шунинг учун хам унинг барча курашлари билан тиббиёт ходимлари яхши таниш булишлари ва дозим булганда болага тиббиёт тугри ёрдам курсатишлари шарт. Болаларда кузатиладиган зотилжам кечиши ва окибатлари жихатидан болаликнин хар кил даврларга фарқ килади. Бу жихатдан энг аввало чакалокларда кузатиладиган зотилжам ва пневмопатиялар, гудак болалар

зотилжам ва катта ёшдаги болаларда кузатиладиган зотилжам ва пневмопатияларни фарқ килиш жоиздир.

Этиологияси. Бундан 40-50 йиллар бурун зотилжамни антибиотиклар кенг кулланима бошлаган давргача зотилжамни асосан (60-80%) пневмококклар чиқарар эди. Улар хозирга қадар хам зотилжамнинг келиб чиқишида уз аҳамиятини йукотган эмас. Аммо 1950-йилларда зотилжамнинг ривожланиши асосан (грипп, аденовируслар ва бошқалар), стрептококклар, стафилококклар, «шартио» пайдогача таъқчалар (Афанасьев-Пфейфер таъқчалари, ичак таъқчалари) сабаб булмоқда. Зотилжам билан боғлиқ болаларда касалликнинг сабаби тарихида баъзи бир йиллар масалан, Итон омилли деб аталувчи омил, яъни вируслар ва бактериялардан фарқ килувчи омил, 10-20% холларда кузатилади. Булардан ташқари зотилжамни микроскопик паразитларини пневмоцистлар (pneumocysta Carini), амфибидомикозлар) хам зотилжам касаллигининг сабаб таси булмоқда. Хозирги пайтда энг куп тарқалган омиллар вируслар булиб, булар зотилжамни мустақил равишда келтириб чиқариши ёки уларнинг ёрдами остида туқималарда каршидик курсатиш қобилиятининг бузилиши билан бузилиши оқибатида иккиламчи тарзда микробли организмнинг юкумли омилларига курашиш қобилиятининг бузилиши билан тугма етишмаслиги билан тугилган, ёки иккиламчи тарзда шу аҳволга тушган (рахит, гипотрофия, анемия, гипоституциялар аномалияси натижасида) болаларда осонлик билан кузатишга келади ва нисбатан оғир кечади. Боланинг ортикча кузатиши хам зотилжамнинг келиб чиқишида аҳамиятга эгадир. Зотилжамнинг эрта ёшдаги болаларда купрок учраши ва уларда нафас олиш қийинчилигининг нисбатан тезрок ривожланишига мойиллик келтирувчи нафас олиш

аъзоларининг узига хос анатомик ва физиологик хусусият мавжудлиги билан боғлиқдир. Бу хусусиятларга эрта ёшда болаларда қозғаларнинг nisbatan горизонтал жойлашгани, тоқори нафас йулларининг торлиги, улардаги шиллик пардаданги тўқирларга бойлиги, кукрак кафак суякларининг эрта экилувчанлиги, хиқилдоқ ва трахея тоғайларининг nisbatan ёқинлиги кабилар кирди. Нафас олиш аъзоларининг ва фаолият жиҳатидан мавжуд бўлган хусусиятлари ҳам болаларда эчкикамга мойиллик туғдиради. Масалан, кукрак мушаклари болалардаги кучлилиги, унка туқимасидаги суюқлик (лимфотелангетатик оқим) фаолиятининг паслиги, болаларга қўқоқ олиш сочилиги куллилиги, нафас олиш марказининг гингиваллиги куллилувчанлиги кабилар жумласидандир. Юқоридagi айтилганга кўриниб турибдики, эчкикамнинг ривожлангани, унга кабилар аъзоларга боғлиқ бурлибгина қолмай, балки узини келиб чиққан келишин бил кабилар аъзолар мавжудлигига боғлиқдир.

Патогенези. Болаларда эчкикамнинг ривожлангани улар организмининг етилганлиги даражаси ва иммунобиологик хусусиятларга боғлиқ ҳолда бир катор қонунга кўра тартиб билан боради. Унка туқимасига юқумли аъзолар туғидаги уч йул орқали туғиши мумкин:

1. Хаво билан тоқори нафас йуллари орқали (аэроген) йул;

2. Қонга тушган юқумли аъзоларнинг унка туқимасига у гематоген йул;

3. Лимфа суюқлиги орқали унка туқимасига туғиши лимфоген йул билан.

Юқумли аъзолар унка туқимасига туғишга, яъни уноқлари пайдо булади, бу эса эчки камнинг навбатида унка кулли туқимасининг буртишига, аъзолаларга суюқлик туғишинингга келади.

у ҳолатда алвезолларда O_2 нинг суртилиши камайиб, натижада унинг ортидаги микдори камаяди (гипоксемия). Шу билан бир қаторда ортидаги карбонат ангидрид газини (CO_2) ни чиқариш осонлашиб, қонда унинг микдори меъридан анча кўпаяди (гиперкапния). Бу ҳақда нафас олиш регуляциясининг етишимовчилиги деган гаплар. Организмда тушланган O_2 газини нафас олиш марказига оғир таъсир қўриб, хансирашнинг кўпайиб чиқарилади. Тез-тез ва юзаки нафас олиш O_2 билан таъминланганини таъминламайди, яхшиланмайди, аксинча, унинг етишимовчилигини янада чуқурлаштирилади, натижада беморнинг яллиғ, ан атрофи, юзида кукариш (бушоз) пайдо бўлади. Айни пайтда қадаги майда қон томирлари торайиб, кичик қон айлангани натижада қоннинг айланган марказига бузилади, юракнинг унчалас қон булмаган ун юртин қон ва қон айланганини етишти даржада таъминлай олмай қолади: хансираш янада кучайиб боради, беморнинг қони қатталашади, қон томирлари қисқиб қинашади. Бу дарга келиб, организм туюнчаларида O_2 таъминлиги (гипоксия) ривожланади ва қонда алмашишнинг кескин бузилиб, қонда нордон - оғирлаш қон қилина бошлашади. Гипоксия, қон айлангани ва қон қилинашнинг бузилиши оқибатда организмдаги муҳит алмашиш (бушоз) томонга силжайди ва марказий асаб тизими жипар, юрак қон қилир, буйракнинг фаолияти бузилади. Оқибат натижасида нафас олиш тартиби бузилиши, тухтаб-тухтаб нафас олиш ва қотариб нафас олишнинг келиб чиқиши беморнинг ахволи оғир эканлигидан далоят қилинади.

Упка сегментлардан тузилган булиб, у асосан 3 та вазифани қилинади: 1. Нафас олишда иштирок этиш; 2. Иммуно-биологик нафас олиш; 3. дренаж вазифаси, яъни нафас йулларида тушланган қоннинг ёки бошқа ёт нарсаларини чиқариш вазифаси. Зотилжамда шу йулларнинг барчаси бузилади.

Зотилжамнинг кечинида гипоксемия ва гипоксиянинг -

ҳаёлияти каттадир. Зотилжамда гипоксиянинг келиб чиқиш кўлидагича ифодалаш мумкин:

Зотилжамда гипоксияни келиб чиқиши

Респиратор етишмовчилик (I-бугин)

Бронхоспазм туфайли вентляциянинг бузилиши, камишинувнинг бузилиши, кон оксигенациясининг пасайиши гипоксия

Циркулятор етишмовчилик (II-бугин)

Юрак фаолиятининг компенсатор кучайиши (тахикардия) қоринча ичининг кийинлашуви, жигранинг катталашуви.

Унг қоринча етишмовчилиги

Гемик етишмовчилик (III-бугин)

Гипоксияда эритропоэзининг ҳужайрага қарамай токсик андоз, аллергия ҳолатлари эритроцитлар умрини қисқартиришга кўмакчи кўчади, қанқонлик ривожланади.

Гистотоксикоз

Тула оқинланмаган ақсарган эритроцитлар ва андоз ферментларининг фаолиятининг қисқариши ҳужайраларда O_2 узаштирилиши кескин камалади, ақсарган эритроцитларда O_2 фарқи камалади, гликолитик жараён андоз андоз кўчади.

Клиник манзараси. Касалликнинг клиник хусусияти унинг шидда юзага келганини ва уни қанчалик кўчирган омишлар хусусиятларига боғлиқ булиб, жуда кўма-қилдир. Собик Иттифоқи тиббиёт фанлари академиясининг хайъати амал қилган фойдаланиш учун 1978 йилда Иттиқот зотилжамнинг клиник классификациясини тавсия этган

(жадвал №1). Уткир зотилжамнинг классификацияси (1978)

III	ақсарган	Оғирлик даражаси (клиник ва асоратларини ҳисобга олган ҳолда)	Кечини
	Чегараланган (учокли) бронхопневмония	Асоратсиз	Уткир

Бронх переносимости	Асоратли: токсикоз, кардиореспиратор ва циркулятор синдромлар, йирингли ва упкадан ташқарилдаги асоратлар	Чузилган
Тоз зотилжам		
Интерстициал зотилжам		

Шакллари. Отирлик даражаси (клиник ва асоратларини
обга олган ҳолда). Кечини. Чегараланган (учокли) бронхо-
пневмония.м Асоратсиз. Уткир. Сегментар бронхо-пневмония
Асорати: токсикоз, кардиореспиратор ва циркулятор синдромлар,
йирингли (упкадаги ва упкадан ташқарида) асоратлар. Чузилган
Тоз зотилжам. Интерстициал зотилжам.

Упканинг чегараланган майда қисмларида пайдо бўлувчи
(йирингли) зотилжам, одатда тумор – аксирини, қуруқ бурут, унчалик
қори булмаган иситма, болаликте инжикланишни бурун баъзан баъзан
қаниб, асосан респиратор ағдуслар билан боғлиқ бўлади. Бора-
бор касалликнинг 5-7 кунларида бошнинг ранги оқариб кунини кучайди.
Тонинг иситмаси ошади, хансирчи пайдо бўлади. Бола йиғмаганда, экинчи
қанда унинг лаблари ва оғиз атрофи куварганини кўриш мумкин.
Унчалик бу ҳолат янада кучайди. Нафас олиш дастлаб ҳар дақиқада 60-80
қомир уруш эса 140 тагача етади. Одатда, соғлом болаларда томир уруши
нафас олиш сонининг нисбати 4:3,5:1 каби бўлади, зотилжамда бу нисбат
нинг хансирраши хисобига 3:2,5:1 гача узгаради. Нафас олиш сонининг
қорак ёшдаги болаларда санани жуда осон, гудак болаларда эса бола
қаниб турган пайтларда, каттаси у ухлаб етганда бурнига фонендоскопни
қ келтириб эшитиб туриб санаш маъқул. Нафас олиш кўшимча
қакларнинг ичкарисиде болади: Бурун кирраларининг керилиши,
қоргаларо соҳаларнинг ичкарига чуқур тортиши, буйинтурук
қорчаларинг ичкарига тортииб туриши кузатилади.

Юрак урушининг товуши бироз сусайиб, унинг чуққиси соҳасиде
толик шовқин пайдо бўлади, жигар ҳам катталайилади.

Кукрак кафасини тукиллагиб уриб курганда (перкуссия) агар
илжам майда учокли булса, узгариш сезилмаслиги мум

кин. Оватда яшилланиб, каттиклашган упка тукумасынинг туғри
поркутор толушиниڭ инкаринши ва бутикрорук булиши аниқлана.
Шу билан бир катарда атрофдагы соглом упка тукумасыда
тулланиб (компенсатор эмфизема), уз нарбатнда, аксинча, хаво
илицини уриб кургандагидек гумбурлаган кучли овоз береди.

Эрта ёшдаги болаларда медалар учокли зотилжам аксинча
зошларда икки томонлама булади. Маида учокли зотилжамда
эсе рентгенологик узгариншлар аниқланади. Бундай узгариншларга
зарарланмаган кысылариниڭ компенсатор кенгайиши (эмфизема
кыleti), диффрагманниڭ юкори турени, унча йлдизи расмининڭ
аксайиши (кон томилари тилерсиниڭ), медаларда кониниڭ
туфайли), хамда упкада аниқ четиниڭ булмаган доғлариниڭ
булуши киреди.

Чегираланган (локал) зотилжам аксинчат холларда, медалар
иниڭ зарарлануши кузда тутулду.

Патогенетик эсе таъбиринڭ курамында, эсе кон таначалары
кылайганлиги (лейкоцитоз), эсефилемия (эсефилемия), эсефилемия
эритроцитлар кысайишиниڭ биринчи эсефилемиялигиниڭ курамы
Касалдиниڭ клиник белгилери купинча 10-12

рентгенологик белгиларига эсе 2-3 айда медаларда утиб кетеди.
конда, унча зотилжам.

6-8 айдадан узокда чузилайди. Аксинча, зотилжам 6-8
күрөк давом этсе у чузилган зотилжам болмакда. Зотилжам
обиде, купрөк чузиштан унча курамы, кечиншига уттайиши
данавет береди.

Белдориниڭ нафас олишини фонендоскоп билан эшитиб курамы
унча сусайган, эсе аксинча, дагаалашгани, жарангдор
пуракчали хириллешларини, айрим холларда эсе, бир
сонда, бармоқлар расида ишкариниڭда чикарадиган тову
золауучи, хамда мор устида юрганда эшитиладиган гирчиллаш
ухиши (шумайиб конган альвеолаларга хаво утиши окубатнда
булуши товуш -

спитация) садо эшитилиши хос белги хисобланади. Боланинг
храк кафаси рентгенологик текширилганда эса пневмонияни қайси
қилида эканлигига қараб, майда учоқли, сегмент ёки ултани бир ёки
ё неча булагини эгалловчи қора доғларни куриш мумкин.

Майда учоқли зотилжам асосан гудак болаларда учрайди.
Сегментар зотилжам эса хар қандай ёшдаги болаларда ҳам булиши
мумкин, аммо купрок 3-7 ёшдаги болаларда кузатилади.

Крупоз зотилжам купрок мактаб ёшдаги болаларда учраши ва
кўп даврий равишда кечиши унинг патогенези аллергия ва
иммуно-биологик хусусиятларига боғлиқ эканлигидан
қолат беради. Баъзи олимларнинг фикрича майда ёшдаги болаларда
эммококкларга нисбатан сенсибилизация (ута сезувчанлик)нинг
олиги туфайли, уларда крупоз зотилжам деярли учрайди. Крупоз
зотилжамда морфологик жиҳатдан ултанинг бир булагини ёки бир неча
булагини яллиғланади. Бу касаллик олатда тусатдан кескин боёланади,
унинг иситмаси жуда тез кутарилиб, ваража тутиди мумкин, унинг
деярли ахволи кескин узгаради, бош отриги кузатилади. Бемор
олиқнинг дастлабки кунларида ахён-ахён йуталади, балғам
куришмайди.

Крупоз зотилжам анж даврий кечишига эга булиб, унинг
кўп даври фаркланади. I давр - дастлаб яллиғланиш боёлигида
олатда кон томирларида кон айланishi кучаяди ва бу ҳолат 1-2 кун
ичра олатда (кон айланishi даври). Бу даврда яллиғланиш соҳасида
олатда олиқ шовқини сусайиб эшитилади ва доимий булмаган
спитация пайдо булиши мумкин (Krepitatio-indux);
II даврида - кизил кон таначаларининг дианепез йули билан
олатда, альвеолаларга утиши натижасида ултани тукимаси
қилиқлашади ва шунинг учун перкутор товушнинг сусайганлиги,
тиб курилганда эса шу жойда нафас олишнинг кучайиши

(бронхиал нафас) эшитилади.

Касалликнинг бу даври ҳам 2-3 кун давом этади. Беморнинг аъволи яна ҳам оғирлашиб, бурун қирраларининг керилиши, лабла утуқларининг пайдо булиши, ёнокларининг кизариши каби белгилар кузатилади. Упкада хириллашлар аниқланмайди. 3 даврда - 4-7 кун мобайнида нафас олиш яхшиланиб борилади. Бронхофония (беморнинг елкасига қафтларни қўлиб турганда нафас олиш жараёни) янада кучаяди. Беморнинг тана ҳарорати кескин тушмай йўтал кўпаяди. Упкани эшитиб қўрилганда, бир тутам ётқир бермоқлар орасига олиб ишқаланганда, келиб чиқадиган товуқ эшитиши мумкин. 4, яъни, тузаланиш даврида нам йўтал кучайиб, баъзан аъралиб чиқиши бошлайди, беморнинг тана ҳарорати муътадиллашиб, шайрофи очила боради. Аускультацияда нам йўтал кучайиб, баъзан хажмдаги нам хириллашларни эшитиши мумкин. Одатда беморнинг 3-4 ҳафта давомиди дардан фориғ бўлади. Қўриқча зотиқамнинг даво кўришларида кечини кейинги вақтларда антибиотикларни кенг қўлланганда кўришларида кам учраётган қон булиб қолмоқда. 3-4 даврда қўриқча унинг абортга ётишига кўра турлари учраб, унинг бутун бир булагини олиб ташлаш билан бир нечта сегментларнинг зарари билан аниқланмоқда. Қўриқча йилдада касалликнинг таълими яхшиланиб, уз вақтда антибиотикларнинг қўлланиши билан болаларда пневрит, упка абсцесси, тарнификация, перикондрит, менингит, остеомиелит каби жоратларнинг олдини олишнинг имкониятини бермоқда.

Интерстициал зотиқам. Асосан вируслар, пневмоцистлар, микоплазма ва замбуруглар томонидан кўрилиб, купинча чақирмоқ бода арда, улар чала тугилган булса, ёки гипотрофия, анемия ва касалданган нимжон болаларда ривожланади. Интерстициал зотиқамда беморнинг умумий аъволи жуда тез оғирлашади, кўриқчалари

керилиб, нафас олиши шовқинли булади, лаб атрофи ва юзда қўриқча кузатилади. Хуружсимон қўзилувчан, оғир йўтал келиб чиқади. Шуниси узига ҳоски, бу қолда беморнинг аъволи оғир булишига қарамадан упкада перкутор ва аускультатив ўзгаришлар камроқ топилади: нафас олиш бироз сусайган, онда-сонда нам ва дағал қўриқча хириллашлар эшитилади. Чунки асосий жараёни упканинг оралик қўшувчи туқимасида боради ва бу ҳол рентгенологик текшириш усули билан ҳам аниқланиши мумкин. Интерстициал зотиқам этиологияси омилига боғлиқ ҳолда 1-2 ҳафтадан, (хусусан пневмоцистали зотиқам) то 1-2 ойгача давом этади.

Стафилококкли зотиқам бирламчи касаллик сифатида қўриқча аъволлар упкага аэроген (бронхоген) йўл билан тушганда, ёки иккинчи касаллик сифатида бошқа аъволларнинг стафилококкли касалликларида қон орқали организмга тарқалиб, стафилококклар упка туқимасига тушганда келиб чиқади. Стафилококкларнинг бир қатор ферментлар ишлаб чиқариши кислотани (глюкуронидаза- қўшувчи ферментларни парчаловчи фермент, коагулаза, фибринолизин ва х.к.) упкага кучли патологик аъвол ҳусусиятини беради. Айна шайда стафилококкларнинг бир қатор захарли моддалар (дермонекротоксин, аъвол туқимасини парчаловчи, лейкоцидин - оқ қон таначаларини парчаловчи, энтеротоксин - ичакни захарловчи) ҳосил қилиши ҳусусияти ҳам касалликни оғир кечини олиб келади. Бундан қўриқча стафилококк пенициллиназа (пенициллинни парчаловчи) қўриқча олиб чиқара олиши уларнинг пенициллинга чидамлигини кўрсатинлади.

Касаллик жуда қисқа вақт ичида авж олиб, беморнинг тана ҳарорати кескин кўтарилади ($39-40^{\circ}\text{C}$) ранги оқариб кейинчалик қўриқча қимтир тусга киради. Бадан терисида майда кизил (петихиал) қўриқчалар пайдо булиши мумкин. Қичик ёшдаги болаларда қўриқча, ишқилиши, қориннинг дамлаши (метеоризм) кузатилади. Қонда оқ қон таначалари 1 мм^3 да 20-

40 минггача ошиб ёш нейтрофидлар сони купадди, қизиқ таначаларининг чуқуш тезлиги 40-60 мм/соатгача рентгенограммада стафилококкли зотилжам учун хос булган ушқалқасимон хаволи бушликлар аниқланади.

Болаларда кузатиладиган стафилококкли зотилжам касаллик булиб, упка йиринглаб (абсцесс), йирик йирингли бушликнинг пайдо булиши, кейинчалик бу бушликлар бушшигига очилиб, унга хаво тушиши (пневмоторакс) ва плевра йирингли яллиғланишига олиб келиши мумкин. Стафилококкли зотилжамга чала тугилган ва ушқалқ эмизикли ёшдаги болаларда камконлик, рахит, гипотрофияга учраши, зота ёшдаги болаларда булишади ва уларда касаллик купинча оғир, хилма-хил асорат билан кечади.

Аймо, зотилжамнинг келиши ва оқибатлари фақат касалликни чакирувчи аъмолларнинг хусусиятларигагина эмас, боланинг ёшига боғлиқдир.

Чакалок болалар зотилжамни хаволи касаллик ҳисобланиб, этнос аъмоллар қайси даврда балага юкнади, бу хилма-хил булади. Касалликни аъмоллар антенатал даврда (хомиладорлик бошланишидан бола тугилганига юкка болган давр) бола орган тушса, бу купинча вируслар, микобактерия булиб, асосан кон ординатал (туғилиш жараёни ва антенатал давр) ва постнатал (туғилгандан сунгги) даврларда эса купинча афас йуллари (бронхит) орқали юкади. Интранатал даврда вируслар, бактерия (стафилококк, пневмококк) омукта ва антенатал касалликни чакирувчи Боланинг тугилиши жараёнида хомилатрофида сувини юкка ушқалқнинг пучайган холда булиши, ушқалқ тукумасининг етилмаган бу касалликнинг ривожланиш хавфи бола тугилиши жараёни асфиксияга учраса, сув ютса (аспирация), хомилатрофи сувини юкка кетиб, бола тугилаётганида кийналган булса, ёинки бош ва орқани тугрук пайтида жарохатланган булса, ҳамда бола чала тугилган

никса катгадир.

Чакалоқлар зотилжамининг патогенезида нафас олишнинг етишмовчилиги, гипоксия, модда алмашувининг бузилиши, ацидоз ва тез ривожланувчи юрак-кон томир тизими фаолиятининг бузилиши асосий урин тутади. Бемор безовта, инграб нафас олади, кайсираи пайдо булади, нафас олганда бурун кирралари керилади, бургалараро бушликлар, буйинтурук чуқурчалари тортилади. Бадан тарисининг ранги оқариб, оғиз атрофлари куқиради. Бу белгилар нафас олишнинг кескин бузилганлигидан далолат беради. Чакалоқлар зотилжамининг мураккаблиги шундаки, уларда, айниқса чала тутилган улса, йутал будмаслиги мумкин, бу эса касалликнинг аниқлашми тича кийинлаштиради. Боланинг оғиздан кўтик келиб туради. Теркуссияда кумрак кафасида утканинг соғлом киемлари саркаволиги (эмфизема) хисобига дам булиб турганлиги натижасида унда буушининг гўмбурлаб энийтилиши аниқланади. Энигидаб турилганда хириллашлар умуман аниқланмаслиги, ёки онда сонда м микдорда будиши мумкин. Бузила келиб чиқадик, чакалоқларда зотилжамининг клиник манзараси кам булиб, уни аниқлашнинг узи бир ҳаммодир. Айни пайтда беморнинг ахvoli кескин оғирашади. Юрак олиши тезлашади, унинг чегаралари кенгайди, кўтар хам атталашади. Беморнинг баданида шива пайдо була бошлайди. Бу белгилар беморда торак фаолияти бузилиб, кон айланишининг етишмовчилиги юзага келганлигидан далолат беради.

Чала тутилган чакалоқларда зотилжамни аниқлаш яна хам ушкулрок: уларда аксарият холларда йутал будмайди, нимжон турганликлари туфайли тана харорати хам кутарилмайди. Аммо нафас олиш етишмовчилигининг белгилари: лаб, оғиз атрофи, юзнинг оқариши (цианоз), кийналиб нафас олиш, чакалоқ вазнининг кийиниши холларри кузатилади. Марказий асаб тизими жуда тез кайсириланиб, бола лохас булади, кайд килиш,

тартибсиз нафас олиши, хатто вақти-вақтида нафас тухтаб қолиши (апное) кузатилади. Чала туғилган болаларда ушқанда ҳар хил асорат (ателектаз, плеврит, пневмоторакс), баъзан бошқа аъзоларда касалликлар (отит, ичкалар фалажи-парези, кон ивнишининг бузилиши) билан келиб чиқадиган геморрагик белгилар) осонлик билан келиб чиқиши мумкин. Бошқа ёшдаги болаларда фақатгина ушқанчалокларда зотияжамнинг уткир даражаси 2-3 hafta, тикланиши эса 3-6 haftaгача давом этади. Чала туғилган чикалоқларда бу жараҳатда узоқроқ (4-6 haftaгача) чузиллиши мумкин.

Гипотрофия. — рақат ва камқилик билан касалланган ёшдаги болаларда зотияжамнинг асосий бир хатор ушқанчалокларига эга. Уларда кам таби ҳарорати ҳам узгартириши, кам қон бузилиши, бузилишнинг жуда кам булиши маълум. Бу табиқарини аускультацияда нафас олишнинг дээрлик узгартириши ҳам, ёки нафас олишнинг бироз бузилиши, курак кафасининг тиклиги, ҳамда умуртка атрофида майда гулбарчани ҳам хиритиланиши баъзан аниқланиши мумкин. Бундай болаларда ушқанча гулбарчани аниқланиши жараҳати нуқсонлик суст қилини манзара билан кеч хастага унинг асоратлари келиб чиққан қонини, кулинча тана харорати узгартириши қолади. Ааммо, майда — ичак, курак ва буйракнинг фасол сурати, беморнинг ахволи тез оғарлашади, боради, унинг табиқарини майда булади. Бундай беморларни баъзан куз унтингизда су борадиган шамга ушқатишади.

Эксудатив диатез (чилла-шир) билан оғриган болаларда аллергия касалликларига мойиллик бўлган оилаларда туғилган болаларда зотияжам зик нафас (bronхил астма) касаллигини эсдат белгилар мажмуи (астматик синдром) билан кечилиши мумкин. Бу беморда организмнинг умумий захарланиши (интоксикация) белгилари кучи бўлмагани ҳолда нафас олишнинг, айниқса, ичкаришнинг (экспиратор) кийинлашиб, узайганлиги кузатилади.

Катта ёшдаги болаларда зотилжам нисбатан камроқ учрайди ва сифилрок кечади; бир ёшгача бўлган болаларда зотилжам ёшдан касалланиш ҳар 1000 болага 30-100 тагача туғри келса, катта ёшдаги болаларда бу хурсатгич 12-13 марта кам яъни 5-6:1000 га тенг. Катта ёшдаги болаларда зотилжам учоқли, сегментлар ва крупоз зотилжам шаклида учраши мумкин. Юқорда келтирилганидек, крупоз зотилжам уз вақтида даволана, абортив шаклида утиши, аксинча эса унинг кечини тузилиши ва катта асоратлар (Ирибелги шварит, абсцесс, пиелонерит, перитонит ва б.к.) га олиб келади мумкин. Касаллик оғир кечган ҳолларда у ёки бу белгилар мажмуалари (синдромлар) беморлар тақдирини хал қилувчи аъзоларга айланади.

Нафас олиш фаолиятининг бузилиш зотилжамнинг асосий патогенетик омиди бўлиб, унинг 3 даражаси фарқланади. Нафас олиш фаолиятининг бузилишининг 1-даражасида бемор тунги ётган ҳолда янч қандай белги бўлмагани ҳолда, у олтин жасмоний урғун, илгаса, тезда хансраш бошланади, лаб, оғиз атрофида қукариш шакли булади. Юрак уриши тезлашади. Томир уриши ва нафас нисбати 3:1 каби булади.

Нафас олиш фаолиятининг 2-даражасида бузилишида нафас олиш одагидегич нисбатан 25% га тезлашади, юрак уриши тезлашиб, лаб, оғиз атрофидаги қукариш қупайган булади. Томир уриши тезлиги ва нафас олишнинг нисбатан 2,5:1 каби булади.

Нафас олиш етишмовчилигининг 3-даражасида нафас олиш 80% га ошган, беморнинг ранги бузариб, тупроксимон тусга кирган, оовук тер чиқаради. Артериал кон босими пасаяди, томир уришидаги нафас олиш сонига нисбатан 2-1,5:1 га тенг булиб қолади. Беморнинг шизоли оғир булиб, нафас олиш юзаки, тартибсиз ҳолда булади. У вақти-вақти билан тухтаб қолиши мумкин. Тананинг юқори қисмидаги вена кон томирлари, айниқса буйин веналари буртиб чиқили, қукариш беморнинг бутун танасига тарқалади, унинг кул ва обқлари

Shawqand Gibbivot
Institut kutubxonasi
Inv. №

сони бошлайди. Уткир зотилжамда кузатиладиган нафас олиш фаолиятининг клиник-тахлилий белгилари №2 жадвалда келтирилган.

Организмнинг захарланиш белгилари мажмуи (токсикоз) асосан асосий асоратларидан бири бўлиб, у марказий асаб тизими, асосан адреналин-нейротоксикоз, юрак-кон тошлар тизими фаолиятлари заъимовчилиги, интестинал (диспепсия), қуримшида илмоқ бўлиб зотилжамнинг нейротоксикоз билан асоратланиши бемор ҳаётига таъдир солуви ҳол бўлиб, унинг тақдир айна пайтда тез ва тугри ёрдам курсатиш зарурлиги бўлиб қолади.

Нейротоксикоз-зотилжамни келтириб чиқарган юқумли ағъмдан келатган ва организмда мода алмашишнинг бузилиш натижаси бўлиб қолган захарли моддаларнинг организм асаб тизимига таъдир солуви, тушмаларда дисперсиянинг яшириқлиги (гипоксисэнцефалопатия) келиб чиқади. Бу асоратда бемор таъдир солувининг кескин кузарилиши, бул-оқ, таъдир солуви билан майда ўқимлар (калкулация), оқир келиши ва беморнинг қулаб кетиши ва б.б. белгилар кузатилади. Нейротоксикознинг оғирлашиб бориши ва таъдир солуви билан жуда алмашилуви мумкин бўлган қуйидаги ўрта даврни кузатиш мумкин: гипертермия, яъни миа дизэнцефал синдромнинг токсикандроиди омиллар билан захарланиши оқимлар таъдир солуви мундоренбли турлиши бузилиб, харорат таъдир солуви вақт ичида (қушим келгани) кутурилади.

Жадвал №2

Зотилжамда кузатиладиган нафас олиш фаолиятининг клиник-тахлилий хусусиятлари (С.Ш.Шамсов, Н.Н.Шамсов, 1978).

Нафас олиш фаолиятининг 1-даража	Клиник кураши	Ташиқ нафас курсаттичлари	Кислород газли таркиби ва кислотали-щелочий муҳити
	Қисқираш тизим ҳолатида кузатиламайди, бола безомта бўлганда пайдо бўлиб, нафас олиш жарратиси қушимча мушаклар шитирок этмайдя. Шитос харорат, жойлашган бўлиб, у тугри эмес, ҳамда бола безомталганда	Нафаснинг дақиқалек ҳолати кутайган, улқаниш ҳолати, сизими, нафас жамгармаси	Тизим ҳолатида нафаснинг газли таркиби ўзгармаган, коннинг кислород билан туйлиниши 90% гача камайган (pO_2 —8.97-10.0 kPa).

жарабнда кушмича мушаклар иштирок этмайди. Цианоз перор жойлашган булиб, у тутри эмас, ҳамда бола безовталашганда пай булиб, бола 40-50% ли кислород билан нафас олганда йуқолади. Териси оқарган булади. Бемор безовта ва инжик булиб, колга Нафаснинг бир дакикалик хажми купаган, упканинг хаётий ситги нафас хамгармаси камайган.

Нафас хамжи камайган. Нафас эквиваленти кучай кислородни ишлатиш коэффициенти камайган. Тинч холатда конни гуали таржиби узгармаган, коннинг кислород билан туйиниши 90 гаича камайган ($pO_2=8,97-10,00$ кПа), лекин 40-50% ли кислород бил нафас олдирилганда у дархол олатили метьригача кутариша. Кондаги миқдори узгармаган (pCO_2 олатили индекс-5,07-5,35 кПа). Нафаснинг стивмовчилигининг 2-даражасида — хаёсираш боланинг ти колга кузатилади, нафас олиш ва чиқариш кушмича мушаклар кушмичади, кукрак нафаси эгилувчан мушакларининг текисланиши нафас олиш ва чиқариш пайтида кушмичади хириллашларни эшитилиши. Нафаснинг темир урмасига нисбатан 2-1,5:1 нисбат каби булади. Перорал цианоз, юз-куллар цианози доимий булиб, 50%ли O_2 билан нафас олдирилганда ҳам йуқолмайди, лекин бемор кислород нодирчаси ичига жойлаштирилганда цианоз йуқолади. Терининг кескин оқариши, куп терлаш, терноқларнинг оқариши. Киска мудатлик безовталиқ билан алмашилдиб турувчи ланжон кузатилади. Нафаснинг дакикалик хажми ортган. Упка хаётий ситги яна камаяди (25-30%). Нафас хажми ва резервининг 50% га камайган. Нафас эквиваленти купаеди, бу эса упкада кислород узаштириш бузилганлигидан далолат беради. Коннинг кислород бу туйиниши 70-80%ни ташкил этади ($pO_2=7,33-8,53$ кПа). Диффузактивланишининг бузилиши натавонжасида бузилишида нормокапни ($pCO_2=4,67-5,87$ кПа), вентилиацион бузилишда эса гиперкапния ($pCO_2=$ кПа дан юкори)хосил булади. Газли ва метабалик ацидоз: $pH=7,34-7,$ инжорлар таикислиги (BE) онади,

мадаги бикарбонатлар миқдори ацидознинг даражасига ва оғирлигига боғлиқ. Нафас олиш етишмовчилигининг 3-даражасида нафас олиш жуда кучли (нафас олиш одатдагидан 150% га ошган), нафас олиш тартиби бузилган, бродинос нафас дисинхрон ва адоксал тус олади. Нафас олишдаги нафас шовкичларнинг қайиши томир уришининг нафас олиш сонига нисбати узғариб қоллади. Цианоз тарқалган, шидлик пардалар ва лаблар қуқарган бўлади. 100% кислород билан нафас олдирилганда ҳам утмайди, тан ташқари терининг оқариш ва мармарсимон тусга кйриши, шок ва совук тер ажралиши кузатилади. Артериал қон босими пастга қайтади. Бемор қарақт ва оғрикка сезувчанлик пасайган. Мушаклар қўлчилиги пасайган. Айрим ҳолларда талваса синдроми ва кома кузатилади. Нафаснинг бир дақиқалик ҳажми камайган, ушнинг қўлчилиги сўлчилиги нафас ҳажми 50%дан оғрикча камайган. Қоннинг кўлчоруд билан туйиши 70% дан кам (pO_2 миқдори 5,83 кмм). Артериал компенсацияланган ацидоз рН 7,2 дан кам. ВЕ қўлсаттич 6-8 л/мин. Артериал қўлсаттич (pCO_2 9,87 кПа), бикарбонатлар миқдори ва буферлар қўлсаттичлари камайган.

Харорат $39-40^{\circ}C$ ва ундан юқорирак қўлсаттилади. Беморнинг танни дастлаб қўлсаттирок, кейин 8-25 дақиқа қўлсаттиши мумкин бўлган қўлсаттич (клоник) қўлсаттириши кузатиш мумкин. Бемор боланинг қўлсаттичи кескин оқаради. Периферик қон айланишининг бузилиши натижасида тери қўлсаттиз, оқарган ва қўлсаттир тусга қиради (мармарсимон бўлади). Бадан харорати юқори бўлишига қарамай беморнинг қўлсаттичлари совиб қолади. Бу ҳолат 4-6 соатдан 1-2 кунгача давом этиши мумкин. Агар бу аснода етарлик ёрдам қўлсаттилмаसा қўлсаттилик 2-3 кунга утади - бу давр мия тўқимасида сўлсаттилик туллана бошлайди натижасида юзага келиб, бола хушини йўқота бошлайди. Беморнинг қўлсаттич танаси тиришиб, қўлсаттиб қолади, яъни қўлсаттич титраш қўлсаттилик қолади. Бора-бора бемор бутунлай хушсизланиб қолади - бу нейротоксикознинг 3 терминал, яъни қўлсаттилик ечим давридир.

жарабнида қушимча мушаклар иштирок этмайди. Цианоз жойланган бўлиб, у тугри эмас, ҳамда бола безовталаниб бўлиб, бола 40-50% ли кислород билан нафас олганда йуқо териси оқарган бўлади. Бемор безовта ва инжик бўлиб, Нафаснинг бир дақиқалик ҳажми купайган, упканинг ҳайти нафас ҳамгармаси камайган.

Нафас ҳамжи камайган. Нафас эквиваленти кислородни ишлатиш қозффициенти камайган. Тинч ҳолатда газли таржиби узгармаган, қоннинг кислород билан туйиниш гача камайган ($pO_2=8,97-10,00$ кПа), лекин 40-50% ли кислород нафас олдирилганда у дарҳол одатага меъеригача қула. Қондаги миқдори узгармаган (pCO_2 одатагадек-5,07-5,35 кПа) оқиди, етишимовчиликнинг 2-даражасида — дансираш болани ҳолда кузатилади, нафас олиш жарағинга қушимча мушаклар қуради, курак нафаси эгилувчан танқларининг текис нафас олиш ва чиқариш пайғида ҳуштанқсимон хирилдан эвтирилиши. Нафаснинг томир уришига нисбатан 2-1,5:1 каби бўлади. Перорал цианоз, юз-қулар цианози доимий бу 50%ли O_2 билан нафас олдирилганда ҳам йуқолмайди, лекин кислород яодирчаси ичига жойлаштиришиганда цианоз йу Терисниг қасқин оқариши, куп терлаш, тириокларининг оқ Кислота мудатлик безовталик билан алмашишиб турувчи кузатилади. Нафаснинг дақиқалик ҳажми ортган. Упка ҳайти ани камайди (25-30%). Нафас ҳажми ва резервининг 50% камайган. Нафас эквиваленти купаяди, бу эса упкада қисқ ушанқларни бузилганлигидан далолат беради. Қоннинг кислород туйиниши 70-80%ни ташкил этади ($pO_2=7,33-8,53$ кПа), танқсимовчиликнинг бузилиши натанқжасида бузилишида норм ($pCO_2=4,67-5,87$ кПа), вентиляция бузилишида эса гиперкапния (pCO_2 даа юкори)ҳосил бўлади. Газли ва метаболлик ацидоз: $pH=7$ инжорлар танқислиги (BE) ошвади,

бикарбонатлар миқдори ацидознинг даражасига ва
тегишлик. Нафас олиш этишмовчилигининг 3-даражасида
кучли (нафас олиш одатдагидан 150% га ошган),
ритми бузилган, бродинос нафас дисинхрон ва
олади. Нафас олишдаги нафас шовкидларнинг
сур уришининг нафас олиш сонига нисбати узгариб
тарқалган, шиллик пардалар ва лаблар қуқарган
кислород билан нафас олдирилганда ҳам утмайди,
терининг оқариш ва мармарсимон тусга кириши,
суқ тер ажрлиши кузатилади. Артериал қон босими
қарахт ва огрикка сезувчанлик пасайган. Мушаклар
қайилган. Айрим ҳолларда талваса синдроми ва кома
нафаснинг бир дақиқалик ҳажми камайган, ушқанинг
нафас ҳажми 50%дан ортқича камайган. Қоннинг
туйиши 70%дан кам (pO_2 миқдори 5,83 кмм). Аралаш
қондан ацидоз рН 7,2 дан кам. ВЕ курсатқич 6-8,
 pCO_2 9,87 кПа), бикарбонатлар миқдори ва буферли

39-40° С ва ундан юқорирок кутарилади. Бемор
қисқарок, кейин 8-25 дақиқа чузилиши мумкин бўлган
) калтирацини кузатиши мумкин. Бемор боланинг
оқаради. Периферик қон айланишининг бузилиши
консиз, оқарган ва қуқимтир тусга киради (мармарсимон
харорати юқори булишига қарамай беморнинг қуқ
қолади. Бу ҳолат 4-6 соатдан 1-2 кунгача давом этиши
бу аснода етарлик ёрдам курсатилмаса қасалик 2
бу давр мия тукимасида суюқлик туллана бошлаши
га келиб, бола ҳушини йукота бошлайди. Беморнинг
тиришиб, котиб қолади, яъни клоник титраш тоник
Бора-бора бемор бутундай ҳушсизланиб қолади - бу
ознинг 3 терминал, яъни фожиали ечим давридир

Энди беморда хаттоки шартсиз (суриш, ютиниш) ҳам йуколади, бемор оғирликни сезмайди. Бу даврда босими пасайиб кетади. Юрак уриши секинланиб, патологик нафас олиш пайдо булади: боланинг ора-чорданиши (Биот нафаси) ёки нафас олишнинг секинлашиб бора қоллиши, бир оздан сунг эса нафаснинг аста-секин тиражаранининг такторланиши (Чейн-Стокс нафаси) ва Nicholson чуқур, аммо секин нафас олиши (Русс-Мауль нафаси) бемор охириланаётганидан дарак беради.

Кардио-васкуляр синдром юрак - кон томир фаолиятининг уткир етишмовчилиги ҳам зотилжамнинг оғир асоси биради. Бу ҳол зотилжамни оғир утказётган беморларнинг ора-чорда учрайди. Бунда беморнинг диллари, юз ва курак куракиш кескин қулайиши тургун ҳолатга утади. Хансираш қовоқ ва юзлари салқийди, юз-кузида қаршида қурқув алақашати пайдо булади. Юрак кон - томирлар фаолиятининг бемор аҳолини жуда тез ёмонлашувига олиб келади.

Интестинал (ичак) синдроми - ҳам эрта ёшда зотилжам билан оғриганда қуп учрайди. Бунинг сабаби зотилжамни чақирган юкумли омиллар томонидан зарари олата ичакда буладиган шартли - патоген микробларнинг фаолияти ҳамда ичакда иккиламчи равишда бузилишининг бузилишидир. Бунда болаларда қусиш, қориннинг дамланиши кузатилади. Бунда беморлар ора-чорда суюқлик қусиш ва ич кетиши натижада қуп микдорда бузилади: хансирашда эса соғлом болага ҳос микдорда ошган ҳар 2^о тери ва улка оркали йукотадиган суюқлик микдори икки қуп булади: хансирашда эса соғлом болага ҳос микдорда ошган нафас олишда уз вазининг ҳар бир кг га 10 мл суюқлик (ҳолбуки соғлом бола, тери ва улка оркали бир қуп суюқлик йукотади, ҳолос). Оқибатда беморнинг танаси қуриши ва вазни

кениш (эксикоз) уз навбатида модда алмашинува
курлашуви, бемор ахволининг янада оғирлашуви

Иррингли асоратлари - (абсцесс, плеврит,
ва х.к.) асосан нотутри равишда сунъий
би бола тарбияси учун конакарсиз уй-жой
ани, боланинг силласини журугувчи касалликларга
сифил, анемия ва б.к.), чала тугилган болаларда
асосиз бу асоратлар касаллик оқибатининг
оқиб булади.

Касалликни барвақт аниқлаб уз вақтида даволай
нинг кечинида катта аҳамият касб этади. Даволаш
шифохона шароитида олиб борилади мумкин
террок кениш эгтимелини хисобга олган ҳолда
асос чала тугилган, тугилган жараёнида асоратлар
жой шароити конакарсиз, ҳамда ота-оналарнинг
давиялари старли эмас, деб топилган беморларни
шифохоналарга жойлаштириши шарт. Умуман | Ёшгача
болалар зотилжамни шифохоналарда даволаш
ни. Бошқа ҳолларда зотилжамни педиатр ва тиббиёт
увчи остида уй шароитида даволаш маъқуд, чунки бу
қилдаги юкмули аъмолларни қайта юктиришдан
шу сабабли ҳам беморларни алоҳида боксларга
айни муддао. Шифохонада хоналар беморлар билан
қилиши, ҳамда зотилжамнинг этиологияси ахсарият
хисобга олиб бир биридан юкмаслиги учун кунига
ларнинг бурнига интерферон томизиб туриши лозим.
даволаш иши бемор организмнинг узига хос
хисобга олиш ва айни пайтда касалликнинг кечини,
назарда тутган ҳолда ҳуш киррали булмоғи лозим.
ланнинг парвариши ҳам зотилжамни даволашда

мушми ахамиятга эгадир. Несик иклим шаронтида, айниқса, ёз пай- суюклик микдори 10-20% га оширилиши лозим.

Зотилжамнинг кечишида асосий курсаткич булган н фаолиги этишмовчилигини I даражасини даволаш учун акса- колларда хонанинг хавосини кунига 4-5 марта - хонада хаво харо- 18-20°C гача пасайгунча шамоллатиш етарли булади.

Нафас олиш фаолиятининг бузилиши II-III даражаларид- хаво таркибидagi кислород микдори 30-60 % булгунча бойит- беморга берилadi. Намланган (сув, эфирг оркали утказиш) Кислородни Бобров ашарати оркали кидлатиш кенг куллани. Кислородни болага кислород маддиасида ёки бошқа кислор- утчаб утказурчи асбоб ёрдамида берилиш шубхасиз яхши на- бериadi. Бундан ташқари, беморнинг йирикка ётиш вазиятини, вақти билан алмаштириб, лозим бўлса, нафас йулларини ё- ёрдамида шилтимики, мўлдалардан ташқаб туриш ҳам мухимдир.

Нафас олишмовчилигин даволашда боланинг умумий а- томонида монетлик бўлмаса (яъни, зотилжамнинг оғир асоре- бўлмаса), тоза хавога сайр килдиришнинг ахамияти каттадир. калдани хаво хароати 18-15°C булганга бошлаб, кейинчалик 1-2°C дегунча булган шаронгда ва ундан келтириш кам мослаштириб б- вақур. Ёли, 3-12 ойлик болаларнинг хаво хароати -5°C дан, 1- болаларни эса -10°C дан оғир булган колларда сайр килдириш му- ёрдамида асирати амалларда болани эканлигини хисобга- касаллик амилланган заротиб, антибиотиклар тайинланади. Антибиотикни куллаш алий муддао эканлигини билиш, этиологик омилни ва унинг антибиотикларда сезувчанли- аниқлаш лозим. Бу эса 2-3 кун вақт талаб этади. Шунинг учун даволаш аксарият кенг кулланда таъсир курсат- антибиотиклардан бошланади. Аммо баъзан касаллик манзара- эпидемиологик вазиятдан келиб чикиб, тахминан этиологик ом- мулжал килиш ва

антибиотиклар билан даволаш қомдаларидан бири — бола организмда бу дорига ута сезувчанлик йуклигига ишонч ҳосил қилинганча, антибиотиклар тайинланади. Айрим антибиотиклар ушунинг ҳусиятлари туфайли эҳтиёткорлик талаб этади. Масалан, птомицин, канамицин, мономицин эшитув аъзолари ва буйрақларга етказилади, шунинг учун улар эрта ёшдаги болаларни даволашда ишлатилмаслиги лозим, шунингдек, мликдан қон ишлаб чиқишни пасайтирувчи левомидитинни чақалоқларни даволашда ишлатиш номақбулдир. Ҳозирги пайтда болаларни даволашда зарарлик булганлиги туфайли тетрациклинлар амалда ўз қиятини тулик йукотди.

Даволашдан натижа яқин бўлиши учун антибиотикларни энг охирида 5-7 кун, аммо қупи билан 10-14 кундан овирмасдан қулдан олиб чиқилмак. Агар касаллик оғир кечётган бўлса, дориларни мушак орасига ёки вена қон томирига юбориш, касалликнинг энгил шаклларида эса ишлатишга буъюртилиш лозим. Касаллик оғир, асоратли кечётган ҳолларда энгил антибиотик омухта ҳолда ишлатилиши маъсадга мувофиқдир. Антибиотиклар омухта ҳолда қулдан қилганда уларнинг ўзаро таъсири ва таъсирига олиниши керак. Шундай қилинмаса, омухта ишлатилган антибиотиклар ўзаро таъсирига кучайтириб, беморга ам урнига зарар етказиши мумкин.

Антибиотиклар зотилжамин чақирган юкумли аъзолга таъсири билан бир қаторда, организмдаги одатдаги микроорганизмларнинг ҳозанатини бузиб, дамбуруглар (кандидоз) ривожланмаслиги учун энгил пайтда нистетин (50-100 миңг бирлик қунига 3-4 марта) ёки флюорин (80-100 миңг ТБ.) тайинланса макул булади.

Зотилжам энгил ва ўрта оғирликда кечётган бўлса, 1-1,5 дан ошган болаларни сульфаниламид дорилар билан даволаш маъқулдир. Энг яқиниси 3 ёшгача булган болаларга қунига вазиининг бир кг га 0,2 гр дан, каттароқ

Бундагиларга эса кунига 2-3 гр дан сульфадимезин ёки сульфадиазол 4-5 мартага булиб, 8 соатлик туни танасус билан 5-6 кун тайинланадир. Сульфаниламидлар билан даволанганда, болага кун суяклик ичириш лозим. Бу дориларнинг антибиотиклар билан осу хонда ишлатиш мумкин. Сульфаниламидларнинг узок вакт тасо килувчи турлари (сульфадиметоксин ва сульфамонетоксин) кун атига бир марта: 1 кун 0,025 гр/кг, кейинчалик эса 0,0125 гр микдорда тайинланади. (жалвал). Бу дорилар, айни антибиотикларга булган ута сезувчан беморларни даволаш учун ку кулланади.

Зотилжамни даволаш жараёнда нафас олиш фаолияти ташкари бошқа аъзоларнинг фаолиятига ҳам жиддий эътибор тал киласиз. Касаллик оғир, асоратли хонда холларда боланинг та харорати юкори булса, уни алонгоч ичириб куйиш, баланинг 40 % сирт эритмаси билан ишланмаздан артани, бунин ва сон соласид. Ёрик кон темирларининг устига юнга буюмга уралган муз кунт фойдалидир. Бундай жайда аминотурининг 4 % эритмасидан 0,1 мг/кг, 50% ли аминотурининг эритмасидан боланинг хар бир ёшига 0,1 дан ёки аминотурининг 2,5 % ли эритмасидан (1-2 мг/кг) мушак орасига юборилади. Агар болага таласа белгилари булса 0,5 % седуксен (0,3-0,5 мг/кг) мушаклар орасига ёки 20 % натрийоксидбутират (ГОМК) - 0,05 - 0,1 гр/кг микдорда тайинланади. Шу мақсадда хлоралгидрат ва аминазин кам ишлатилади. Таласи оғирроқ аксарият бош чаног ичидаги суюклик босими ошганда туфайли келиб чиқади, шунинг учун суюкликка хайдаш максали магний сульфатнинг 25 % эритмасидан 0,2 мг/кг ёки лазиксининг эритмасидан 2-3 мг/кг дан мушак орасига юбориш яхши нати беради. Нейротоксикоз ривожланганда боланинг умумий ахволи ани оғирланади ва бу хол кечиктириб булмайдиган муолажади утказилгани талаб этади. Бундай пайтда беморга аввало седатив кам таласога карши дорилар кулланилади. Агар улар

олича ёрдам бермаса, ганглиоблокаторлар ишлатилади: бир кунча булган болаларга 5 % ли пентамин 2-4 мг/кг, 1 ёшдан катта болаларга эса 1,5-2,5 мг/кг дан тайинланади. Бундан ташқари мақсадда арфонатнинг 0,5 - 1% ли эритмасидан 1,5-3,5 мг/кг дозорида тайинланади. Оғир ҳолларда гликокортиконд гормонлар ишлатилади - преднизолон 3-5 мг/кг дан вена кон томирига ишлатилади.

Агар беморда астматик синдром белгилари кузатибса, синдром, супрастин, эуфилин тайинланиши лозим. Аксарият ҳолда астматик препаратлар эфедрин ва эуфилин билан бирга ишлатилади:

Медроз	Пивальфен (г)	Эфедрин (г)	Эуфилин (г)
2 ой	0,01	0,006-0,008	0,012-0,015
ёш	0,012	0,008-0,01	0,02
ш	0,015	0,01-0,015	0,03-0,04

СУРУНКАЛИ ЗОТИЛЖАМ

Сурункали пневмония деганда, ушканинг носпецифик сурункали илганиши тушунилиб, унинг асосида бронх-ушк тизимидаги тас морфологик узгаришлар (бронхлар деформацияси, эмосклероз) ётади, ҳамда у клиник жиҳатдан вақти-вақти билан қайталаниб турачи бронхлар ва ушканинг ялигланиши билан кечадиган морфологик узгаришлар яққа олинган сегментида ёки бир вақтнинг ичида ушканинг бир канча сегментида будиши мумкин. Сурункали пневмония ушканинг ирсий касалликлари ва тутма нуқсонлари асосида ружланади.

Купчилик олимларнинг фикрича сурункали пневмония эрта да бошланади. Бу касалликка дучор булган болаларнинг 60-80 % 3-4 кунча булган даврда касалланди (Матвеев М.П., 1951; Гавалов М., 1961). Сурункали пневмония вақти-вақтида қайталаниб, оғирлашиб туради ва вақт утиши билан, купинча бола етуклик ёшига келганда, амилоидоз, ушк - юрак етишмовчилиги қаби асоратлар билан айли меҳнат қилиш қобилиятининг йуқолишига олиб келади.

Сурункали пневмония ҳар 1000 та боладан 0,5-0,9% учрайди. Сурункали бронх-упка касалликларининг 8 % ига ян сурункали пневмония ташкил этади (К.Ф.Ширяева).

Этиологияси ва патогенези. Купчилик болаларда суру пневмония упка ва бронхларнинг уткир ва кайталан яллигланишидан кейин ҳамда уткир респиратор инфекциялардан (грипп, кизамик, кукйутал ва х.к.) ривожланади. А.Сквородов (1946), А.И.Струковаарнинг морфологик текширишлари шуни курсатдики, кувгина респ вирусли касалликларда бронхларнинг зараланиши анча кучли б хаттоки бир неча кун давомда бронхоэктазлар ривожла Айниқса, сурункали пневмониянинг ривожланишига гуа даврдаги уткир пневмонияларнинг ахамияти катта булади. Бу болаларда бронх ва упка изчил ривожланаётган ва шиклана булади. Турли сабабли яллигланиш жараяни эса бронх ва упка турри шаклинишини бузади ва морфологик узгаришларга келади.

Сурункали пневмония кизамик ва кукйуталдан ривожланган пневмония оқибатида ҳам келиб чиқади. Суру пневмония билан касаллиниш шарҳда яшовчи болаларда ку учрайди, бу сурункали пневмониянинг ҳам мухим ахамиятга эканлигини курсатади.

Шуни айтиш лозимки, сурункали пневмония учун ҳамма бир неча марта кайталанган пневмониянинг булиши шарт. Текширишлар шуни курсатдики, бир марта булиб утган пневмониядан кейин ҳам сурункали пневмонияга хос морфол узгаришлар ривожланиши мумкин. Шунингдек чузи пневмониялар ҳам сурункали пневмония ривожиди катта ахамиятга эга.

Сурункали пневмониянинг ривожланишида бронхлар дре фаолиятининг бузилиши мухим ахамият касб этади. Яллигла даврида бронхлар эпителиясининг фаолияти узгаради, б деворининг таранглиги пасаяди, турли

мацияларга учрайди. Бунинг оқибатида бронхларнинг дренаж
ти бузилади, бу эса сурункали яллиғланиш учун қулай шароит
ради.

Баъзан сурункали пневмония ёт жисмларнинг нафас йуллариға
идан ривожланиши мумкин. Бронхларға тушган ёт жисмлар
вентиляциясини бузиб, ателектазларға олиб келади. Агар ёт жисм
2 хафтадан ортик турса, упка сегментида, хаттоки булагиди
фор узгариллар юзаға келади. 1.5 ойлардан ортик турса, беморда
кали пневмониянинг белгилари пайдо булади.

Янги тугилган чақалоқларда учрайдиган ателектазлар, хомилла
и сувлари билан аспирация холлари ҳам кейинчалик бу
арда сурункали пневмонияға олиб келиши мумкин.

Нафас аъзоларининг стафилококкли яллиғланиши оқибатида
0 % дан 27 % гача холларда сурункали пневмония келиб чиқади (
С.Л.,Рокицкий М.Р.,1974).

Юкорида айтиб утилган сабаблардан ташқари сурункали
мония кушгина тугма нуқсонлар ва ирсий касалликлар оқибатида
ривожланади. Упка ва бронхларнинг Мунье-Кун, Вильямс-
Бел синдроми, бронхлар кистаси, упка агенезияси ва
отрацияси каби тугма нуқсонлари иккиламчи сурункали
монияға олиб келади.

Упканинг айрим генетик асосға эға булган (ирсий)
ликлари, ҳамда ирсий иммунологик танкислик синдромида ҳам
кали яллиғланиш кузатилади. Олимларнинг текширишича 14-16
колларда сурункали пневмония ирсий касаллик булмиш
висцидоз асосида келиб чиқади. Бундай холларда сурункали упка
онхлар яллиғланиши жуда эрта ёшда бошланади.

Маълумки, сурункали пневмониянинг асосида пневмосклероз ва
ларнинг деформацияси ётади. Бронхларнинг яллиғланиши
йли обтурацияланиши оқибатида альвеолаларнинг пучайиб
лиши ва уларда сероз

суяклик тушганиги содир булади. Кейинчалик эса сохаларнинг юкумли аъмолар таъсиридаги яллигла бошланади ва бу жараён чузилган холда кечеди, упканинг сегментларида ателектаз ривожланади, бу эса окибат – нат упка тукумасининг қушувчи тукума билан алмашинувиға пневмосклерозга олиб келади. Пневмосклероз упканинг иста ерида-сегментида, альвеолали, альвеолалар орасидаги ту бронхлар деворида, кон ва лимфа томирларида, асаб толар ривожланиши мумкин. Натижала упканинг шу сохасида алмашинуви бузилади, кейинчалик эса упка зарарланган б қисмлари нафас олиш жараёнида бутунлай катнашмай қо Касаллик белгиларининг тез-тез кайталаниши туфайли сегментларининг тобора куш қисмлари нафас олишдан ис булади. Окибатда организмда сурункали кислород етишма юзага келиб, барча аъзоларда оксидланиш-кайтар жараёнлари бузилади. Буларнинг ҳаммаси боланинг жис ва рухий жихатдан ривожланишига салбий таъсир курса Касалликнинг кайталаниб, уткирлашиб туриши куш бронхларда йирингли экссудатнинг тулланиб қолишидан, йулларига юкумли аъмоларнинг кайта туллишидан, айрим б касалдиклар туфайли организм химёя кучлари заифлашувидан келиб чикади.

Касалликни таъхислаганда яллигланишнинг жойла ерига ва хажми, бронхлардаги узгаришлар, касалликнинг д нафас етишмовчилиги каби хусусиятларни ҳисобга олиш (жадвал...)

Сурункали пневмониянинг классификацияси (1981 й.)

Сурат	Оғирлик даражаси	Касаллик даври	Нафас етишмовчилиги даражаси	Асоратлари
Оғирлик даражаси кечадиган шакли бўлмаган	Енгил Урта оғирликда. Оғир (зарарланган ҳажми, кайталаниб туриши).	Уткирланган даври (кайталаниб) Ремиссия даври	HE 0 HE 1 HE 2	Уткирланган Ателектаз, улка - юрак етишмовчилиги
Озқотадиган шакли бўлмаган	Уткирланганнинг узок ёки қисқа давом этиши, асоратлари бор - йуқлиги билан белги		HE 3	Астматик синдром

Куп ҳолларда сурункали пневмония чап утканинг пастки қисмида учрайди, у унг утканинг юкори ва урта булагиди кам учрайди. Касалликнинг оғир даражасини аниқлашди кайталаниб туриши сони, уткирланишининг узок-кискалиги, клиник адоматларнинг йуқлиги, бошка аъзоларнинг қандай даражада зарарланганлигини баҳолаш керак.

Клиник манзараси. Сурункали пневмониянинг клиник манзараси унинг даврига, оғирлигига асоратларининг бор-йуқлигига баҳолаш турлича булиши мумкин. Касалликнинг

дастлабки даврида бемор болаларнинг ранги оқариб, куларига тагида кукни соялар пайдо булади; дармонсизлик кузати. Касалликнинг асосий клиник белгилари унинг уткирлашган давлккоя ифодаланган булади.

Сурункали пневмониянинг асосий белгиларидан бири йуталдир. Йутал фақатгина касалликнинг уткирлашган даврида балки ремиссия даврида ҳам кузатилади. Йутал кунинча хул булиб, балгам кучиш билан утади. Балгамнинг миқдори бронх девори кенгаймаган холларда унчалик куп булмайди. Лекин бел бронхоэктаз ривожланган булса, йутал пайтида, айниқса эрталаб миқдорларда балгам чиқади.

Балгамнинг хусусияти ҳам хар хил булади, баъзан йирингли аралаш холда булиши мумкин. Шунинг эътиборга олиш кер кунигча ёш болалар балгамни чиқариб ташлай олмайдилар, ютадилар. Бундай холларда болалар кайт килинганда ошк сакланмаси билан балгам чиқади.

Касалликнинг яна бир асосий белгиларидан бири бу не етишмовчилигининг ривожланишидир. Бунинг окибатида бем хансираш (диспноэ) кузатилади. Хансираш касаллик уткирлашган анча кучаяди, ремиссия даврида жисмоний кучанган пайтлар пайдо булади, лекин нафас етишмовчилигининг 2-3 даражалар хансираш тинч холатда ҳам барқарор учрайди.

Сурункали пневмонияда беморларни умумий назорат килинганда, кукрак кафасининг «боққасимон» холатда эканлиг эътиборни тортади. Бунинг сабаби шундаки, упкадаги морфологик узгаришлар ва кукрак кафасининг эластиклиги (эгиловчанлиги) бузилиши окибатида, упкадаги колдик қавонинг миқдори ошми эффема ривожланишидир.

Касалликнинг мухим белгиларидан бири бу аускультатив килинганда хул хириллашларнинг эшитилишидир. Бунинг хириллашлар касалликнинг ремиссия даврида ҳам эшитилади. Хириллашларнинг хусусияти шундаки, улар доимо упканинг —

сегментлари устида (зарарланган сохалари устида) анча
ор холда булади. Хириллашларнинг миқдори ва изчиллиги
анишнинг кучайиб ёки сезинлашиб турнига қараб узгариб
Базми холларда нафас йулларининг деворига қуюқ балгам
ши оқибатида унинг ичи торайиши туфайли, қуруқ
лашлар ҳам эшитилади.

Сурункали пневмонияда нафас товушининг ҳам узгариши
лади. Склеротик узгаришлар кучли булган сохаларда нафас
нинг сустлашганлиги, баъзи қисмларида эса дағал нафас
эшитилади.

Эморда халтасимон бронхоэктазлар ривожланган бўлса,
ик нафас товуши (қувурга пуфлаганда эшитилгандай товуш)
лади.

Перкуссия қилиб қурганда, упканинг хаводорлиги камайган
да упка товуши қисқарган булади. Упканинг эмфиземага
и жойларида эса перкуссияда буш қутига урилгандай товуш
лади.

Агар упканинг зарарланиши айрим олинган сегментда бўлса,
нинг жисмоний ривожланиши бузилмайди. Жисмоний
ланишдан орқада қолиш асосан упканинг тарқалган
ланишида кузатилади. Вақт утиши билан нафас олинма
икасининг сурункали бузилиши оқибатида қурак кафасининг
шаклда узгаришлари (деформацияси) ажуздга келади.

Сурункали пневмониянинг кайталаниши қупинча кичик ёшдаги
арда тез-тез, катта ёшдагиларда эса камрок бўлиб туради.

Сураункали пневмониянинг уткирлашишида йугал анча
ди, бадан харорати кутарилади (38-39°C гача) балгам кучиши
ди. Упкани эшитиб қурилганда худ хириллашларнинг анча
ганлиги аникланади. Хансираш аломатлари, беҳоллик,
анинг пасайиши кузатилади. Тахлийий курсаткичларда
оцитларнинг чуқиш тезлиги

кулайганлиги аниқланади.

Сурункали пневмонияда юрак чегаралари зарарланган томон сирожиганлиги аниқланади. Купинча юракнинг чуқуқ остида шовкин эшитилади. Кичик қон айланиш доирасида гипертензия ривожланганда упка артерияси устида II – тонус акцентли (кучайиши) аниқланади. Сурункали пневмонияда ҳам баъзи сурункали қислород етишмовчилиги билан касалликлардаги каби қул бармоқлари учининг «бағалари»га ухшаб юмалоқлашганлиги, тирноқларнинг қул тусга кириши ва соат шиша часидай шаклга кириши кузатилади.

Сурункали пневмония энгил кетган ҳолларда унинг кайта уткирлашуви йилга 1-2 мартаба учрайди. Беморнинг умумий аҳволи даражада узгармайди. Кичик ёшдаги болаларда касаллик кайталаниши худди уткир пневмониядай кечади. Сурункали пневмониянинг бундай энгил кечувчи ремиссия даврида бемор аҳволи анча яхши булади, юрак ва бошқа аъзоларнинг фаоллиги узгармаган булади, қислород етишмаслиги аломатлари кузатилмайди.

Сурункали пневмония урта оғирликда ёки оғир ҳолда кечувчи бронхоэктазлар ривожланганда учрайди. Бронхоэктазларнинг касалликнинг йирингли – яллиғланиш инстинктини ҳисобланиб, организмда сурункали интоксикация ривожланган ҳолатда турли аъзолар фаоллигининг узгариши билан кечувчи касалликнинг асосий белгиси қул йутая ва балгам ажралниши билан балгам касалликнинг дастлабки даврида кам миқдорда кейинчалик эса қул миқдорда ажралади. Балгамнинг қулнинг ҳам узгариши, у қуланса қидли ва йирингли тусга қиради. Балгам бирор шиша идишга солинган балгамнинг уч қаватли булбул болаларда ҳам учрайди. Бунда энг юқорида қулнинг уч қавати, урт – сарос қавати, яшил – сарғич рангда ва энг пастда йирингли қават фарқланади. Балгам микроскоп остида қулнинг қул унда қул

кдорда лейкоцитлар, хамиртуруш замбуруглари, шилимишик, троцитлар, эластик толалар, Шарко-Лейден кристаллари ва ушман фибриллалари борлиги аниқланади.

Беморнинг бадан териси тупроксимон окимтир туста киради, ар арзимаган жисмоний урнишларда холсизланадиган, тезда сирайдиган ва оагин булиб қоладилар. Кукрак кафасининг униши узгариб, у икки ёнида сикилиб олдинга чиққан ёки аксинча индан босилгандай шаклга кириши мумкин. Бронхоэктаз саллигида аускультацияда турли пуфакчали нам хириллашлар итилади. Уларнинг микдори ва изчилиши бемор йуталиб, балгам лгандан сунг анча озади. Кукрак кафаси назорат қилинганда, арланган томоннинг соғига нисбатан нафас жарасинга қачиб тирок эгани кузатилади.

Бронхоэктазлар тарқалмаган, якка холдаги сегментларда булса, окуссия товуш деярли узгармаган булади, лекин улар тарқалган ва микдорда балгам тутган булса, унка товуши бугирок булади.

Бронхоскопия қилинганда, бронхларнинг цилиндрсимон, тачасимон ёки урчусимон катталашганлиги аниқланади.

Упка рентген қилинганда, унинг рентгенологик расми армаганлиги, айрим қисмларининг хаводорлиги камайганиг ва онхларнинг катталашганлиги кузатилади.

Бронхларнинг қандай шаклда узгарганлиги ва унинг урнини иклаш мақсадида бронхография (нафас йулларига ттгеноконтрастли модда юбориб рентген қилиш) утказилади. сурункали пневмонияда ютник текширишлардан ташқари ташки рас олишнинг қай даражада бузилганлигини ҳисобга олиш ҳам та аҳамиятта эга. Бу ниятда спирография, спирометрия, Тиффо сатғичини аниқлаш, пневмография усулларини куллаш мақсадга офикдир.

Сурункали пневмониянинг ташҳисида нафас етишмовчилигини ам аниқлаш даркор. Нафас етишмовчилигининг 3 даражаси арқланади.

Нафас етишмовчилигининг 1 даражасида (HE1) бемор жисмоний уринишлардагина хансираш аломатлари пайдо булганда нафас олишда кушимча нафас олиш мушаклари катнашмайди. Ёшдаги болаларда улар безовталанганда оғиз-бурун учбурч тизими (кукариши), нафас олишнинг 10-20 % га тезлашиши, кирраларнинг нафас олишда кенгайиб-торайиб туриши, тахикардия ҳолатлари кузатилади. Юрак уриши сонининг нафас сонига нисбати 2.5:1 каби (одатда бу нисбатан 3-3.5:1 каби) бўлади. Нафас етишмовчилигининг бу даражасида упканинг 1 дақиқа нафас сизими, упканинг ҳаёт сизими, резерв нафас олиш, килор фойдаланиш коэффициенти бироз пасаяди. Кондаги газ таъсирламайди, конда ишкорий-мордонлик мувозанати бузилади.

Нафас етишмовчилигининг 2 даражасида хансираш барқарор бўлиб бола тинч ҳолатда булганда ҳам кузатилади, нафас олиш 20-40 % га ошади, перирал цианоз, лабларнинг кукариши, куш мушакларнинг нафас олишда иштироки кабилар учрайди. Боланинг килор мушаклар таранглиги анча пасайган булади. Артериал босими ортади, упканинг 1 дақиқадаги ҳаво сизими пасаяди. Упка ҳаёт сизими 15-30 % га, нафас олиш сизими ва резерв нафас 40-50 % га кискаради. Артериал коннинг O_2 билан туйганиши 70-80 % га тенг килади. Нафас етишмовчилигининг бу даражасида компенсацияланган ацидоз ривожланиши мумкин. Юрак уришининг нафас олиш сонига нисбати 2-1.5:1 каби бўлади.

Нафас етишмовчилигининг 3 даражасида юкоридикилар анча кучли узгарган булади. Резерв нафас сизими тинч ҳолатда ҳам анча кискарган булади. Пульс сонининг оғири 100-150 % га тенг килади, каттарок болаларда эса бу кўрсаткич 40-70 % га тенг булади. Нафас олиш анча юзаки ва норитмик булади. Пульс тезлашади. Упка нафас сонига нисбатан 1.5:1 ками булади. Улар кондаги газ таъсирламайди, конда ишкорий-мордонлик мувозанати бузилади. Артериал коннинг O_2 билан туйганиши 70 % дан ҳам кичик килади.

Б кетади. Бундай ҳолларда докомплексацияланган ашидозланади. Беморлар ута мажолсиз, лаблари кукарган, бадан териси симон-кукимтир тусда бўлади, уларда микроциркуляциянинг ш аломатлари (терининг мармар-симон куринишига утиси) бўлади. Нафас олиш етишмовчи-лигининг бу даражасида эзимнинг эхтиёж (резерв) кучлари заифлашади. Баъзан ликнинг бу босқичида гипок-сик кома ривожланиши мумкин. Бемор хушидан кетади, унинг териси тупрок рангда ва унда ядростаз окибатида кук-банафша доғлар пайдо бўлади, юраклари жуда бутик, томир уриши деярли аниқланмайди. Нафас катлари тут-каноксимон, тартибсиз ҳолда бўлади.

Сурункали пневмониянинг окибати кун жихатдан унинг атларига ҳам боғлиқ бўлади. Сурункали пневмонияда кун айдиған асоратлардан бири ушқа эмфиземасидир.

Ушқа эмфиземаси — кичик бронхларнинг обструкцияси натижасида юзага келади ва унинг асосий белгиси бу оғир нафас етишмовчилигидир, яъни тинч ҳолатда учрайдиған хан-сиранидир. Ушқа доимо ҳаво билан тулиб тургандай ҳолатда бўлади, кукрак нафаси бочкасимон шаклга киради. Кукрак нафаси перкуссия шлинганда, буш ҳаводор кутига урганда чиқадиган товушдай овоз эшитилади. Юракнинг нисбий чегаралари бу касалликда анча кенейиб кетган бўлади. Таъқи нафас олиш фаолияти текширилиб шрилганда, ушқанинг келдик сигмаси кунайиб, умумий ушқа эжимининг ярмидан кун қисмини ташкил этиши аниқланади. Сурункали пневмонияда ушқа туқимасида ривожланадиган склеротик узғаришлар окибатида ва альвеолалар гипоксиясининг ушқа томирларига базаконструктор таъсири туфайли кичик кон айланиш доираси-да гипертензия юзага келади ва у окибат натижада ушқа-юрак етишмовчилигига сабаб бўлади. Бу асоратларнинг дастлабки белгиси юрак унг коринчасининг катталаниши окибатида юракнинг нисбий чегаралари унг томонга силжишидир. Бун-дан ташқари ушқа артерияси устида II тон акцентни эшитилади. Айрим ҳолларда

юрак уришининг тезлашиши (тахикардия), эпигастрал со-
пульсация пайдо булиши, жигарнинг катталашиши каби белги
пайдо булади.

Касалликнинг дастлабки пайтида бу белгилар сурунка
пневмониянинг уткирланган вақтида кучайиб, ремиссия даврида
хаттоки бутунлай учрамаслиги ҳам мумкин. Лекин вақт утиши билан
сурункали улка-юрак етишмовчилиги ривожланиб касаллик
асосий белгилари хансираш, юрак етишмовчилиги, ҳоҳсизлик, акроцианоз
бемор юзининг салкиганлиги ва бошқалар ремиссия даврида
барқарор ҳолда кузатилади. Купчилик беморларда жигари
катталашганлиги, жигар соҳасида бариқ, тери ости веналарнинг
қуқрак, қорин, орқа соҳасида кенгайганлиги кузатилади.

Юракнинг чегараси унги томонга кенгайтирилганлиги
эшитилиб қурилганда систолик шовқин, II тоннинг улка артерия
устида акцентги аниқланади. ЭКГ да унги қоринча гипертрофия
кўрсатилган ёки манфий т.п. чуқур қанда манфий ТШ каби узгартириш
аниқланади.

Юқорида айтиб ўтилганлардан ташқари сурунка
пневмонияда амиллоидоз, ателектаз, абсцесс, пиоторакс, бош
абсцесс каби асраатлар ҳам учрайди.

Ташхиси. Сурункали пневмониянинг ташхисини аниқлаш
касаллик тарихи, беморнинг умумий аҳволи, клиник манзараси
касалликнинг қанча вақт-дан бери давом эттираётганлиги, ремиссия
пайтида беморнинг аҳволи қандай булиши, бир неча марта
уткирлашиб, қайталаниши ва бошқалар ичбатта олинниши шар
Сурункали пневмонияда касалликнинг клиник белгиларидан ташқари
рентгенологик текширишлар, таҳлилий курсаткичлар, функционал
текшириш усулларини қуллаш аниқ ва тула ташхис қуйишда муҳим
аҳамиятга эгадир. Касалликнинг ташхисида бронхоскопия
бронхография усуллари ҳам қулланилади.

Қиёсий ташхиси. Аввало сурункали пневмониянинг келиши
чиқишини аниқлаш муҳим аҳамиятга эга. Юқорида

итганимиздек сурункали пневмония купгина ирсий ва туғма уксонлар асосида ривожланиши мумкин. Шунинг учун кам беморларда тула насл-насаб шажарасини (генеологик анализ) тузиб, алоқларида шунга ухшаш касалликлар бор-йўқлигини аниқлашимиз даркор.

Сурункали пневмония белгилари билан кечадиган ирсий касаллик муковисцедознинг ташхисида тер оркали чиқадиган хлорнинг микдорини аниқлаш мухим аҳамиятга эга (соғлом болаларда тердаги хлорнинг микдори 50 ммоль/л дан кам булади, муковисцидозда эса 60 ммоль/л дан ошиб кетади). Ундан ташқари муковисцидозда куп холларда ошқозон ости безининг фаолияти пастлашмаслиги аломатлари учрайди (полифекалия, стеаторея, креаторея ва бошқалар).

Купгина ирсий иммунологик тахчилликда учрайдиган сурункали пневмониянинг ташхисида иммунологик текширишларда аҳамиятга эга (бунда иммуноглобулинларнинг асосий синфлари А, М аниқланади, А нинг секретор тури алоҳида аниқланади).

Сурункали пневмониядан уққа силлини фарқлаш мухимдир. Бунда биз беморнинг сил касали билан контактда булганлигини, туберкулин синамаларининг ижобий ёки манфийлигини, уққанинг рентгенологик курилишини, бадан хароратининг хусусиятларини, Кох синмасини, уққанинг қайси соҳаси зарарланганлигини (сурункали пневмония купинча пастки булақларида, туберкулёз эса купрок юқори булақларда жойлашади) ва бошқа текшириш усулларининг натижаларини инобатга олиб иш куришимиз даркор.

Даволаш. Сурункали пневмонияни даволашда куп погонали даволаш тизими кулланилади, яъни: поликлиника — шифохона — ихтисослаштирилган маҳаллий оромгоҳлар — поликлиника. Сурункали пневмонияни даволашда бемордан ҳам, тиббиёт ходимларидан ҳам сабр-тоқат талаб этилади.

Поликлиникада педатр бундай беморларни ҳисобга олади, пульмонология, алерголог, отоларинголог ва болалар

жарроҳлари билан ҳамкорликда уларни даволаш учун тадбир режаси тузилади. Касаллик аниқ булмаган, унинг кечиши оғирли ҳамда асоратлар пайдо булганда, беморни шифохонага жойлашти зарур. Шифохона шароитида беморлар озода шароитда, саккамтузрок, аммо тулакони, витаминларга бой овкат таъминланади. Овкати калориясини бироз ошириш зарур (океклар хисобига).

Касалликнинг уткирлашган даврида асосан юкълмолларга қарши курашиш, ремиссия даврида эса турли юкълмоллар учоғини йукотиш ва беморнинг умумий химоя кучла кучайтириш чоралари курилади. Беморларни даволашда шифохона кун тартибини туғри ташкил қилиш катта аҳамиятга эга. Касалликнинг уткирлашган даврида беморнинг ахволига қараб 5-давомда ётоқ тартиби белгилади. Пульмонология бўлимида бемор қамаларнинг тозаланиши ва аэрациясига катта эътибор бериш керак. Мақсадда аэро- ва гидроионизаторлардан ҳам фойдаланиш мумкин. Касалликнинг уткир даврида бир неча кунга пархез № 10 таътил, кейинчалик эса умумий пархез № 15га утилади. Агар бемор аллергияга мойиллик булса, аллергия эхтимоли булган махсулоти истисно қилинади.

Даволаш чоралари қуйидаги йуналишда бориш шарт:

1. Организим химоя кучларини ва уткирнинг маҳад реактивлигини қайта тиклаш;
2. Юкуминг юкълмолларга қарши кураш ва пневмоскел кучайишининг олдини олиш;
3. Бронхларнинг бузилган фаолиятини қайта тиклаш.

Юкуминг юкълмолларга қарши кураш имкони борича маҳад мувофиқ ҳолда, яъни микрофлоранинг сезувчанлиги аниқланган ҳолда, борилиши керак. Антибиотиклардан пенциллин, оксацилин, ампициллин 100-200 мг/кг миқдорда тавсия этилади. Агар кулланила антибиотиклардан 2-3 кун ичида ижобий фойда олинмаса уларни икки хил антибиотик-ларни биргаликда куллаш мумкин.

Антибиотиклар биргаликда ҳам кулланилади. Айниқса пенициллин гуруҳи аминогликозлар гуруҳи билан биргаликда данилганда яхши натижа беради.

Антибиотиклар ҳар 10-15 кунда алмаштириб турилмаса, уларга профлоранинг мослашуви кузатилади ва касалликни даволаш анча оғашади.

Ёш болаларда дисбактериоз бўлмаслиги учун антибиотик данилаётган даврда уларга нистатин, бификол, колибактерин, тобактерин ва бошқа препаратлар берилади. Агар сурункали пневмониянинг уткирлашиши жуда кучли бўлса, антибиотиклар 3-4 кунга мобайнида агар қайталаниш энгил кечадиган бўлса 7-10 кун омида кулланилади.

Пенициллин гуруҳи кунига 4 марта, аминогликозидлар эса 2-3 марта юборилади.

Антибиотиклардан ташқари ёки уларга сезувчанлиги ошган ҳолларда сульфаниламид препарати кулланилади. Улардан эгзаол, сульфадимизин, ёки уларнинг узок вақт таъсир этувчи турлари (дрилбон, сульфамонетоксин) боланинг ёшига қараб берилади.

Антибиотикларга микробнинг сезувчанлиги аниқланмаган ҳолларда, асосан кенг таъсир доирасига эга бўлган препаратлар кулланилади (цефалоспорин гуруҳи, макролид препаратлари ва ш.к.).

Антибиотиклар билан бир каторда нитрофуран гуруҳининг препаратлари ҳам кулланилади: фуразолидон, фуразгин, фуродонин (5 мг/кг микдорда).

Балғамни бактериологик текширишда ҳамидтуруш замбуруглари тез-тез аниқланиб туришини ҳисобга олиб ва антибиотик таъсирида дисбактериоз ривожланишининг олдини олиш мақсадида замбуругларга қарши антибиотиклар таъсирида дисбактериоз ривожланишининг олдини олиш ниётида замбуругларга қарши антибиотиклар нистатин, микогептин, 5-НОК кабилар 2 ҳафталик давр мобайнида ишлатилади, лозим бўлса, ойда бўлмаса, уни бошқаси билан алмаштириш даркор.

Агар сурункали пневмониянинг уткирлашуви оғир кечякдаги инфильтратларнинг сурилиши мумкин, кичка муддатта глюкокортикоид гормонлар ишлатиш мумкин (преднизолон 1 мг/милдорда 2-3 hafta давомида).

Сурункали пневмониянинг уткирлашувида гепаринотерапия ҳам кулланилади. Гепарин 100-150 БУМг милдорда тери остига ёки аэрозоллар таркибига кулланилади.

Сурункали пневмонияда яллиғланишнинг экссудатив компоненти кучли ифодаланган бўлса, яллиғланишга қарши дорилардонлардан ацетилсалицил кислотаси (аспирин 0,1 г ёшига) ва натрий салицилатнинг 3 % ли эритмаси 10-15 кунлик давр билан кулланилади.

Антибактериал препаратлар яллиғланишнинг уткир белгилари - варака, йулат, йирингли балғам чиқиши, уяқда инфильтратив узгаришлар, итоксингама бутунлай утиб кетмагунинг кулланилади.

Сурункали кислород етишимсизлиги туфайли модд алмашинувианинг бузилишини хисобга олган беморларга В гуру витаминлари, аскорбин кислотаси ва бошқа витаминлар боланинг ёшига қараб кулланилади.

Сурункали пневмонияни даволашда физиотерапия усулини аҳамияти каттадир. Касалликнинг уткирлашган даврида ута юкку туланили электр токи (УВЧ) билан даволаш, кейинчалик э электродфорез кулланилади. Агар беморда обструктив синдром бўлса, электродфорезда 0,2 % ли платифиллин, кучли йулат бўлса - 0,1 % ли йонин ишлатилади. Касалликнинг уткир даври утиб кетган электродфорезда 1-3% ли СаС1 эритмаси кулланилади. Бу давр индуктотерапия ва ультратовуш билан даволаш усулини куллаш ҳам мумкин. Бундан ташқари сурункали пневмонияда ультрабинафил нурлари ишлатилади, парафин, озокерит аппликацияни кенг куллани тавсия қилинади. Пневмонияда бронхларнинг дренаж фаолиятини бузилиб, доимо уларда балғам тупланиб туришини хисобга олган аэрозолтерапия кенг кулланилади.

Аэрозоллар таркибига бронхларни кенгайтирувчи дорилар, антибактериал препаратлар, балгам суюлтирувчи моддалар, адаптоген препаратлар, гормонлар киритилади.

Аэрозоллар ингаляцияси 10-12 дақиқа давомда амалга оширилади, лекин биринчи ингаляция вақтида кичикроқ булганчилик кул (5 дақиқа), биринчи ингаляция вақтида беморнинг реакцияси куланилади.

Бронхоспазмни бартараф қилувчи дорилар эфедрин (5 % ли эритмаси 1 ингаляцияга 0,5-1 мл одинади); адреналин (0,1 % ли эритмаси 0,1-0,5 мл одинади), эуспирин, новодрин (1% ли эритмаси, лекин неча хиллашга); атропин (0,1 % ли эритмаси - 0,15 - 0,3 мл); филлин (2,4 % ли эритмаси 0,5-1,0 мл); новокаин (0,25 % ли эритмаси - 0,5 мл). Бундай препаратлар қудданилганда уларнинг таъсирлари аъзоларга номасбул таъсири булгани мумкинлигини ҳам эътиборга олиш даркор.

Муколитик таъсирга эга дорилар: трипсин, химотрипсин (2-10 мг 1 ингаляцияга); химопсин (10-15 мг); панкреатин (0,3-0,5 мг 2% ли эритма билан бирга); дезоксирибонуклеаза (0,1 % ли эритмаси), ацетицистин (10% ли эритма - 3,0 мл) қабилар иборат.

Антимикроб препаратлардан декрин ҳамма сувда яхши эрийдиган антибиотиклар қудданилганда кунлик миқдорининг 1/3-1/2 қисмини ингаляция шаклида қудлаш мумкин. Лекин бунда уларнинг узаро таъсирлиши ҳадвалини, уларга аллергиянинг бор-йуклигини, нафас олувчиларини кичикловчи таъсири бор-йуклигини (морфолин, пиперазон, траолеан, этизол, норсульфазол шундай таъсирга эга) ҳисобга олиш зарур эдилади. Аммо антимикроб препаратларни ингаляция йули билан ишлатиш усулини ҳеч қачон парентерал усулда қудданилганда фазал қудданил мумкин эмас.

Кейинги вақтларда усимликлардан олинган антибиотиклар ингаляцияда кенг қудданмокда. Новоиманин (зверобой утидан олинган) асосан нафас аъзоларининг йирингли (стафилококкли) ингаляцияда қудданиллади (унинг 1 % ли эритмаси).

спиртли эритмаси кулланидан олдин 10 мартаба физиологик эритма билан суюлтирилади). Сальвин (шалфей усимлигидан олиб асосан уткининг Грамм «ижобий» бактериялар чакани аялганлишида кенг кулланилади. Унинг 0.01 % ли эритмаси 1 гадаскорбин билан биргаликда кулланилади.

Ингаляцияларда аскорбин кислотаси (5 % ли - 0.5-1.0 ретинол ацетат (5000-1000 Б), В гуруҳ витаминлари (кушкандорининг ярми) ҳам кенг кулланилади.

Нафас йуллари шиллик пардаларининг регенерацияс тезлаштириш ниятида метилурацил ва пентоксилнинг 0.75 % эритмаси ишлатилади.

Касалликдан тuzалиш даврида аэрозол таркибда турли мой - эвалянт мойи, облятишка мойи, шафтолн мойи кабилар ишлатилади. Уларни ингаляция қилишдан олдин нафас йулларн турли ишқор эритмалар (дентиз суви, усимлик дамламаси ва х.к.) ингаляцияс қилиш зарур.

Ингаляциялар кунига 1-3 мартаба қилинади, бир аэрозолни 14 кун давомида ишлатиш мумкин. Кейин эса бошка препаратлар ингаляциясига утилади. Ингаляциялар асосан ультраоёвуш ингаляторлар ёрдамида амалга оширилиши махсадга мувофиқли. Қуйида ингаляция учун кулланиладиган айрим дорилар жадвал келтирилиши (жадвал....).

Аэрозол усулида кулланиладиган дори-дармонлар (3.1 Землякова).

Агар беморда йутал кучли булиб балғам кийин ажралаётган бўлса, нафас йулларига ишқорий эритма (натрий бикарбонатнинг 1 % ли эритмасидан) пуркаш (ингаляция қилиш), котиб қолган шиллик моддаларни юмшатиб, балғам ажралишини анча сийиллаштиради. Шу мақсадда хар бир ингаляция учун 3 мл 0.1%ли пепсин : 0.1 %ли хемотрипсин: 0.3% ли панкреатин: 10%ли цистеин эритмаси ишлатилади.

Бундай тадбир кунига 1-2 марта бажарилиб, бу муол канинг бони 25 мартадан ошмаслиги керак. Беморда кучли тахикардия кузатилаётган бўлса 0,05 % ли йодид калий, изоланид 0,02 % ли эритмаси, коргликон 0,06 % ли эритмаси бир юборишда 0,1 - 0,15 мл дан вена кон томирига кунига 2-3 марта юборилади. Агар беморда юракнинг чап қоринчаси қўвчилиги белгилари пайдо бўлса, вена кон томирига 2,4 % ли эритмаси 0,1-0,15 мл/кг миқдорда секин юборилади, ҳамда сийдик қўвчиловчи препаратлар (лазикс 1-3 мг/кг) тайинланади. Юрак қўвчиларларида энергетик жараёнларни яхшилаш мақсадида беморга вена кон томирига 5% ли глюкоза эритмаси, 50-100 мг кокарбаксилаза, 5% ли аскарбин қўвчилари юборилади. Шу мақсада мушак орасида 1% АТФ 0,5-1,0 мл юборилади. Юрак чап булмачасининг уткир қўвчиловчи натижасида ушқ шийинининг (суя тушаниши) қўвчилари билан бир каторда ушқ томирларида қон димланишини камайтириш мақсадида 2,5 % ли тиропольфен ёки аминазин 1 мг/кг юборилади. Беморда 20 мг 10 % ли глюкоза эритмасида вена кон томирига секин юборилади.

Кичик қон айланishi доирасида гипертонияни камайтириш мақсадида тез таъсир этувчи салуретиклар ва осмодиуретиклар қўвчилари лозим. Осмодиуретиклардан 10-20 % ли манитоник эритмаси 0,1-0,2 мл/кг миқдорда венага томчилаб юборилади. Қоннинг онкотик қўвчилари камайтириш учун 2 марта кам суюқликка эритилган курук плазма (0,1-0,2 мл/кг миқдорда) тайинланади. Ушқ шийинида спирт орқали таъсир қилган кислород билан нафас олдиришининг ахамияти каттадир. Бундай ҳолатларда димланиши ва бошқа таъсирлар туфайли қон томир қўвчиларининг утказувчанлиги ошиб кетади. Шунинг учун томир қўвчиларининг мустақамловчи дорилар: антигистамин препаратлар - тиропольфен, супрастин, 10% калций хлор эритмаси (0,2 мл/кг) вена кон томирига секин юборилади.

Зотилжамнинг оғир шаклларида аксарият ичаклар парези туфайли метеоризм ривожланади ва у нафас етишмовчилиги кучайтиради. Бундай пайтда ичакларни тозаловчи ху гипертоник хукна 3% ли водород пероксид билан бирга (3% пероксида 2-3 мл ва 5% ли натрий хлорид 2-3 мл 30-50 мл гунига 2-3 марта килинади, агар юкорида келтирилган му ёрдам бермаса, 0,1% ли стрихнин (0,15-0,2 мл) ёки шу пипутрин венга хар 2-3 соатда 10 % ли натрий хлорид эритма) га кушиб юбориш хам кулланилади.

Зотилжамнинг барча турларини даволашда витамин куламда ишлатилади. В турухи витаминлар В₁ - кунига 10-15 мг 10-14 кун давомида кулланилади, В₆ -1 ёшгача 1 мг, 1,5 мг миқдорида 7-10 кун давомида юборилади. Витамин С 100-200 мг миқдорида юборилади.

Зотилжамни даволашда организм иммуно кучларининг ривожига туртки берадиган дори кулланилмокда буларга кон куйилг, гамма-глобулилар, кислотаси ва б.к. киради. Шунинг эътиборга олиш касаллигининг авжида беморнинг умумий ахволи оғир таркибида тайёр карши таначалар булган препаратларни, эритроплазма гамма-глобулин, антистафилококк плазма ва бошқа ухшаш препаратларни куллаш мақсадга мувофиқдир.

Стафилококкли зотилжамда организм карши кучларини заифлашинини хисобга олиб, иммун тизимига таъсир этувчи активин, тимостин, тималин, элеутерокожи каби препаратларни куллаш хам яхши натижа беради.

Шу билан бир каторда физиотерапевтик тадбирлар электрофорез, даволаш гимнастикаси хамда массаж кенг кулланилади. Бемор тузалгандан кейин хам камида 2 ой мобайнида парваришга мухтож булиб, уни юкумли

лардан асраш керак. Бунда болалар келажакда камида бир омида педиатрнинг махсус диспансер назорати остида

олдини олиш тадбирлари. Зотилжамнинг олдини олиш тадбирларни уз ичига олади: бола организмнинг юкумли чидамлиги куп жихатдан тугри, овкатиантиринга боғлиқ хисобга олиб, гудак болаларни она сути билан тазминлаш олдини олиш ва болада рахит ривожланган булса, уни болаш боланинг тоза хаводан етарлик бахраманд булишини олиш, уни жисмоний тарбия, сувли муолажалар, хаво уни куллаш билан даволашни давом эттириш тавсия махаллий оромгохларнинг устунлиги шундаки уларга беморлар учун мослашув даври талаб қилинмайди.

Дори- онлар	Ингаляцион эритмалар
Димитикла	0,25 - 2 % ли эритмалари 3 % ли эритмасидан 1 мл ингаляцион аралашмага 1 томчи солинади.
Клорид, Соднат, Содид	0,01 г - 5 мл буфер эритмада эритилади (рН-8-8,5)
Син	0,5 г-5 мл буферли эритмада эритилади (рН-8, 0-8,5)
Систеин	10 % ли сувли эритмаси
Србонук	0,01 г - 5 мл 20 % ли глицериннинг сувли эритмасида эритилади.
Ситин	1 флакони (200ГВ) 8 мл натрий хлориднинг изотоник эритмасида эритилади
Смикроб	

дорилар:	- 48 -
Пеницилин	100000-200000 Б/кг 5-7 мл дистилланган сувда эритилади.
Ампицилин, Оксациллин	100000-200000 Б/кг 0,25% ли новокаида эритилади
Каменцин	10-20 мг кг 0,25 % ли новокаин эритмасида эритилади
Фурациллин	0,02 % ли сувли эритмаси
Водород пероксиди	1-3 % ли эритмаси
Саримсоль-пиез шпраси	1:300-30 мл 0,55 новокаин эритмасида
Эвкалипт ва ромашканинг сувли дамламаси	20 г 200 мл сувда дамланади
Эвкалипт ва календуланинг спиртли дамламаси	2,5 г - 100 мл 0,25 % ли новокаин эритмаси
III Адитогенлар:	
(Элеутерокок экстракти жиншень дамламаси	5-10 томчи 5-8 мл 5 % ли аскорбин кислотасида ёки 1 % вит В ₁ эритмасида

Эслатма: мактабгача ёшдаги болаларга бир муолажага 5-7 мл, мактаб ёшдагиларга 7-8 мл, катта мактаб ёшидагиларга 8-10 мл, ферментлар эритмаси эса боланинг ёшига лярар 3-5 мл дорда лълланилади. Оксигенотерапия суру пневмонияни даволашда муқим ақамият касб этади. Кислород катетерлари ёрдамида бериледи. У намланган камда билан

шган холда (40-60%ли аралашмаси) кулланилади. Кислород
лаштирилган холда айрим хоналарда берилиши мақсадга
фик. Айниқса ётишдан олдин бундай муолажалар фойдалидир.
ород хар каникида 5-8 мл микдорда берилади. Осигенотерапия
нинг ахволига ва нафас етишмовчилиги белгидарига қараб
га 2 мартадан 10 мартагача берилади.

Сурункали пневмонияда, айниқса аллергияли холатлар билан
диган пайтларда десенсибилизацияловчи дори-дармонлар ҳам
анилади. Антигистамин препаратлардан димедрол супрастин,
ольфен, диазолинлар хар бири 5-7 кунлик давр билан кулланилади.

Фитотерапия сурункали пневмонияни даволашда мухим урин
лайди. Купинча бир неча доривор ксимликларнинг йиғмасининг
дамаси кулланилади. Масалан: 10г чой ут, 20г оддий
алдирмоль, барглари, 20г мойчечак гули, 10г кизилмия илдизи,
ботьоль ледуми усимлиги, 10г тоғрайхон, 20г исландия мохи
иб, ҳаммаси майдаланади, аралаштирилади. Кейин шу
лашмадан 2 ош қошиқ олиниб, 500 мг каймоқ сувда 30 даъилье
ланади (кайнатмаслик керак). Дамламани ярим стакандан кунига
маротаба ичиш керак.

Сурункали пневмониянинг давосида куйидаги йиғма тавсия
лади. (А.И. Чистяков йиғмаси): кора андиз ва календула гули 30 г,
бтурум барги, гулрайхон ути, оддий оккалдирмоль барги — 50 г.
ардан кайнатма тайёрланади (1 чой қошиқ кичик болалар учун, 1
қошиқ катта болалар учун 200-300 мл сувда кайнатилади). Бу
инатма 50 млдан кунига 4-6 маротаба иссиё холатда ишлатилади.

Сурункали пневмонияни даволаш усуллари орасида даволаш
исмоний тарбияси машклари мухим урин тутади. Бундай усул
организмга хар тарафлама таъсир курсатиб, кон айланишини
чайтиради, нафас олиш фаолиятини яхшилайди, оксидланиш
акцияларини муътадиллаштиради, химоя

кучларини тиклайди.

Бронхларнинг дренаж фаолиятини яхшилаш ниятида постурал дренаж (яъни усулида фойдаланилади. Унинг осон ва оддий варианти - беморнинг бош ва елка томони орқасига нисбатан пастроль ёки булиши ва шу вазиятда улар йуталиб балгам чиқаришлари. Постурал дренаж асосан эрталаб, ҳамда минерал сув, ушундан кейин дамдамаси ёки содда эритмаси ингалиция қилингандан сунг қилинади. Ошириб берилган балгам кучиши анча осонлашади. Агар постурал дренаж билан вибрацион массаж (кукрак кафасига кафт кирраси билан юмшақлик билан қараб туриш) билан биргаликда қилинса, унинг натижаси фойдалироқ бўлади.

Постурал дренаждан ташқари беморларни нафас гимнастикаси усулларига ургатиш муҳим аҳамиятга эга. Нафас гимнастикасида нафас мушакларининг бушашишига эришиш зарур. Бундай мушаклар релаксациясига эришиш учун болаларга машқларга ургатилади.

Сурункали пневмонияда бемор коматининг турли узгариш кузатилади. Бу узгаришлар айниқса кукрак кафаси соҳасида кузатилади. Мана шундай деформацияларнинг олдини олиш ва даволашда даволаш гимнастикасининг махсус усуллари фойдаланиш тавсия этилади.

Айрим ҳоллар сурункали пневмонияда бронхларда ута деформациялар ва тугма нуқсонлар бўйса ва уларда даволаш зарур бўлган йирингли яллиғланиш кузатилса, интоксикация кучи ва жарроҳлик йули билан даволанади.

Беморлар шифохонадан чиққач, поликлиникада диспансер назорати остида бўлади. Поликлиника босқичида маълум вақт режа асосида участка болалар қанчали ва пульмонолог назорати остида даволашни давом эттирилади. Бундай кайталанганига қарши даволашга даволаш жисмоний тарбия машқлари, витаминотерапия ва аэрозоллар ингалицияси, химю

га туртки берувчи дори-дармонлар, сурункали юкумли учогини йукотиши ва бошка усуллар киради.

Кейинги пайтда сурункали пневмониядан бициллино-терапия олиши окибатида (февраль-март ва октябрь-ноябрь ойларида) али пневмониянинг уткирлашиши анча камаймоқда.

Сурункали пневмониянинг ремиссия даврида махаллий холларда даволанишни давом эттириш тавсия этилади. Махаллий холларнинг устунлиги шундаки, уларга юборилган беморлар учун шув (адаптация) даври талаб килин-майди.

Касалликнинг окибати унинг кандай огирликда кечилишига, да ва тугри даволанишга, асаратларнинг бор-йуқлигига ҳамда ва бронхларнинг ирсий ва тугма нуқсонларининг маъ-жудлигига шхатдар богликдир.

Махаллий кичик хажмдаги пневмосклероз тугри даволанганда холларда утиб кетиши мумкин. Аммо тар-калган пневмосклероз микроктазлар ривожланган бўлса, пневмониянинг окибати хайрли нлиги мумкин.

ПЛЕВРИТЛАР

Упка пардасининг яллиғланиши — плеврит асосан упканинг ва сурункали яллиғланишларида инкиламчи холда ривожланади.

Ёш болаларда плевра каватларининг кам харакатчанлиги, ва плевра каватлари оралиғида бушлик

(лар) нинг кенлиги, уларда кон томиларнинг сероблиги, лимфа лари турининг яхши ривожланганлиги уларда плевритнинг тан купрок кузатилишига мойиллик яратади.

Плевритлар яллиғланиши хусусиятига караб курук (аликсиз) ва экссудатив (суюқлик тулланиши билан) кечиши мн. Эрта ёшдаги болаларда аксарият холларда экссудатив (дик тугувчи) плеврит, 6-7 ёшдаги болаларда сероз-фиброз рит ва катта ёшдагиларда эса курук плеврит учрайди.

Этиологияси. Плевритнинг асосий сабаби ипканинг нут сурункади касалликларидир.

Ипканинг пневмококкли, стафилококкли, вирусли ва микробли купгина носпецифик яллигланишида плеврит ривожланиши мумкин. Аксарият аллергия ва иммуно-патология касалликларда (коллагенозлар) ҳам иккиламчи ҳолда плеврит булади. Упка ва бронхларнинг ёмон сифатли қисмлари, кафаснинг жароҳатлари ҳам плевра буш-ликида су тушланишига сабаб булиши мумкин.

Упканинг сил касаллигида 70-80% ҳолларда ривожланади. Сил касаллигининг фаол даврида купрок (фибриноз) плеврит ривожланади. Шунингдек ревматизм касаллиги ҳам 20-30% ҳолларда сероз плеврит аниқланади. Демак, плеврит сабаблари хайма-хидир. Баъзан плевра буш-лигига суюқлик тўли яллигланиши маъмули бўлмайди, кон тўмир девори суюқликнинг сиркиб утиши ҳисобига юз бериши мумкин. Ҳолат нефротик синдром, юрак ва жигар фаолияти етишмовчилигида кузатилади.

Патогенези. Турли юқумли омиллар плеврага бич зарарланган учоклардан лимфоген, гематоген йули билан ути кушни аъзолар орқали тарқалиб, унинг яллигланишига олиб келиши мумкин.

Плеврит ривожланишига совукотиш, тан жароҳати, гиповитаминозлар, тўлаъонли овқатланмаслик, тез-тез касаллик натижасида организмнинг заифланишуви кабилар мумкин тугдиради. Аллергия ва иммунопатология касалликларда эса упка плевра ости қисмидаги туқиманинг кон ва лимфа томи деворининг утказувчанлиги ошиб кетиши аҳамият касб қилади. Оқибатда плевра буш-лигига плазма, дон элементлари, суюқлик суюқлиги кабилар сизилиб утади ва экссудатив плеврит келади. Экссудатив плевритлар йирингли, сероз, гематоген хусусиятли булиши мумкин. Экссудатининг геморрагик хусусияти булиши вирусли зотилжамлар, геморрагик диатез ва

фатли усмаларда кузатилади.

Классификацияси. Плевритлар, курук (фибриоз) ва ытив (йиринли, сероз, сероз-фибриоз, геморрагик, аралаш) Плевра бушликидаги экссудат эркин холда, ёки бушликнинг сохаларида тулланиб, «чегараланган» холда булиши мумкин. ытнинг йиқилган сохасига караб равоги ва упка оралигида (упканинг юкори кисмида (апекал), упканинг пастки кисми ва гма оралигида (диафрагма-базал), иккада упка оралигида тенал), упка булаклари оралигида (интрадобар) турларига ди. Плевритлар кечувига кура утқир ва сурунқали булиши

Клиник манзараси. Фибринли (курук) плевритлар асосан катта болаларда ва кыпинча сил касаллиги, ревматизм билан боғлиқ озага келади. Аммо турли зотилжамларда ҳам курук плеврит иг асорати сифатида ривожланиши мумкин.

Фибринли плеврит кыпинча упканинг яллиланган сохаси да (перифокал) тарзда ривожланади. Фибринли плевритда кон зининг оксиллари (фибриноген) плевра каватларига утириб суюкликларнинг куп ажралишига олиб келишига (яъни т тулланишига) тускинлик килгани учун суюкликсиз, яъни плеврит ривожланади.

Курук перикостал плевритда бемор нафас олганда курак да огрик кузатилади. йутал купинча курук, огрикли ва шунинг озаки булиб, йуталиши одатда булганидек беморга енгиллик майди. Бунда плеврит асосий касалликнинг белгилари ва унда ыкация анча кучли ифодаланган бълади. Бемор зарарланган га эгилганда, огрик анча кучаяди (Диего белгиси).

Фибринли плевритда беморнинг упкаси эшитиб курилганда, каватларининг ызаро ишкаланиш товуши эшитилиди. Бу асосан кыкракнинг ёнбош ва пастки сохаларида чукур нафас ыайтида эшитилади.

Плевра ишқаланиши товуши янги ёккан қорин бе
чикадиган товушга ухшайди ва нафас олиш тухтатилса, эшит
қолади. Нафас олинмиши давомида кукрак кафасининг де
фонендоскоп билан босилса, бу товушнинг бироз сусайгани сез

Медиастинал фибриноз плевритларнинг клиник манза
юкорида айтиб утилган белгилар унча кучли булмайди.
плевранинг ишқаланиш товуши баъзан юрак уриши билан с
бўлади. Аммо унинг перикард шовқинидан фарқи нафас
вақтинча тухтатилганда бу товуш кам йуқолади.

Диафрагма фибриноз плеврит ълканинг пастки лѡ
ялигланмишида кузатилиб, рефлектор тарзда ойқосо
касаликларни учун хос булган белгиларни юзага келтириши
илтиш, қорин санчиги, баъзан журичак ялигланмиши аломатла
бу нарса ташхис учун кийинчиликлар туғдириши мумкин.
Белгилар қорин деворининг ва диафрагма плевранинг сезув
толалари билан халмишловчи пастки қовурга оралиқ
толаларининг таъсирланмиши оқибатида юзага келади. Диаф
фриноз плевритда кукрак кафасининг маълум нукталарида
найдо булади. Бундай нукталарга қуйидагилар киради. Туш
сургич мушагининг қироя суягига бириладиган оёқчалари с
бериак билан босилганда оғрик найдо булади, дастлабки
умуртка томбига тарқалади. биринчи қовурга оралиғида туш
қиррасида, диафрагманинг қовургаларни бириккан жой
дастлабки буғини умурткаларининг уқ қанталари устида
қьрилганда кам оғрилди нуьталар аниьланади. (Мюсси-Г сора
белгилари).

Диафрагма плевритли бемор чуқур нафас олиш
йуталганда қорин соҳасида санчик кучайганлиги сабабли
юзюк, фақат кукрак билан нафас олишга киришади.
бушлигининг ъткир жарроқлик касаликларидан фарқи улар
касаликда қорин мушакларининг тарангашуви

кузатилмайди. Рентгеноскопия њилинганда, зарарланган нафас олиш жараёнида диафрагма каракатининг соёлом нисбатан кечикиши, плевра њаватларининг њалинлашганлиги, эса синусларининг торайганлиги аникланади.

Интерлобар. Ёшни упка булаклари оралитидаги фибриноз купинча чузилган, кайталаниб кечувчи зотилжамда лади ва беморда субфебрил харорат, зотилжамнинг белгилари (этикиш, камдармонлик), кондаги лейкоцитоз, филёзнинг узок муддатта сакланиши билан кечади. њльтация ва перкуссияда касалликка хос узгарииш тоини кийин. ан ёрдамида текширилганда упка булаклари орасида плевра мининг калинлашганлиги туфайли упка булаклари орасида симон соя аникланиб, унинг бир томони упканин илдизига ган булади.

Айрим холларда упка силида упканин чукисида (апекс) иноз плеврит учрайди. Бундай беморларда упка сили белгилари бир каторда артраљгия хам кузатилади.

Паракостал плевритларда упка тиниклигининг томоген (бир да) камайганлиги, диафрагма чегарасининг гадир-будир булиши, лобар плевритларда упка сохасида тасмасимон соя булиши ланади. Демак, плевритлар ташкисида рентгенолотик иришнинг ахамияти катта.

Курук фибриноз плевритда кейин айрим беморларда плевра дари орасида чайдик хосия булади. Улар упканин нафас олиш нида тулик кенгайиши учун кийинчилик тугдириши мумкин.

Эксудатив плевритлар - сероз, йирингли, геморрагик сиятли булиши мумкин.

Сероз плеврит купинча фибриноз плевритининг давоми тида боёланади ва асосан мактаб ёшидаги болаларда учра йди. Касаллик рит холларда уткир боёланади. Беморларда юкори харорат, монсиздик, ланжлик, иштаханинг пасайиши, бош огриги, курук ва ка йутал,

бикинида санчик булиши, хансираш, куп терлаш каби белгилар булади. Касалликнинг клиник белгилари плевра бушлигига тути эксудатининг микдори ва хусусиятига хам боглик булади. Кафасининг зарарланган томонида ковурга орал текислашганлиги, шу томоннинг нафас олишида оркада к беморнинг шу бикинини аяб нафас олишга интилишини ам мумкин.

Перкуссия йули билан суюклик тупланган сохада товушининг бугиклиги аникланиб, унинг юкори кисмида эса су билан сикиб куйилган упка тукумаси хисобига тимпаник, ку товуш эшитилади.

Плевра бушлигида тупланган суюклик салбий босимининг даражасига караб жойлашади ва унинг чегарас аксилар чизикдан умуртка погонасига томон пасайиб боради. Е Эллис-Дамуазо-Соколов чизиги деб аталади. Бу чизик устидаги еуюклик сикиб куйилган упка тукумаси жойлашиб, хаво т учун перкуссия килинганда кучли овоз беради. (Горланд учбу Упканинг соғлом томонига курак оралигида жойлашган а юрак ва кон томирлар тупламининг тупланган суюклик остида силжиши туфпайли Грокко-Раухфус учбурчаги хоси ва перкуссияда бугик товуш аникланади. Агар эксудатнинг аича куп булса, Соколов-Дамуазо чизиги аникланмаслиги чунки бундай холатда эксудатнинг юкори чегараси горизнтал язинлашади.

Суюклик тупланган томонда упканинг товуш ани эшитилади, эшитиб курганда эса нафас анча сусайган тарзда Эксудат микдори купайганда, шу томонда нафас паст эшити тарзда булади. Эксудат микдори жуда купайганда, шу нафас бутунлай эшитилмай колиши хам мумкин.

Эксудатив плевритнинг бу турида кон тахлилида лейко эритроцитлар чукиш тезлигининг ошганлиги аниак Ренгенологик кузатишда эксудат йигилган

аник чегарага эга булган гомоген соя аникланади.

Экссудат куп микдорда тупланган холларда кон айланишига млик тугилади – натижада буйин веналарининг буртиб туриши хансираш юзага келади. Юрак уришининг товушлар сусайган, уккисида майин систолик шовкин пайдо булади.

Баъзан беморларда плевра бушлигининг айрим сохасида (ланган) сероз плеврит ривожланади. Агар экссудат коворга (прикостал) сохада жойлашган булса, медиастенал сохада огрик, (ютиниш пайтида огрикнинг кучайиши), баъзан юкори ковок венанинг сикилиши белгилари пайдо булади. Агар т диафрама сохасида тупланган булса, беморда уткир ичак ва жаррохлик касалликлари аломатлари юзага келади, рентгенологик текширишсиз аник фикрга келиш кийин булади. Плевритларда экссудатнинг сурилиши 4-6 хафта мобайнида ошади.

Йирингли плеврит аксарият холларда стофилакоккли амларда ривожланиб, асосан 2 ёшгача булган болаларда ва плевранинг ялли йирингли яллингласиши (эмпиемиси) тараланган жараён сифатида намоён булиши мумкин.

Агар плеврит зотилжамнинг авжида ривожланган булса, унга эмоник плеврит, агар зотилжамнинг согаин-шида юзага келса плевмоник плеврит деб аталади.

Йирингли плеврит купгина септик холларда хам ривожланади. Инг аксарияти уткир, юкори харорат ($39-40^{\circ}\text{C}$) билан, беморнинг огирлашуви, кучли инток-сикация белгилари (баданнинг окимтир – тупроксимон тусга кириши, беходлик) билан. Бемор «ярим утирган» мажбурий холатни эгаллайди, лаб-бурун агининг кукрариши, энтикиш, упканинг зарарланган томони харакатла-нинг нафас жараёнида оркада колиши ёки бутунлай иштирок

этилатганлиги, ковурга ораликларининг шу томонда кенг тарқалганлиги, юрак чуқисининг карама-карши томонда шилтанганлиги каби плевритнинг умумий аломатларини кузатиш мумкин. Йирингли плеврит гудак ёшидаги ва эрта ёшдаги болаларда жуда оғир кечади. Беморнинг умумий ахволи борган саноқсиз оғирлашади, у йуталганда, чуқур нафас олганда, йиглаганда куйи оғрик пайдо булади, инкиллаб нафас олади, инграйди, унда титишмовчиллиги белгилари пайдо булади ва тобора кучайиб боради.

Утқа перкуссия қилинганда суюқлик тупланган соҳада товуш аниқланади, унинг юқорисидан эса тимпаник товуш кузатилади. Эшитиб қурилганда, шу сикланган утқа соҳаларда нафас шовқини кучайганлиги аниқланади. Кукрак кафасининг экссудат жойлашган соҳасида нафас олиш шовқини сезиларлилик сусаяди, суюқлик тупланганда эшитилмаслик ҳам мумкин. Йирингли плевритда буйрак фаолитининг бузилиши ва камқонлик юзага келиши мумкин.

Куп миқдорда суюқлик тупланиб, курак кафаси аъзелар фаолияти бузилганда, плевритнинг хусусиятини аниқлаш микрофиоранинг антибиотикларга сезувчанлигини аниқлаш мақсадида плевра бушлигини пункция қилиш зарурати туғилади. Пункция (in axillaris roater) да VI-VII ковурга оралигида плевра юқорисининг юқоридоғи кирраси соҳасида қилинади.

Кон таҳлилида лейкоцитоз, нейтрофилдоз ва чапга силжиканлик каби белгилар, рентгенологик текширувда, зарарланган томонда гомоген соя аниқланади.

Медиастенал йирингли плеврит юқори харорат, курак кафасида кучли санчик билан уткир бошланади. Медиастенал йирингли плевритда туш суягига паралел ҳолдаги бугик перкуссия товуш аниқланади. Рентгенологик текширганда курак оралигида туш суягига паралел жойлашган тасмасимон соя кузатилади. даврада рентгенологик текширишни яна такрорлаш мумкин.

Йирингли плевритнинг оқибати боланинг ёши, унинг ахволи
ритнинг турига боғлиқ. Айниқса 2 ёшгача булган болаларда унинг
ати жиддий. Йирингли плевритларда 1 ёшгача булган болалар
да улим 33, 1 — 34,9%ни ташқил қилади.

Айрим пайтда беморларда оғир асорат — упка зарарланганда
ра тешилиб, йиринг тутувчи плевра бушлиғига хаво туғланиши
емоторакс) ривожланади. Бундай вазиятда беморнинг умумий
ди кескин оғирлашади, тана харорати ута юкори булади, бемор
безовталаниб, нафас олиш тезлашади (1 дақиқада 50-80
агача). Бадан териси оқариб, бемор совук тер билан қопланади,
ксимон йутал кузатилади тез орада нафас етишмовчилиги
ларига юрак томир етишмовчилиги аломатлари ҳам кушилади,
ар парези ривожланади. (корин дамлаш, кайт қилиш), ич кетин
бзият ривожланади. Айниқса упкадан плеврага хаво тушадиган
лган жойда қонжак (клонан) ҳосил булса, пневмоторакс жуда
ечлади, чунки плевра бушлиғида ҳар нафас олинган хаво киради-
қиш миконияти йуклиғидай плевра бушлиғида уни босими
оради ва зуриккан пиопневмоторакс ривожланади. Бундай
нинг бадан териси кукаради, нафас сиқилади, упка қолланси
ланади. Бу эса нафас ва юрак-қон томирлар фаолияти
овчилигининг қиска муддатда ривожланишига олиб келади.
й беморларда қуқрак қафасининг зарарланган томонда нафас
да орқада қоллиши экссудат устида олдинги бугик перкуртор
урнига тимпаник товуш эшитилиши, қуқрак оралиги
рининг касалланмаган тарафга силжиганлиги, аускультация
а эса нафас олиш товушининг бутунлай эшитилмаслиги ёки
усайганлиги аниқланади.

Пиопневмотораксда упка рентгенологик текширилганда узига
алгилар аниқланади. Диафрагма гумбазини аниқлаш қийин
и. Диафрагма устида соя аниқланиб, упканинг илдиз соҳасида
маводорлиги пасайган соҳа аниқланади,

бошка сохаларда эса тиниклик кучайган булади.

Ташхиси. Плевритларнинг ташхисиди уларнинг клиник аломатларидан ташкари, рентгенологик текшири ахамияти катта. Экссудатив плевритларда аник чегарага эга бир зайилдаги (гомоген) соянинг булиши, плевра бузи суюклик билан тулиши, кукрак оралиги аъзоларининг кара томонга силжиши каби хос белгилар аникланади. Э плевритнинг хусусиятини аниклаш ёки куп микдорда экссудат туфайди аъзолар фаолияти бузилган холларда та даволаш максидида пункция йули билан суюкликни олиш тугилади. Каттарок ёшдаги болаларда пункцияни кулларини куйиб утирган холда баъарилади. Пункция курак суяги ва ори ости чизиклари (lin. Scapularis ва lin. axillfris posterior) урта ковурга оралигида перкутор товуш энг бугик булган жойда анестезия қилингандан сунг амалга оширилади. Бунда нинан ковурга ёни устидан санчиш зарур, чунки юкоридаги ковурга кон томир ва асаб толалари утган ва уларни зарарлаш хавфи б

Пункция йули билан олинган суюклик стерил пробир тахлил учун юборилади. Сероз экссудатда суюкликнинг огирлиги 1.015-1.020; оксил микдори 30 г/л дан ортук (70 булади. Агар плевра сил касадлиги туфайди ривожланган экссудатдан куп микдорда лимфоцитлар борлиги микроскоп текширилганда аникланади. Аллергик сероз плеврит хужайраларининг 10% дан ортинги эозинофиллар ташкил кил

Агар суюклик трансудат булса, уларда оксил микдор дан кам, нисбий огирлик эса 1.015 дан паст булади. Экссудатни фаркдаш ниътида Ривалът синнамаси утказилади; лик цилиндрга дистилланган сув куйилиб, унга бир неча том кислотаси томизилади, сунгра текширилетган суюкликдан 1 томизилади. Агар суюклик трансудат булса, томчи лойкаланиш

тилмайди, ёки жуда кучсиз булиб, тезда йуқолади. Суюклик
удат хусусиятига эга булганда оқиш булут шаклида кучли
таланиш пайдо булади. Бундай реакция муобат хисобланади.

Бундан ташқари пункцияда олинган суюклик бактериологик
да хам текширилиши зарур.

Плевритларни крупоз зотилжам, ателектаз, упканинг усмалари,
к фаолиятининг етишмовчилигидан ривожланадиган упка
скоси, пневмоторакс ва бошқа шунга ухшаган курак кафаси
сида рентгенологик соя берувчи касалликлардан фарқлаш лозим.

Даволаш. Плевритларнинг асосий давоси уларни келтириб
рган асосий касалликни аниқлаш ва унинг муолажаси билан
ик.

Агар плеврит зотилжам туфайли келиб чиққан булса, беморга
антибиотикотерапия тавсия этилади. Шу билан бир каторда
аминлар, десенсебилзацияловчи дори-дармонлар, организм химоя
ларини тақловчи ва симптоматик даволаш усуллари кулланилади.

Ревматизмда ривожланадиган сероз плевритларда пенициллин
рига кучли антибиотик ва ацетилсалицилат кислотаси, бутадион,
допирин кабиларни кузда тутувчи антиревматик муолажа одатда
и натижа беради.

Агар плеврит сиз касаллигида ривожланган булса, силга
ши препаратлар умумий тартибда кулланилади.

Плевритларни даволашда кон томирлар деворининг
зувчанлигини камайтириш мақсадида рутин, аскорбин кислотаси,
ций хлорид эритмаси тайинланади. Нафас олиш кучли санчик
рган холда вақтинча оғрикни колдирувчи дорилар – баральгин,
ьгин хам кулланилади. Экссудацияни камайтириш ниятида
икс, 10% ли миннитол эритмаси кулланилади. Плевритнинг уткир
рида физиотерапия усулари

ни кулланилади, экссудатнинг сурилиш даврида эса парафин

апликациялари, 2.5% ли кальций хлорид эритмаси, электрофорез 10-20 дақиқа давомида, ҳаммаси булиб 10-15 тавсия этилади. Туберкулин синамалари салбий булганда диатермия, ультра юкори тулқинли ток, кварц нурулари кулланилиши мумкин.

Касалликнинг оғир кечишида микрофлоранинг сезувчанлиги хисобга олган ҳолда бир нечта антибиотикни биргаликда қўллаш мақсадга мувофиқ. Айни пайтда организмнинг химоя қувватини кучайтириш ниятида кон, плазма, гипериммун антистафин, плазма, анаболик гормонлар (неробол, диметиландростендиол), интоксикацияни камайтириш реополиглобин, гемодез, неокомпенсан, 5% ли глюкоза эритмалари кулланилади.

Йириқлиги плевритларни даволаш жаррохлик усули торакоцентез ёки торакотомия йули билан плевра бузилиши йириқлаштирилиши кутилганда кулланилади.

Беморларнинг тузалиши учун уларнинг парвариши ва оқшаништирилиши ҳам катта аҳамиятга эга. Бемор ётган хонада шамоллатиб турилиши, хонадаги ҳаво ҳарорати $20-22^{\circ}\text{C}$ да бўлиши, беморнинг бош томони баланд кутарилган ҳолда бўлиши керак.

Оқибати. Курак ва серозли плевритлар аксарият ҳолда иссиз утиб кетади. Йириқлиги плевритларда эса унинг оқибати жиддий булиб, у куп жихатдан вақтида даволашга боғлиқ.

Баъзи ҳолларда плевра қаватлари орасида ёниги бойламалар ҳосил булиб, касалликнинг узок муддатга чузилиши ва фаолиятининг бузилишига олиб келиши мумкин.

Плеврит билан оғриган беморларга диспансер назорати бўлиши, ихтисослаштирилган оромгоҳларда даволаниш тавсия этилади.

РЕСПИРАТОР-АЛЛЕРГОЗЛАР.

Нафас олиш аъзолари ташқи муҳит билан бевосита алоқада бўлганлиги туфайли уларнинг аллергия касалликлари кенг тарқалган.

Респиратор аллергиялар – нафас аъзоларининг аллергия касалликлари бўлиши эрта ва мактаб ёшдаги болаларда кўпроқ учрайди. Эрта ёшдаги болалардаги бурун, томоқ, кулок касалликларининг ярмидан ортироғи аллергия асосга эга.

Этиологияси. Бурун, томоқ, хикмадок, трахея, бронзоларнинг шиллик пардаси ва альвеолалари аксарият аллергия реакцияларида «шун» аъзо бўлиб ҳисобланади.

Эрта ёшдаги болалар респиратор аллергияларнинг аксарият ҳолларида кўпроқ таркибидаги аллергияларга сезувчанликнинг ошганлиги сабабидан келиб чиқади (сугир сути, тухум ва б.к.). Кўптарок ёшдаги болаларда эса бу касалликларнинг келиб чиқишида аллергия бевосита нафас йуллари орқали тушиши (ингаляцияон йули) кўпроқ аҳамият касб этади (гул чанги, уйдаги чанг ва б.к.).

Бемор организмдаги юқумли аъзолар учоғли респиратор аллергияларнинг чуқурлиги ва тез-тез қайталаниб туришига сабаб бўлади. Респиратор аллергияларнинг ривожланишида аллергияга шиллик ҳам маълум аҳамиятга эга.

Патогенези. Респиратор аллергиялар ута тез ривожланидиган аллергия реакциялар сифатида юзага келади. Барча аллергия касалликлар каби уларнинг патогенезида ҳам учта – иммунологик, токимевний ва патофизиологик босқичлар фарқланади. Аллергия реакция натижасида нафас йуллари шиллик пардасининг химоя қилиниши пасаяди, оқибатда аксарият ҳолларда аллергия касаллигининг бақтернал яллиғланиши ҳам қушилади.

Респиратор аллергияларни куйидаги гуруҳларга бўлиш мумкин:

1. Юқори нафас йулларининг аллергия касаллиги аллергия ринит, синусит, аденоидит, тонзиллит, фарингит, трахеит, бронхит.
2. Бронхиал астма.
3. Аллергия зотиджам ва альвеолит, эозиноптика инфилтрати.

Клиник манзараси. Нафас йулларининг турли қисмлари аллергия зарарланиш узига хос клиник белгилари билан кечади.

Аллергия ринитнинг болаларда куп учрайдиган тури поллиноз усимлик гулларининг чангига нисбатан аллергия ривожланишидир. Поллинозлар мавсумий хусусиятга эга усимликлар гулдайдиган даврида ривожланади ва кайталаниб туради. Аллергия ринит уткир ва сурункали кечиши мумкин.

Уткир аллергия ринит сезувчанлиги ошган орган аллергия тушгандан сунг тез ривожланади ва буруннинг бекоилиши, бурундан шилимшик суюқлик оқиши, буруннинг кичиши, уйқусизлик, акса уриш билан кечади. Беморнинг ухаволи деярлик узгармайди, тана харорати одатдагидек ёки субфебрил даражада булиши мумкин. Касаллик белгилари бир неча соат кундан сунг утиб кетади. Бурун шиллик пардаси риноскопия ёрдами текширилганда, шиллик қаватнинг шишгани, оқарган ёки қизил тусга киргани аниқланади.

Сурункали равишда утадиган аллергия ринитда кийинлашуви натижасида бемор болалар инжиклашади, ёшидаги болаларнинг фақларни узлаштириш қобилияти анча паст бўлади. Риноскопия қилинганда, бурун йулларининг торайиши аниқланади.

Аллергия ринит аксарият холлрада нафас йулларининг, ва бурун қушимча бушлиқларининг аллергия яллиғланишига келади.

Поллинознинг ташхиси учун касалликнинг мавсумий

сияти, унинг усимликлар гуллаган даврда кайталаниши ва хослик белгиларни ҳисобга олиш зарур. Аллергик ринитни уткир или касалликлар — кизамик уткир респиратор вируслиликлардан фарклаш лозим.

Аллергик синуситлар мустикал холда кам учрайди, улар анча аллергия ринит билан биргаликда ёки унинг асорати шаклида юзага келади. Аллергик синуситларда ланжлик, бош оғриги, пармокли асаб толаси (*n.trigeminus*) нинг чиқиш жойида оғрик ва шиши, юз ва ковокларнинг салкиганиги, бурундан нафас олишнинг қийинлашуви, хуружсимон ақса уриш, бурундан шилимшик суюқлик чиқиши ва кичишуви кузатилади. Буруннинг кушимча бушликларини гистологик текшириб курилганда, симметрик сохаларда сохаланилади. Аллергик яллиғланишга бактериал яллиғланиш қўшилиши мумкин, бундай холларда беморнинг тана харорати кўтарилади, бош оғриги кучаяди, унинг умумий ахволи ёмонлашади.

Аллергик фарингитлар ҳам бошқа сурункали аллергиялар сифатида мавсумий хусусиятга эга булиб, томоқнинг уткир сурункали яллиғланиши белгилари билан кечади. Беморни томоқ қуриши, қийинчилик билан келиши, томоқда ёт нарса қолгандай туйғунинг ҳис қилиниши безовта қилади. Аллергик фарингитлар аксарият холларда аллергия тонзилитлар билан биргаликда кечади.

Аллергик ларингитларнинг клиник белгилари бошқа аллергиялардан дейрли фарк қилмайди. Аллергик ларингит уткир холда унинг белгилари тез орада ривожланиб, стеноз (сохта круп) шаклида келиши мумкин.

Беморлар товушининг бугиклашуви, нафас олишининг қийинлашуви, ютинишда оғрик борлигига шикоят қиладилар. Уткир фарингитнинг белгилари купинча кечки пайтда кучаяди ва товуш қийинлашади. Беморнинг остида аллергия шиш хосил булади. Бу эса стенозлик белгилари олишга ва хаттоки бугилишга олиб келиши мумкин. Бундай холларда беморнинг умумий ахволи оғирлашади, унда қурқув патологиялари, лаб-бурун учбурчагининг

кукариши, инспиратор хансираш, кийналиб йуталиш, шовкинли олиш пайдо булади.

Аллергик трахеит. Купрок 3-8 ёшлардаги болаларда учради. Беморларда тана ҳарорати узгармаган ҳолда курук йутал пайдо булади. Баъзан у хуржсимон тусга киради. Йуталдан сунг беингилик хис қилмайди. Аллергик трахеитда беморнинг умумий аҳоли оғир эмас, хансираш, нафас олишнинг кийинлашуви, ҳароратининг кутарилиши кузатилади.

Аллергик бронхитда давомли йутал кузатилади. Аммо йутал юқумли аъмоллар чақирган бронхитлардагидан фарқи равишда тана ҳарорати узгармаган ҳолда ва организм умумий захарланиши (интоксикация) нинг белгиларисиз кечади. Ушбу эшитиладиган куштаксимон курук хириллашлар ва турли пуфакчи хул хириллашлар анча бекарор булади ва бир кун мобайни уларнинг урни ва миқдори узғариб туради.

Айрим ҳолларда аллергия бронхитда хуржсимон йутал нафас олишнинг кийинлашуви кузатилади, лекин бронхиал астма фарқли равишда нафас чиқариш эмас, балки нафас олиш кийинлашади. Аллергик бронхитда терида тошма тошиши, аллергиянинг бошқа белгилари ҳам учраб туради. Периферик таҳлилида эозинофилия аниқланади. Юқорида айтиб ўтилганидун нафас йулларининг аллергия касалликларида аксарият ҳоллари вирусли ёки бактериал яллиғланиш кушилади, бу эса касалликнинг клиник манзарасини анча узғартиради, ташхисни кийинлаштиради. Касалликнинг ривожланиш тарихи, мавсумга боғлиқлиги ёки бир аллергия (респиратор, доривор ёки озик овқат аллергиялар таъсирида ривожланганлиги, касаллик бир вақтнинг узида аллергия хос турли белгилар билан утаётганлиги ташхис учун аҳамиятга эга.

Сурункали ва кайталантирувчи аллергия бронхит замини беморда бронхиал астма ҳам ривожланиши мумкин.

Аллергик зотилжам мустақил равишда ёки бошқа

аллергик касалликлар билан биргаликда учрайди. Унинг клиник тасвири ва тарқалиши нафас олиш етишмовчилигининг белгилари: йўтал, упкада ва курук хириллашлар; упка устида перкутор товушнинг заҳираси ва килиги ёки кискариши кузатилади. Лекин бу белгилар барқарор бўлмайди, бир кун ичида бир неча бор узгариб туриши мумкин: тана ҳолати хам бактериял эпителламда кузатиладиган даражада юкори келиши мумкин. Периферик кон тахлилида эозинофилия нисбий лейкоцитоз мавжуд булган холда эритроцитлар чуқик тезлиги келиши мумкин. Рентгенологик текширганда упкадаги яллиғланишлар келиши упка тиниклигининг пасайиши аниқланади.

Эозинофилли упка инфилтрати куп жихатдан рентгенологик тасвирини асос қилиб хисобланади. У купгина доривор аллергенлар (антибиотиклар, сульфаниламид дорилар, нитрофуран гурухи препаратлари) ни куллаганда ривожланади.

Эозинофилли упка инфилтрати гелминтозларда (аскаридоз, анкилостомоз) хам юзага келиши мумкин. Аксарият холларда, упкадаги белгиларсиз кечади. Упканинг маълум сохаларида инфиллардан иборат инфилтрация хосил булади. Айрим холлардагина беморда кам дармонлик, йўтал, курак сохасидаги кашлик, энгил хансираш каби белгилар кузатилади. Упка эшитиб олишда, аллергик эпителламни эслатувчи узгаришлар аниқланиши мумкин. Упкадаги узгаришлар бекарор булиб, 2-3 кунда узгариши ёки келиши мумкин. Периферик кон тахлилида кучли (60-70% гача) эозинофилия аниқланади.

Аллергик альвеолит. Бу касалликнинг асосий сабаби сапрофит микроорганизмлар (актиномицинлар, аспергиллалар, турли пенициллинлар) билан боғлиқ. Болаларда эса аллергик альвеолит ингаляция йули билан юкори молекулали дори дармонлар (питуитрин, гипофиз препаратлари, нитрофуран гурухи) кулланилганда ривожланади. Касаллик белгилари аллерген билан учрашгандан сунг 4-8 соат утгач юзга келади. Аллергик альвеолит келиши буйича уткир, уткир ости ва сурункали булади. Конда лейкоцитоз, нейтрофилёз, конда эозинофилия

кузатилади.

Касалликнинг уткир кечишида курук хуружсимон жисмоний меҳнат билан шугулланганда пайдо буладиган кукрак кафасида огрик каби белгилар аниқланиб, упкада физикал узгаришлар унчалик кучли булмайди. Упкада баъзан урта хажмдаги хул хириллашлар эшитилади. Периферик лейкоцитоз, балгамда эса эозинофиллар ва лимфоцитдорининг ошганлиги аниқланади. Ташки нафас аппарати фаолияти бузилмаган. Рентгенологик текширишда четинфилтратли зарарланиш уочклари аниқланади. Аллергия организмга куп тушиши касалликнинг чузилиши ва упкада ривожланишига олиб келади.

Касаллик уртача огирликда кечганда упкада етишмовчилик белгилари кучайиб боради, беморда калтирилма булади. Курик пайтида кукрак кафасининг эмфизематоз эканлиги аниқланади. Упкада куп микдорда крени хириллашлар эшитилади. Периферик конда нейтрофилли лейкоцитоз балгамда эса эозинофиллар ва термофил актиномицинлар аниқланади. Рентгенограммада тугри чизик ва тур шаклидаги таркалган топиллиб, улар асосан упканинг урта ва пастки булакларида жон булади.

Касалликнинг сурункади кечиши адлерген билан узок контактда булганида келиб чикади ва упка фибрози кайтмас клиник, функционал ва рентгенологик белгилар билан беморларда балгамли йутал, хансираш, субфебрил тана хиллашнинг бузилиши, озиш каби белгилар кузатилади. доимий булмаган кичик ва урта хажмдаги нам хириллашлар эшитилади. Периферик кон тахли-лида лейкоцитоз, эритроцитоз чукиш тезлигининг ошиши аниқланади. Касалликнинг сунги боскичларида нафас йул-ларида обструкцияси ривожланади. Рентгенологик текширишда пастки сохаларида таркалган тугунчасимон соялар, упкада баъзан эса поликистоз ва бронхоэктазлар аниқланади.

аллергик альвеолитни идиопатик альвеолит (Хамман - Рич) ва сурункали бронхит ва зотилжам, ҳамда упка силдан дозим.

Аспиратор аллергияларнинг таъхисида аллергиялогик ва катта эътибор берилади: одатда бемор авлодларида касалликларнинг мавжудлиги, касалликнинг мавсумга, дори ва овозкат махсулотлари билан боғлиқ ҳолда ривожланиши вади. Аллергик касалликларнинг клиник манзарасида аксарият интоксикация кузатилмайдди, териға аллергия тошмалар мумкин. Периферик кон таҳлилида, балгамда ва бурундан шилимшиқда эозинофилларнинг куп микдорда учраши касалликларға хосдир. Махсус аллергиялогик марказларда да иммуноглобулин Е нинг микдорини аниқлаш, турли дарға сезувчанликнинг ошганлигини аниқлайдиган синамалар вади.

Даволаш. Аллергик касалликларни даволашнинг хал қилувчи ни чақирган аллергияenni аниқлаш ва бартараф этишди. Касалликнинг уткир даврида аллергияenni бартараф этиш, эхтимол тутилган аллергия хусусиятига эга булган озик ларини беомаслик керак. Шу билан бир вақтда организмни турилган аллергияндан тозалаш учун беморларға инфузион усуллари, сийдик хайдовчи дорилар бериш, ошқозонни тозаловчи хукна чиқариш фойдалиқ. Аллергияға мойиллиги беморларға бир вақтнинг узида бир неча дори-дормонларни мумкин эмас, чунки бундай вазиятда аллергия кайси та нисбатан ривожланганлигини аниқлаш анча мураккаб

аллергик касалликларни даволашда антигистамин препаратлар (л, супрастин, пиполфен, тарфен, тавегил ва б.к.) мухим та эга. Бу препаратларнинг хар бири 7-10 кун давр билан олиб, сунгра бошқаси билан алмаштирилади, акс холда уларға 7 ёки аллергия ривожланиши мумкин.

Респиратор аллергиянинг кайталаниши ёки уткирланган олдини олиш мақсадида 4 % ли интал эритмасидан беш томчида кунига 3-4 маҳал томизиш тавсия этилади.

Беморни хуружсимон курук йутал безовта кийин бромгексин, глауцин, либексин, тусупрекс каби перпаратлар билан ёшига караб тайинланади.

Агар нафас йулларида ангионевротик шиш ёки сохтан ривожланса, беморнинг оёқларини иссик сувга солиш, 2 % ли калий билан нафас олиш (ингаляция), бронхолитиклар куллаш билан ахволини энгиллаштиради.

Сохта крупнинг 2 даражасида албатта глюкокортикоид гормонлар куллаш тавсия этилади (гидрокортизон 4-5 мг, преднизолон 1.5-2 мг/кг вена ичига юборилади). Кон томирида суюқликларнинг сизилиб ажралиши (экссудацияси) ни камайтириш мақсадида кальций хлориднинг 10 % ли эритмасидан 0.2-0.5 мл миклориди вена кон томирига, кальций глюконатнинг худди шундай эритмасидан 0.2-0.5 мл/кг миклориди мушаклар орасига юборилади.

Физиотерапия усулларидан кальций хлорид электрофорез, диатермия яхши натижа беради. Аллергик ринит (поллинозлар) да гормонларнинг 0.5 % ли эритмаси маҳалдан (бурунга) кулланилиши мумкин.

Касалликнинг ремиссия даврида беморлар тоза хавода кун кечириш баҳраманд булиши, вақтида ухлаб дам олиши, чиниктирувчи мушаклар билан шугулланишига эътибор берилади. Агар сурункали юрак касалликлари омилилар учоги булса, мумкин қадар уни бартараф этиш зарур.

Нафас йулларининг аллергия касалликларини даволашда вақт талаб этади. Шунинг учун аллергия касалликларини муолажасида доривор усимликлар билан даволаш (фитотерапия) катта эътибор бериш зарур. Бундай доривор усимликлардан қорин кизилмия, зубтурум, бойчечак, мармарақларнинг дамлаш кулланилади.

Аксарият ҳолларда доривор-усимликлар йиғмаси ишлатилади, коракиз — 10 г, кизилмия — 20 г, кораандиз илдизи — 20 г, — 10 г, урмон кулупнайи — 10 г. Бу усимликлар сойда бўлиб, янчилади ва 1 ош қошиғи 300 мл сувда 10 дақиқа давомида қайнади. Кейин эрта ёшдаги болаларга 1 десерт қошиқдан, катта болаларга 1 ош қошиқдан кунига 3-4 марта ичирилади. Шунингдек, лозимки, фитотерапия усулида усимлик гули чангига қўшилган булган болаларга умуман кулланилмасилиғи керак.

Аллергик касалликлари булган болаларни даволашда дорилар (уларга нисбатан ута сезувчанлик булмаган тақдирда) ҳам қўлланилади. Улардан пиридоксин, кальций пантотенат, калий йодид, токоферол ацетат ва бошқалар беморларнинг ёшига кўра тайинланади.

Овкат маҳсулотларига сезувчанлиги ошган беморларнинг касаллигида ичак микрофлорасини муътадиллаш учун лактобактерин, бификол, лактобактерин куллаш мақсадга мувофиқ. Беморда касалликни келтириб чиқарган аллергия маълум бўлган ҳолда, агар унинг таъсирини бартараф этиш иложи бўлмаса, иммунологик марказларда махсус гипосенсибилизация утказиш, унинг натижасининг ута суюлтирилган микдорини организмга юбориш йули билан десенсибилизациялаш усули кулланилади.

Аллергенини аниқлаш иложи булмаган тақдирда (гамма-глобулинга ута сезувчанлик булмаса) гистоглобулин ёрдамида спонтан гипосенсибилизациялаш усули тавсия этилади. Гистоглобулин билан даволаш курси 4-5 та тери остига юборилган инъекциялардан иборат бўлиб, бунда препарат боланинг ёшига қараб дозалардан, 3-4 кунда бир марта юборилади. Орадан 3-6 ой утгач, даволаш курси такрорланади.

Олдини олиш тадбирлари. Аввало болани эрта ёшдан туғри тарбиялаш, аллергияга мойиллиги булган болаларнинг овкатдан қўқунларни истисно қилиш, бундай

болаларни профилактик эмлаш учун махсус тайёрлаш, дармонларни, айниқса, антибиотикларни куллашни чегаралаш д...
Аллергияга мойиллиги булган болаларни олдиндан ан...
бу оилладаги болаларни эхтимол тутилган ёки аниқланган аллер...
хисобга олган ҳолда махсус режа асосида диспансер назоратида...
аллергия ривожланишининг олдини олиш имкониятини оширади.

БРОНХИАЛ АСТМА

Нафас олиш аъзоларининг аллергик касалликлари орасида...
оғир кечадигани бронхиал астмадир. У сурункали ва қайтала...
носпецифик упка касалликларининг 50-60% ини ташкил этади.

Бронхиал астма – зикр қасаллиги (юнонча asthma-халло...
бутилаш) аллергик хусусиятига (алло- бошқа, ergon – ни)...
булиб, инсониятнинг 0,5 - 1% и ушбу хасталиқдан жабр тортади.

Умуман турли хил аллергик касаллиқлар кенг тарқалган б...
болалар орасида 5-6% ни ташкил этади. Охириги 30-40 йил моба...
аллергозларнинг кунайиб кетишига; асоссиз равишда...
қудданладиган антибиотиклар; кишлоқ хужалигида бе...
ишлабтган қимёвий моддалар ҳам сабаб бўлмоқда. Организмд...
сезувчанлик (аллергия) чакириб, нафас йулларининг...
касалигига (аллергозга) олиб боровчи аъмоллар (аллерген) ...
муҳитдан тушиши (экзоген аллерген) ёки организмнинг узида...
булиши (эндоген аллерген) мумкин. Экзоген аллергенлар юк...
(бактерия, вирус, замбуруғлар) ва юкумсиз (уй чанги, коғоз ч...
баъзи овқат маҳсулотлари, жун, тери, қуш пати, хар хил гуллар...
чанги ва ҳ.к.) булиши мумкин. Доривор моддаларга булган...
сезувчанлик ҳам (пенициллин, стрептомицин, новокаин, йод ва...
кенг тарқалган. Аллергик касаллиқларнинг юзага чиқишида ир...
мойиллиқнинг ҳам аҳамияти катта.

Бронхиал астманинг пайдо булишида ирсий аъмоллар организмдаги маълум жараёнга жавоб берадиган генлар тизими) ни мухит аъмоллари билан таъсирланиб туради. Бронхиал астма ни огриган беморлар шажарасида аллергия касалликлар, шу жумладан, бронхиал астма, респиратор аллергиялар, экссудатив диатез, экзема, семизлик, подагра каби касалликлар аникланади.

Хар бир одамнинг уз ота-онасидан қанча ва қандай генларни олади шунга боғлиқ. Шу бойсдан касаллик қупайишига яқин индошларнинг узаро никохи ҳам сабаб булади.

Аллергиялар организмга нафас йуллари, тери, ошқозон-ичак ва бундан ташқари игна санчиш орқали (дорилар, эмлаш учун кулланиладиган дорилар, ҳашаротларнинг чакиши) тушади.

Ута сезувчанлик (сенсбилизация) чакирувчи ёт нарсалар организмга такрор таъсир этиши натижасида 3 босқичда борувчи аллергия касаллик ривожланади. Аллергия жараён қайси бир аъзода (ушунга қараб, у ёки бу касалликларнинг клиник манзараси кузатилади. Бронхиал астма касаллигида ана шу жараён бронхлар пардасининг буртини, мушакларининг моддаларнинг ҳаддан зиёд тупланиши, ҳамда бронх мушакларининг дикоординацияси (шу жумладан диафраманинг), бу олинган маромининг бузилишига олиб келади. Нафас олиш ва чиқаришнинг кийинлашуви ривожланишида нафас чиқариш пайтида организмнинг альвеолалардан майда бронхлар орқали утиши кийинлашуви оқибатида пайдо буладиган иккиламчи ушунга эмфиземаси иккиламчи ҳолатда ушунга тукимаси таранглигининг пасайиши (асаб ва нерв фаолияти бузилиши, зарарланган аъзода ва конда қупайиш) билан биргедан биология фаол моддалар микдорининг тупланиши туфайли организмга келган ушунга эмфиземаси муҳим аҳамият тутати.

Бронхиал астма хуружлари пайдо булишида асаб ва эндокрин системаларининг аҳамияти катта. Хуруж пайтида стресс

ҳолат ривожланиб, буйрак усти беzi пуcтлогн фаолият фаолашувиға ва глюкoкoртикoид гoрмoнлар чaкирилти купайишиға олиб келади. Хуруждан кейинги даврда буйрак усти пуcтлогн фаолиятининг фаоллиги анча сусаяди. Хуруж даврида буйрак усти беzi пуcтлогн фаолияти муътадиллашади, тез кайталаниб, огир ва чузилиб утувчи астма хуружлари буйрак беzi пуcтлогн фаолияти ва глюкoкoртикoидлар фаоллиги сусай олиб келади. Шу сабабли бронхиал астма билан огриган бемор баъзан стерoид гoрмoнлар киска муддатта бериш эҳтиёжи туғилади.

Эрта ва мактабгача булган ёшдаги болаларда вақт бузилишлар ва бронхлар шиллик кавати безлари гиперсекреция пайдо булиши натижасида нафас қисқариши ҳолати кузатилади ва касаллик клиник манзарасида астматик ҳолат секинлиги билан ривожланиб, узок вақт давом этиши мумкин. Ёшдаги болаларда купинча майда бронхлар мушак толалашиқчилиши (спазм) кузатилиб, натижада нафас олиш кийинлашади, хуруж нисбатан тезроқ юзага келиши билан кечади. Бронхиал астманинг кечишига ёшдан ташқари ҳар бир бемор боланинг хос хусусиятлари (марказий асаб тизими фаолияти ҳолати, экссудатив диатезнинг борлиги ва б.к.) ҳам қатта таъсир қилади.

Жадвал №6

Бронхиал астманинг таснифи

Шакли	касалликнинг даври ва кечиши	Огирлиги	асоратлари
1.инфекцион-аллергик	А.Касалликнинг авжига чиққан даври	1.енги л	улка касалланиши натижасида юрак фаолиятининг етишмовчилиги

алерг	1.Бронхиал астма хуружи. А.хуруж олди даври Б.хуруж даври В.хуруждан кейинги давр 2.Астматик бронхит 3.асматик холоат хуружсиз давр	2.Уртача огирлик. 3.Огир	2. Упка эмфиземаси 3.пневмоскле- рози 4.упка ателектази 5.интерстициал, медиастернал ва тери ости эмфиземаси 6.спонган пневмотракс 7.асаб ва эндокрин тизимларнинг бузилишлари
-------	--	------------------------------------	---

ик манзараси. Касаллик нафас бугилиш хуружлари билан
д. Хуруж аксарият холларда кечаси бошланиб, болалар нафас
кийинлашганини сезиб, куркув хисси билан уйкудан
ишади. Беморнинг кузлари катта-катта очилиб ва лаб-бурун
чаги кукаради, у шовкили нафас олади. Беморнинг нафас
хаттоки анча масофадан ҳам эшитилиб туради. Эътибор бериб
илса, айникса нафас чикаришнинг кийинлашганлиги (экспиратор
раш) ни аниклаш натижасида кукрак кафасидаги колдик хаво
сема) хисобига унинг дамланганлиги кузатилади. Бемор нафас
ни енгиллаштириш мақсадида мажбуран урнидан ярим
илиб, кулларини ёнга ва оркага тираб, ярим утирган холатни
и. Аускультация пайтида упкада хуштаксимон ва дагал
ллашларнинг борлигини, перкуссияси эса хаво

туддирилган буш идишни дукиллатиб уриб курилганда чик садони аниклаш мумкин. Бронхиал астманинг хуружи хар га соатгача ва хаттоки бир неча кунгача давом этиши мумкин хуруж узок давом этса, кислород этишмовчилиги, нати организмда моддалар алмашинувининг бузилиши, алмашинувининг захарли оралик махсулотлари тупланиб қола хойда бош миянинг кислородга булган эхтиёжи хам коплиани Беморда титраш, хаттоки тутканокка ухшаш холат пайдо бу Хуруж утиб кетиши билан эса бемор енгил нафас олади, хам озаёди, баъзан анча балгам ажаралади. Хуруж булмаган даврда узини купинча согломдек сезади. Касалликнинг хуружи ойда кечганда) ва йилда (енгилрок кечганда) бир ёки бир неча такрорланиб туради. Бронхиал астманинг кечишини кузати борасида унинг бир-бири билан алмаша борадиган бир неча давр мавжуд эканлиги аникланган. Энг аввало беморнинг ахволи бугилишнинг хуружи ва хуружлараро даврлардаги кескин фарк таълиланади. Хуруж тутишни бир неча боскичга ажратиш мум Купинча беморда хуруж бошланишидан 1-2 кун олдин хуруж даври (даракчи белгилар даври) кузатилиб, буни эсхушини тани беморлар яккол сезишади. Бемор дармонсизланади, баъзан субфе даражада иситма чикиб, бурун битиши, онда-сонда йутал булади, бош ёгрийди, бадан кичишуви кузатилади. Бора беморнинг умумий ахволи огирлашиб, кескин аксарият холларда к бугилиш хуружи бошланади ва касалликнинг бутун клиник манзараси к чикади. Агар хуруж 20-30 дакика ёки бир неча соатларда у кетмасдан, 6 соатдан куппрок ва кунлар давомида чузи бунга асматик холат (*status asthmaticus*) деб айтилади ва бу хо дард огир кечади-ган холларда кузатилади. Аммо кайтала турадиган хур-уж даври хам бир неча хафтага чузлиши ва акси биргина бугилиш хуружи билан чегараланиши мумкин. Бугил хуружи утиб кетгандан кейин, хаво утувчи майда нафас йулларини вақтинча торайишига олиб келади,

Бемор бир йеча кун ёки hafta давомида аста-секин узини
унинг йуталиши, хансираши ва упкасидаги хириллашлар
Йуколади. Нафас олиш, юрак ва бошка аъзоларининг
муътадиллашиб, бемор укинга ва ишга ярокли холатга
кўпроқ даврга утади. Бу даврда бемор узини анча енгия сезади,
микоятлари ҳам булмайди. Аммо махсус текширишлар нафас
ларидоги айрим узгаришларни курсатиши мумкин. Бронхиал
огир ва узок кечган холларда медиастенал ва тери ости
таси, ателектаз, пневмотракс, упка-юрак фаолиятининг
очилиги, пневмосклероз каби огир асоратларга олиб келиши

Бронхиал астма эрта ёшдаги болаларда одатда тана
ларининг кутарилиши билан бирга кечади. Упкада курук
шлар билан бир вақтда ҳамма вақт, узок муддат давомида (5-
6-8 ваъзан 2-3 haftaгача) кун микдорларда хар хил хажмдаги наф
шлар ҳам эшитилиб турилади. Бу аломатлар (тана
ининг кутарилиши, хансираш, упкадаги узгаришлар) уткир
амни эслатади. Аммо тана хароратининг тез орада пасайиши,
токсикоз белгиларининг йуқлиги, зикнафасликнинг кейинги
ари бу белгиларнинг кайтарилиши бронхиал астманинг
ани куйишда кушимча асос булади.

Болаларда бронхиал астманинг кечишида турли асоратлар
лиши мумкин. Бу асоратлардан бири упка ателектозидар,
тазнинг клиник аломатларини аниклаш мураккаб булиб,
мологик текшириш жараёнига ҳам упка тукимасининг
матоз шишуви ва ателектазларнинг мухум окибатлари ҳамма
ам аникланиши имкони булавермайди. Беморни мунотазам
ва рентгенологик текшириб туришгана ташхисни аниклашда
беради. Аксарият холларда упка ателектазига микроблар
и ва зотилжам ривожланиши мумкин.

Бронхиал астмада спантан пневмоторакс, медиастенал

ва тери ости эмфиземаси асорат сифатида юзага келиши мумкин.

Айрим холларда бронхиал астма билан огриган бола сурункали гипоксиянинг окибати сифатида асабий бузилишлар кузатилади. Асаб тизими бузилишлари одатда нафас сикилиш хуружи, психика кузалиш, кулларнинг калтираши, нуткнинг бузилиши аломат куришида утади. Бронхиал астманинг яна бир жиддий асорат сурункали упка эмфиземасидир.

Касалликнинг уртана огирликдаги шаклида утказилган маънавий текширувлар хуруждан бир неча кун утгач, упка хажмининг одавий ҳолатга кайтишини курсатади. Аммо бронхиал астманинг огирликдаги шаклида билан огриган болаларда упканинг туртун эмфизематоз шаклида сақланиб туради.

Бронхиал астма билан огриган беморларда юрак-кўн тизими фаолиятининг бузилиши кузатилиб, бу асорат айниқасалликнинг огир кечишида ва хуруж даврида яққол ташланади.

Бронхиал астма хуружи пайтида сезиларли даражада гипоксия ва упка эмфиземаси пайдо булади. Бу узгартишлар юрак-кўн тизими фаолиятининг фаолигини сусайтиради. Терининг оқариб кетиши, юз териси, кул бармоклари кукариши юзага келади, буйин, кул кафаси терисидagi вена томирларининг кенгайиши кузатилади. Беморлар юрак соҳасида санчик ва бош огригидан шикоят килиши юрак ва томир уриши тезлашади. Хуружлар оралиги даврида эса пайтидаги тезлигига кайтади, баъзан брадикардия ва синусли аритмия аниқланилиши мумкин. Нафас сикилиш хуружи даврида мақсад аритернал кон босими 15-20 мм симоб устунига ошади ва нафас чикариш вақти узайиб, нафас олиш вақтида кискаради.

Бронхиал астмада юракнинг нисбий чегаралари (хуруж пайтида бу ҳолат айниқса кузга яққол ташланади) упка эмфизематоз сабабли кискаради, юрак «томчи» ҳолатда булади.

Юрак соҳаси эшитиб қурилганда, юрак товушлари бугикроқ юта бугик, упка артерияси соҳасида эса иккинчи тонинг қанглиги аниқланади. Беморнинг ахволи яхшиланганда, юрак овушлари баъандалашуви аниқланади: шу ҳолатда баъзан систолик овуш эшитилади, шовкин одатда бемор урнида ётган ва нафас олиш пайтида яққолроқ эшитилади.

Ташхис ва киёсий ташхиси. Астматик ҳолатнинг клиник тараси шунчалик ҳоски, унинг ташхиси ҳеч қандай қийинчилик қилмайди. Бронхиал астманинг ташхиси 2 босқичдан иборат: 1. Аллергеннинг ташхиси ва аллергенни аниқлаш.

Аллерген аниқлашда қуйидаги усуллар қулланилади: 1. Истисно этиш усули (элиминация); 2. тери синамалари; 3. аэрозолли синамалар.

Истисно этиш усули орқали алиментлар аллергенлар қиланади. Бунда шубҳа қилинган аллерген тутувчи овқат махсулотини истисно қилинса, астма ҳуружи тутайди, агар овқат истисмол қилинса, ҳуруж яна пайдо булади.

Бемор атрофида, ташқи муҳитда булган аллергенларни тери синамаларига қуйиладиган синамалар ёрдамида аниқланади. Тери синамалари махсулоти атроф муҳитда қуп учрайдиган аллергенларда таёёрланган экстрактлар билан утказилади.

Аэрозолли синамалар ҳавода қуп тарқалган аллергенларни аниқлашда қул келади. Бронхиал астманинг ташхисини аниқлашда интравенузно зардобиде иммуноглобулин Е микдорининг қупайганлиги ҳам қул қим аҳамиятга эга.

Бемор болаларнинг периферик қонда эозонофилия, балғамда Шарко-Лейдин кристаллари ва Крушман спираллари аниқланади.

Бронхиал астманинг киёсий ташхиси қуп йутал, нафас олуш қулларига тасодифан тушган ёт жисмлар, ҳикилдоқнинг тутма тридори, упка сили, дифтеридадаги нафас сикилиши, аллергиясиз ҳолатга келган обструктив ҳолатлар билан

утказилади. Бронхиал астмага ухшаш клиник манзарани яна
трамез ва хикилдок папиломаси, аденопатиялар, катта
айрисимон безнинг тархеш ва бронхларни сижшиши, юрак ва
томиларнинг ривожланмиш нуқсонлари ҳам бериши мумкин.

Кибсий таъхисда синчковлик билан утказиладиган
маълумотлар, касаллик тарихи таъхили, касалликнинг
асосини тасдиқловчи махсус текширувлар мухим аҳамиятга эга.

Даволаш. Энг аввало касалликнинг кечилиши ва бемор
клиник ҳолатини ҳисобга олиш шарт. Тиббиёт ходимлари ва
ота-онадар бугилиш хуружи бошланишини олдини олиш чора-
куриш имкониётига эга. Болага тинч шароит яратиш, унинг ову
иложи борича аллерген хусусиятга эга булган махсулот
чикариш, хонани яхшилаб шамоллатиб туриш лозим. Бундан ташқари
беморнинг оёқларига ванна қилиш, бурнига изадрин, эфедрин ёки
эритмаларини томизиб, унга бронхларнинг кенгайтирувчи (э-
эуфиллин, астазма) ва ута сезувчанликка қарши дорилар (де-
супрастин, виполфен, калций хлорид эритмаси) ичирилиб туриш лозим.
Ханталли тоғоз ва ванналарни ишлатмаган маъқул, чунки
хидининг узи бугилиш хуружини чакориши эҳтимолдан ҳоли.
Ана шу чоралар аксарият ҳоларда бугилиш хуружининг олдини
имкониётини беради ва 7-10 кун мобайнида уларни давом эт-
тириш керак.

Бугилиш хуружи бошланганда эса бемор тиббий ёр-
мухтождир. Бундай ҳоллар учун юқоридаги бронх
кенгайтирувчи дориларни аэрозол сифатида ингаляция қилиш (и-
нгуллариға пурқаш) зарур. Айни пайтда ута сезувчанлик
оқшувига қарши дориларни қуллашни давом эттириш лозим.
Профессор С.Г. Звягинцева бугилиш хуружини тухтатиш
жуда таъсирчан булган болаларға люминал (седатив
тинчлантирувчи восита сифатида), демидрол (гистаминга қарши
таъсир қилувчи ва шу боисдан ута

ликни камайтирувчи восита сифатида), ҳамда эфедрин ва
ли (бронхларни кенгайтирувчи воситалар)ни омухта ҳолда
узулини тақлиф этган.

(Жадвал №7)

Зугилиш хуружини юқотишда қулданиладиган дори­ларнинг
шига нисбатан 1 микдори. (С.Г.Звягинцева буйича).

И ти	Фенепбарбит ал (люминал)	Диметро л	Эфедрин,г	Эуфилли н,г
на	0,005	0.01	0.006	0.012- 0.01
	0,007	0.015	0.008	0.02
	0,01	0.02	0.01	0.03-0.05
	0,012	0.03	0.015	0.05
	0,015	0.05	0.02	0.08
3	0,02	0.06-0.07	0.02-0.025	0.1-0.15

Беморга ярим утирган азимат берилиб, курак қорини
тиш, оёқларга иситгич ёки ванна қилиш лозим. Шу асосда тиббиёт
алари ваҳима, говур-гувур қутарса, бола ота-онасининг дахшатга тушиб,
рага тушганини курса, бемор ҳам қурқиди ва хуруж қучайиб, беморнинг
янада оғирлашади. Шунинг учун ҳамма чора тадбирлар вақтинчалик
и, айна вақтда беморга далда бериб, лекин аниқ бажарилмоғи
к. Кейинги йилларда хуружни бартараф қилиш учун алуцент
цияси ишлатилмоқда, аммо уни бир кунда 3-4 мартадан иш
тишга рухсат этилмайди. Агар бу чоралар ёрдам бермаса,
ларни вена томирига ва тери остига юборилади. Бундан
қари 5 ёшгача булган болалар? - S. ?аблетка, 6-12 ёшдан ? - s
еткадан теофедрин кунига 2-3 маҳалдан, ёки тил остига ташлаш
н изадрин, эуспиран қуллаш мумкин. Хуруж тухтамаган тақдирда
мологик эритмага қушилган ҳолда 5-7 мг/кг микдорида эуфиллин
чилаб вена кон томирига юборилади. Хуружни -

тухтатишда 0.1 % ли адреналин эритмаси тери орасига юб
ил боланинг (бу бир ёшига), жуда тез (5-10 дақиқа давом
курсатади, лекин бу таъсир киска муддатли – яъни 2 соат
эфедрин эса 4-6 соат давомида уз таъсирини саклайди.

Юкорида курсатилган муолажалар натижа бермади
астматик холатда колаверса, у холда беморга 1-2 мг/кг
преднизолон юбориш эхтиёжи тугилади. Ута огир холларда
кайта, умумий кунлик микдорини 5-10 мг/кг га етказиб кун
Бемор организмининг гормонларга урганиб колиши, унга
вазияти ривожланиши хавфи ва гормонларнинг узок
ишлатилишининг уз асоратлари мавжудлигини хисоб
беморнинг ахволи яхшилангач, даргол гормон кабул
тухтатишга харакат килиш керак. Гормонларнинг
камайтира бориш жараёнида организмни ушбу гормон
таъминлаб турувчи буйрак усти безларининг фаолиятини
учун кунига 2 марта: 4-7 ёшдаги болаларга – 0.05 – 0.1; 8-12
болаларга эса 0.1 г дан кунига 2-3 марта 2-4-6 haftaгача са
тайинлаш мақсадга мувофикдир.

Хуруждан кейинги даврда адмашлаб димедрол ва
антигистамин дориларни беришни давом эттириш даркор. Бем
кунига 4-5 марта ингал, задитен ингалаццалари, физиотер
муолажалар (ультра киска тулкинли нурлар билан даволаш, ма
магнийли электрофорез) тавсия этилади.

Бронхиал астма билан оғриган беморлар диспансер назор
булиши ва касаллик 4 йил давомида хуружлар м
такрорланмасигина бемор соғайган саналиб, назоратдан чиқар
лозини. Хуружлараро даврда режали равишда сурункали
аъмолар уюкларини (синусит, тонзилит, холецистит ва б
даволаш, ҳамда физиотерапевтик муолажа сифатида да
гимнастикаси кенг тавсия этилади. Айни пайтда иложи б
касалликни чакирган

аъмоларни аниқлаш ва бартараф этиш хал килувчи ахамиятга эришишни ёдда тутуш лозим.

Агар касаллик келиб чиқишига сабаб булган ҳос аъмоларнинг иложи булмаса, у ҳолда мутахассис аллергологлар томонидан ута сезувчанликни камайтиришнинг махсус чоралари (булин ёрдамида) утказилади.

Олдини олиш тадбирлари. Бронхиал астманинг олдини олишда нафас йулларининг ҳар қандай касалликларнинг олдини олишларни охирига етказиб даволаш, қайталанишга йул қуймасликда муҳим. Аллергик касалликларга ирсий мойилиги булган боланинг болаларини оватлантириш, қийинтириш ва уй ҳаётида аллерген хусусиятли аъмолардан нарида будишига эришиш маълум ахамият касб этади, чунки бундай беморларда астма борасида «қавф» гуруҳига киради. Бундай болаларга аллергенлик хусусиятига эга булган озиқ-овқатлар (шоколад, кофе, кулупнай ва б.к.) берилмаслиги, юкумли касалликларга эришиш эмлаш болани махсус тайёрлангандан сунг утказилиши лозим.

Хуружлараро даврда булган бронхиал астмали беморлар учун хуружларнинг қайталаниши олдини олиш муҳимдир. Бунинг учун аллергенликни чакиртирувчи аъмоларнинг болага таъсир қилиши ҳолатларини иложи борича тула олдини олиш, агар бундай махсус чоралар маълум булмаса, ута сезувчанликни камайтиришнинг махсус специфик усулларидан фойдаланиш, эмлаш жараёнидан озода бўлиш, барча мавжуд сурункали юкумли аъмолар учоқларини (сурункали тонзилит, синусит, холецистит ва х.к.) узил-кесил даволаш чораларини курилиши шарт.

СИТУАЦИОН МАСАЛАЛАР

2/3

Масала.

9 ёшли бола. Келганидаги шикоятлари: доимий йутал ва қоринимшиқ йирингли балгам ажаралиши билан. 3 ёшида чузилувчан ва оғирлиқли характерли унг томонлама плевропневмония билан

К И Р И Ш

Юрак ва қон томирларининг касалликлари тарихياتидан жами сурункали соматик хасталиклар орасида бешинчи эгаллайди. Кейинги йилларда болаларда юрак ва қон томир касалликларининг нозологик тарқиб узгаради — ревматизмнинг со камайганлиги билан бир қаторда тобора кунроқ нокардиопатияларнинг ташхиси аниқлашмоқда. Хозиргача юракнинг мусқонлари, қон томирларининг дистонияси каби ҳолат тарқалганлиги юқориликча қолмоқда.

Хозирги замон клиник биохимёси, ирсият, техник таъ усуллари эришган муваффақиятлар нафақат юракнинг орттири тугма хасталикларини, балким норевматик хусусиятли мушакларининг яллиғланиши билан боғлиқ булган (норевматик ка боғлиқ булмаган (эндокринологик, метаболлик ва бошқа) кардиопат метаболлик, иммунологик, энзимологик қисслаб бир-бирларидан қ ва донд билан шунинг муолажа утказиш имкониия беради. Шу асосида барвақт бир-биридан фарқлаш усуллари дашлаб чиқилди.

Клиник кардиологиянинг бу замонавий ютуқлари умумамаллаёт врачлари ҳам таниш буллишларини, уларни амалиётга этишларини тақозо этади. Қайд этиш лозимки, яллиғланиш жараёни боғлиқ булган ва булмаган кардиопатияларни қиёсий ташхислаш, б самарали фармакологик муолажа утказиш нафақат педиатриянинг, б бутун табобат ахлининг олдида турган муҳим тиббий-ижт муаммодир, чунки бу катта ёшли аҳоли орасида юрак хасталиклар барвақт улими ва меҳнат қобилятининг йукотилишининг олдини ол алазарб йуналишидир.

Ушбу кулшанма замонавий кардиология соҳасидаги маъбад кафедрасининг кун йиллик тажрибасига таяниб тузилди ва амалият врач педиатрлар ва тиббиёт институслари педиатрия факультетлари юқори курс талабалари учун кулшанма сифатида тавсия этилади.

ЮРАК ВА КОН ТОМИРЛАРИНИНГ КАСАЛЛИКЛАРИ

Хозирги замон тиббиёти, жумладан педиатриянинг олзарб муаммоларидан бири, бу юрак ва кон томирлари касалликларининг барвақт ташхисини аниқлаш, даволаш ва олдини олишдан иборатдир. Бу гуруҳ касалликлар — «Умумжаҳон саломатликни муҳофаза қилиш ташкилоти» нинг (1986) маълумотига караганда сурункали инфекцияш касалликлар орасида бешинчи уринда туриши аниқланган.

Кейинги йилларда болалар орасидаги юрак ва кон томирлари касалликларининг нозологик таркиби узгарганлиги кузатилаётган. Болаларнинг ревматизм билан хасталаниши кейинги йилларда кузга таққиланган ҳолда камайган. М: 1972 йилларгача ревматизм болалар орасида 1,3% ни ташкил қилган бўлса, 1982 йилларга келиб — 0,35% ни ташкил этган.

Лекин ҳозирги даврда паст фаоллик билан кечувчи (субклиник, яширин) ревматизм ва уларнинг асорати сифатида юрак нуқсонларининг шаклланиши клиницистларнинг диққатида қўйиб ўтилган, чунки бу ҳолда кечувчи ревмокардитларнинг салмоғи өшиб бормокда ва 85-95% гачани ташкил қилади.

Кейинги йилларда болалар орасида юрак тутма нуқсонларидан ташқари юрак мушак қаватининг яллиғланишига боғлиқ булган (норевматик кардитлар) ва боғлиқ булмаган (кардиопатиялар) муҳим урини эгалламоқдалар. М: 1970 йилларда норевматик кардитлар ва кардиопатиялар — 3,3% ни ташкил қилган бўлса, 1990 йилларга келиб, 12,7% гачани ташкил қилганлиги аниқланган.

Икки табакали капкокчалар пролапси болалар ора-
 2,2-14% гача учраши аниқланган (Павлова М., Вэличко
 ,1982). Мажбурий улим содир булган ва аутопсия кил
 болалардан 2,3-8% гачасида кардитлар аниқланган.

Кичик ёшдаги болалар орасида юрак
 каватининг ялликланишига боглик булган (миокардитлар)
 боглик булмаган (кардиопатиялар), юрак тугма нуксон
 юрак ритми ва уткизувчанлигининг бузилиши, икки таб
 капкокчаларнинг пролапси каби касалликларнинг нозол
 таркиби (№1), расмда берилган (Калмыкова А.С., И
 Юкорида баён килинган юрак ва кон томир
 касалликларидан ташкари болалар орасида кейинги йил
 кон томирлари дистонияси, атеросклероз касалликлари те
 учрамоқда. Болалар орасидаги фавкулотда улим
 сабабчилари купчилик холларда юрак ритми
 уткизувчанлигининг бузилиши натижасида юзага келмоқда.

Болалар орасида учрайдиган, хаёт давомида хо
 булувчи яллигланишга боглик булган (миокардитлар)
 булмаган (кардиопатиялар) касалликларнинг келиб чикиши
 ташки мухитининг салбий таъсири, генетик омил
 гипоксиянинг ахамияти кейинги йилларда олимлари
 диққатини узига жалб килмоқда.

Липидлар перекисли оксидланиш жараёнини
 бузилиши катта ёшли кишиларда купинча юрак ва
 томирлари касалликларининг келиб чикиши
 ривожланишида асосий сабабчиларидан бири эканли
 маълум. Бу жараённинг болалар организмидаги холати хо
 хар томонлама урганилмоқда.

Яллигланишга боглик булган ва булмаган
 кардиопатияларнинг купчилик холларда юракдаги органи
 узгаришларга ухшаш клиник манзаралар билан кечиши, ҳам
 мавжуд клиник-тахлилий усулларнинг кам маълумотла
 бериши бу касалликларнинг ташхисларини аниқлашда

дум кийинчиликлар тугдиради ва хатоликларга йул
ишга сабаб булади.

Болалар орасидаги ялликланишга боглик булган ва
булмаган кардиопатияларнинг ташхисларини аниклашда,
арни бир-биридан киёслашда клиник-инструментал
шириш усулларидан олинган маълумотлардан ташкари
окимёвий (кон зардобадаги креатинфосфокиназа,
катдегидрогеназа ферментларининг микдори ва кон
азмасидаги К/Са нисбатини текшириш) усуллар ёрдамида
линган маълумотлар катта ахамият касб этади.

Миокардитлар ва кардиопатияларни барвакт аниклаб,
ларни даволашда традицион усулларга комплекс метаболитик
во усулларини (антиоксидант, иммуномодулятор) кушиш
дифеосфон, элеутерококк, эссенциале) бу касалликлардан
ргайиб кетишни тезлаштиради ва олдини олиш имконини
оради. Бундай комплекс даволаш болалар организмидаги
липидлар алмашинувининг мутадиллашувиго, фосфолипид
пектри, липидларнинг перексли оксидланишининг
кшилланишига, миокардиал ва антиоксидант ферментларнинг
раоллашувиго, хужайра ва гуморал иммунитетнинг
мутадилланишига ёрдам беради. Олимлар томонидан
комплекс даволаш патогенетик асосланган.

Болалардаги яллигланиш жараёни билан боглик
булган ва булмаган кардиопатияларнинг ташхисларини
барвакт аниклаш, киёсий ташхислаш, барвакт самарали
муолажаларни олиб бориш, хамда уларнинг олдини олиш
нафакат педиатрларнинг, балким бутун табобат ахлининг
олдида турган муҳим тиббий-ижтимоий муаммодир, чунки бу
катта ёшли ахоли орасида юрак хасталикларидан барвакт
улимининг ва ногирон булиб колишликларининг олдини
олувчи долзарб йуналишдир.

РЕВМАТИЗМ

Ревматизм бутун организм, айниқса юртомирлари ва бириктирувчи туқималарнинг яллиғлиги билан кечувчи касаллик булиб, у асосан болалик даврида бошланади. Халқ орасида бугин огриги билан кечувчи катор касалликлар (радикулит, подагра, ва шу жумла ревматизм ҳам) «бод касаллиги» деб умумий ном билан юритилади. Бу касалликларнинг келиб чиқишида болаларда ёши ахамиятга эга булиб, асосан 6 ёшдан кейин кузатилади. Мактаб укувчиларининг орасида ревматизм билан огриганларнинг миқдори 3%га етади.

Этиологияси. Хозирги пайтда касалликнинг этиологик омиди сифатида ?-гемолитик стрептококк кўриб олинган. Ревматизм билан огриган беморларнинг катар барчасида сурункали тонзиллит, карнесга учраган тизилит аниқланди. Ревматизмнинг юзасида чиқиши ва кайтмаслиги туриши «А» гуруҳига кирувчи ?-гемолитик стрептококк билан боғлиқ булиб, унинг таъсирида организм сезувчанлигини оширганлиги касалликнинг келиб чиқишида муҳим ахамиятга эга. Стрептококклар уларидан бир катор ферментлар ишлаб чиқариш хусусиятига эгаким (гиалуронидаза, стрептолизин, фибринолизин), улар микробларнинг организмда тарқалиши учун кулай шароит яратлади.

Касалликнинг келиб чиқишида, совукотишнинг ахамияти катта, шу боисдан ҳам ревматизм асосан йилнинг совук ва намгарчилик юкори булган фаслларида ривожланади.

Патогенези. Ревматизмнинг патогенези учун кушувчи туқималарнинг тизимли зарарланиши хос булиб, яллиқланди. Жараёни асосан юрак, ҳамда кон томирларини камраб олади. Касалликнинг ривожланишида микроорганизмнинг иммун-биологик хусусиятлари ҳам алоҳида урин тутлади. Касалликни чакирувчи агъмол, факат унга нисбатан макроорганизмнинг сезувчанлиги ошган холдагина.

биликни чакира олади. Ревматизм патогенезининг аллергик сифати хусусида кунгина далиллар мавжуд. Жумладан, унинг асосий белгилари стрептококкли ангина билан оғриган ҳолатларда 10-15 кун вақт утгач, юзага келадиким, бу организмда аллергия ривожланиши учун зарур муддатдир. Организмдаги тонзиллар, бугинларнинг яллиғланиши, томирлар сезувчанлигининг ошиши, касалликнинг сурункали кечиши, организмда шу микроблар таркибига кирувчи ферментларга таъсир қилгандаги махсус иммун таначаларнинг пайдо бўлиши бу касалликнинг аллергик табиатга эга эканлигидан далилат ҳисобланади. Организмга тушган касаллик чакирувчи аъмол (стрептококк) купайиши жараёнида ишлаб чиқариладиган махсулотлари қушувчи туқимага таъсир қилади, ҳосил бўлган ферментлар иштирокида коллаген емирилади. Стрептококклар тартиб чиқарадиган гиалуронидаза ферменти қушувчи туқима таркибига кирувчи гиалурон кислотасини парчалайди, натижасида кон томирлар утказувчанлиги бузилади, қон зардобидаги оксиллар нисбати узгаради – диспротеинемия ҳосил бўлиб қолади. Ревматизмнинг ривожланиши борасида организмда ута сезувчанлик (аллергия) дан ташқари, туқималарнинг парчаланиш махсулотларига нисбатан гипотиммунологик узгаришлар юзага келади.

Стрептококклар уз захарли махсулотлари – оксинлари (стрептолизин-0, S, ДНК-аза, протеиназа, гиалуронидаза, стрептоктиназа) билан организмни захарлайди. Бу моддалар бола организми учун ёт (антиген) бўлганлиги туфайли уларга қарши химоя таначалари – антителолар (антистрептолизин-0, S, антигиалуронидаза, антистрептокиназа) ишлаб чиқарилади.

Сурункали тонзилитдан кейин организмнинг стрептококкларга сезувчанлиги ошиши билан бир қаторда унда иммун бирикмалар (стрептококк антиганлари +

антителолар + комплемент) ларнинг ҳам қупа кузатилади. Коң томирлари тизимида бу бирикмалар деворларига уришиб, уларнинг парчаланиши (деструкция) ни тезлаштиради.

Стрептококклар билан юрак бирикми тукималарининг антигенлик хусусияти бир-бирига булганлиги учун уларнинг қушилиши натижасида органи тегишли тукима оксилларининг узи учун ёт таркибли (коилиши (аутоантигенлар хосил булиши) иккиламчи рақ қарши антителолар (аутоантителолар) хосил булишига булади. Аутоантителолар асосан юрак қушувчи тукима қарши қаратилган ва шунинг учун «антикардиал» юритилади.

Ревматизмда гуморал иммунитетдан ташқари хум иммунитети тизими ҳам бузилади. Гуморал ва хум иммунитети мувозанатининг бузилиши натижа сезувчанлиги ошган лимфоцит-киллерлар узла муҳассамлашган юрак мушаклари ва эндокардни зарар антителолар ёрдамида уларни парчалайди.

Қушувчи тукимадаги парчаланиш (деструкция) узгаришлар) патоморфологик узгаришларга ояиб кс А.И.Струков қушувчи тукимадаги морфологик узгаришларнинг 4 даврини ажратади:

1). Мукоид шиш; 2). Фибриноидли узгариш; Ревматизмга хос тугунчалар (ревматик гранумелалар) х булиши; 4). Склероз ва гиалиноз. Касалликнинг фака давридагина, яъни мукоид шиш даврида бемор хеч қас асоратсиз тузалиб кетиши мумкин, қолган давларда жараён қайтмас тус олади. Ревматизмнинг болалардаги у хос хусусияти уларда яллигланиш жараёнининг умум белгилари қуччи ривожланганлиги билан белгиланади.

Ревматизмнинг классификацияси.

А.И.Нестеров (1964) таклиф қилган ревматизмнинг классификацияси амалий иш учун қулай деб эътироф этилган (таъриҳ № 1).

Ушбу классификацияга биноан касалликнинг икки – ва нофаол даврлари ажратилади.

Касалликнинг юқори даражадаги фаоллиги (III-жа) касаллик клиник жиҳатдан панкардит (юракнинг ҳар қандай қисми: ички, урта ва ташқи қаватларининг бир вақтда қатъий бўлиши), юрак мушакларида қон айланishiнинг яллиғлиги билан кечадиган яллиғланиш, юракдан ташқари қон томирларида аъзолар ва тизимлар (бугинлар, плевра пардаси, улка, синавал, жигар, қалқонсимон без ва бош миё тукималари) нинг яллиғланиши билан кечади.

Рентгенологик жиҳатдан юрак чегараларининг қатъий бўлиши ва юрак мушаклари қисқарувининг кескин бўлиши аниқланади.

Электрокардиографияда: Р-Р оралигининг узайиши, қоннинг навбатдан оқдин қисқариши (экстрасистолия), юрак ритмининг тезлашуви (тахикардия), юрак товушларининг қатъийлиги, қушимча шовқинларининг пайдо бўлиши кузатилади.

Периферик қонда оқ қон таначалари сонининг қатъийлиги (10×10^3 мл), Эритроцитлар чуқур тезлигининг қатъийлиги (30мм/соат ва ундан ҳам юқори С-синамали оксилнинг қатъийлиги (+++ ёки++++), фибриноген (10 г/л ва ундан юқори), қон серумқондлари (0,6 бирлик ва ундан юқори), А – 0,35-0,5 бирликкача қупайиши, дисгаммаглобулинемия кузатилади.

Бундан ташқари ревматизм серологик узғаришлар: антистрептолизин-О, антистрептокиназа ва антигигалуронидазаларнинг одатдагидан 3-5 баробар оқийиши билан кечади. Шунингдек ревматизмда қапиллярлар

утказувчанлигининг II-III-даражали ошиши ҳам аникланади.
 Касалликнинг урта (II-даражали) фаолигида юракдан жихатдан уткир ва, чузилувчан ревмокардит, I ва II – даражадан кон айланишининг бузилиши ҳамда юракдан аъзоларнинг зарарланиши (бугинлар, плевра пардаси ва бундан ташқари пневмония тукумасиянинг яллигланиши) билан кечини мумкин.

Рентгенологик текширишда юрак чегаралари кенгайганлиги аникланади.

Ревматизмнинг таснифи (А.И.Нестеров, 1964)

Жадвал №1

Касалликнинг давлари	Тукумалар зарарланишининг клиник-анатомик таърифи	асалликнинг кечини	кон айланиш фаолиятининг таърифи
	Юрак	Бошқа ички аъзоларнинг зарарланиши	
Фаолий даражадаги (I-II-III)	А) бирламчи ревмокардит Б) кайталанувчан свмакардит. В) юрак томонидан устаришларсиз кечадиган ревматизм.	Полларит, серозитлар (плеурит, перитонит), хорса, энцефалит, церебраг васкулит, гломерулонефрит, гепатит, пневмония, иридоциклит, тиреодит, тирининг зарарланиши	Уткир, уткир оқди, чузилган, узлуқсиз кайталанувчан, аширин
Нофаол даври	А) ревматик кардиосклероз Б) юрак нуқсонлари	Юракдан ташқаридаги зарарланишларнинг асоратлари ва уларнинг оқибатлари	II-кон айланиш бузилиши III-кон айланиш стенозланганлиги IV-кон айланиш бузилиши V-кон айланиш стенозланганлиги VI-кон айланиш стенозланганлиги VII-кон айланиш стенозланганлиги VIII-кон айланиш стенозланганлиги IX-кон айланиш стенозланганлиги X-кон айланиш стенозланганлиги XI-кон айланиш стенозланганлиги XII-кон айланиш стенозланганлиги

Электрокардиографияда P-R ораликнинг узайиши, ритмик кискариши ва утказувчанлигининг ўзгариши: ФКГда эса юрак товушларининг бугиклашуви ва аксинча шовкинларнинг пайдо бўлиши ҳосилдир. Периферик лейкоцитлар сони ($8,0 - 10 \times 10^9$ мл). Эритроцитлар тезлигининг нисбатан кўпайиши (20-30 мм/соат). Амали оксил(+) - (+++); ?-глобулин 11,5-16% ?-лидин - 21-23%; серомуконид - 0,3-0,6 бирлик, ДФА-0,25-0,5 бирликкача ошади. Серологик узгаришлар: Стрептококкка таначалар (антистрептолизин-0, стрептогалактуронидаза) ларнинг микдори одатдаги нормадан 1,5-2,0 баробар ошиши кузатилади. Капиллярлар утказувчанлиги ошиши II-даражага мос узгаради.

Ревматизмнинг суст фаолликда кечувчи шаклида юрак хижатдан касаллигининг яққол белгилари кам, утказувчан, тез қайталанувчи ва яширин кечувчи ревмокардит шаклида кўп учрайдиган оғрик билан кечиши мумкин. ЭКГ ва ФКГ да узгаришлар умуман аниқлашмайди. Юракнинг ўзгаришлари яққол ривожланган бўлмайди. Периферик конда серологик синамаларда патологик сўлжишлар топилмайди. Узгаришлар жуда кам даражада узгарган бўлади.

Юракнинг ҳар учала қавати (эндо-, мио-, перикард) касаллиги билан таъминланиши умумий бўлганлиги туфайли юракнинг ҳар қайси қисмида вақтда яллигланиши мумкин. Юрак чегаралари узгармаган ҳолда ута жарангдор шовкиннинг эшитилиши касалликнинг аниқлашда (миоэндокардит), аксинча юрак товушларининг кенгайиши, юрак товушларининг ута бугиклашуви ва жуда нафис шовкинларнинг юрак учи ва перикардда эшитилиши (эндомиокардит) юрак томонидан кўп учрайдиган узгаришларни аниқлаш имконини беради. Агар юракда курсатилган узгаришларга юрак ташқи

каватларининг ишқаланиш шовқини ҳам кушилса, бу панкардит ҳақида уйлашга тугри келади.

Ревматизмнинг ташҳисида юракнинг икки таъуни табақали, аортанинг яримойсимон копкокчала зарарланганлигини аниқлаш алоҳида аҳамият қасб этади.

Клиник манзараси. Касалликнинг клиник белгиларининг кечиш хусусиятларига боғлиқ. Ревматизмнинг кечиши юрак ва бошқа аъзолар томонидан, яққол ташқанидан, яъни жароғни юқори (III) даражада фаолликда кечади. Касалликнинг бундай кечиши 2-3 ой давом этади, асосан бирдамчи ревматизмда кузатилади ва курашасиз тузалади.

Ревматизмнинг уртача фаоллик даражасида касалликнинг клиник белгилари секинлик билан ривожланиб, 2-6 ойгача чузилиши мумкин, антиревматик дорилар секинлик билан натижа беради ва куп ҳолларда юрак копкокчалари етишмовчилигига олиб келади.

Касалликнинг чузилувчан кечишида унинг фаоллик белгилари жуда секинлик билан ривожланади (камдан кам кайталаниш ва секин тузалиш хусусиятига эга). Касалликнинг бундай кечиши 4-6 ой давом этади. Бу хилдаги кечиш аксар ҳолларда урта ва паст даражадаги фаолликка тугри келди, купинча мунтазам даволашга қарамасдан юрак копкокчаларида асорат қолдиради.

Ревматизмнинг кайталаниб кечиши бошқалари оғир булиб, аксарият катта ёшдаги болаларда кузатилади. Касаллик клиник жиҳатдан куп белгилари ва тез кайталанувчан хусусиятга эга булади. Аксарият ҳолларда даволаш муолажалари касалликдан тулик фориғ булишга олиб келмайди, асорат қолиши куп кузатилади.

Яширин ревматизм деярлик ташқи белгиларсиз кечиши, у асосан асоратлар ривожланган, яъни аксарият ҳолларда юрак нуксонлари юзага келгандагина аниқланади.

Болаларда ревматизмнинг клиник белгилари унинг кечишига боғлиқ холда турли хил булиши мумкин. Ревматизм кичик ёки катта ёр кўриб бошланган холда бемор боланинг тана ҳарорати ошади, анжлик, мадорсизлик юзага келади. Болаларда аксарият ҳолларда юрак соҳасида ва бугинларда огрик пайдо булади. Бу огриклар купинча бола стрептококкли касаллик (ангина, фарингит) ни кўриб олган ва 2-3 хафтадан кейин юзага келиши ревматизм учун асосий белги булиб ҳисобланади. Боланинг тирсақ, қўл ва оёқ мускулларидаги бугинлар кизариб, шишади (ревматик полиартрит). Огрикнинг бугиндан-бугинга кучиб туриши бу касалликнинг муҳим белгиларидан биридир.

Ревматизмда юрак-қон томирлари тизимининг зарарланиши бугинлардаги узгаришларсиз (полиартритсиз) ҳам кечиши мумкин. Болаларда ревматизмнинг узига хос хусусиятларидан бири юрак деворининг ҳар учала қаватларининг бир йўла зарарланиши билан бир қаторда, қон билан таъминловчи томирларнинг ҳам зарарланиши (коронарит) дир. Юрак мушакларининг яллигланиши (миокардит) қарийб 100% ҳолларда кузатилади.

Юрак ички шиллик қаватининг (эндокардит), ва ташқи қаватининг (перикардит) яллигланиши ҳам ревматизм учун кам учрайдиган хол эмас. Юрак барча қаватларининг бир йўла яллигланиши — п а н к а р д и т дейилади ва у жуда огир кечади. Миокардит ривожланганда юрак чегараларининг қосон чап томонга кенгайиши, юрак товушларининг бугиклашуви ҳамда систолик шовкин эшитилади. Бу узгаришлар айрим ҳолларда ривожлана бориб қон қўрилишининг бузилиши аксарият тез-тез кайталаниб туривчи ревматизмда юзага келади.

Бемор болада миокардит ривожланганда боланинг умумий аҳволи огир, териси оқарган, огиз-бурун учбурчаги кукарган, унда тахикардия, айрим ҳолларда брадикардия,

юрак чегараларининг чап томонга кенгайиши каникликларида, ЭКГ да юрак ритмининг бузилиши, кенгайиши, утказувчанлигининг бузилиши ҳамда биоэлектрик жараёнларнинг (Т тишчанинг падеформацияси, S-T сегментнинг пастга силжиши, систоланинг узайиши), узгариши, аниқлаш ревомкардит огирлигига караб турлича булиши мумкин.

ФКГ да юрак 1-товуши амплитудасининг кенгайиши ва деформацияси аниқланади. III ва IV тонлар пайдо булади, мушак хусусиятли систола кузатилади.

Юрак мушакларининг ялли яллигланиши (миокардит) да нафас олишнинг тезлашуви, терин кукариши, жигарнинг катталаниши, оёқларда шундай булиши мумкин.

Эндокардит – 50-55% беморларда кузатилади. ҳамма вақт миокардит билан биргаликда кечади. холларда митрал копкакчанинг вальвулити учради. белгилари касалликнинг дастлабки кунларидаёқ пайдо мумкин. Эндокардитнинг асосий клиник белгиси клапанни эшитиш соҳасида пуфлаш хусусияти шовкиннинг мавжудлигидир (юрак чуққиси ва V). Кейинчалик вақт утиши билан шовкиннинг баландлиги боради, у жисмоний зуриқишдан сунг кучаяди. култук ости соҳасига берилади.

ФКГ да юкори ёки урта частотали панс протосистолик шовкин аниқланиб унинг маркази чуққиси соҳасига тугри келади.

Кариб 10% болаларда аортал копкак зарарланиб, у туш суягининг чап кирраси эшитиладиган диастолик шовкин билан намоён беморда диастолик босимнинг пасайиши кузатилади. ФКГ да юкори частотали диастолик шовкин аниқланади.

Эхокардиографияда эндокардит митрал қопқоқчанинг
лашуви, асосигналлар хусусиятининг узгариши, митрал
ортал регургитация ҳамда юрак чап булимларининг
тацияси аникланади.

Перикардит — ревматик полисерозитнинг бир
ниши ҳисобланиб, деярли барча ҳолларда эндо ва
кардит билан бир вақтда кузатилади. Клиник жиҳатдан
а оз (1,5%) ҳолларда, асосан рентгенологик текширишлар
амида (40% ҳолларда) аникланади.

Яллигланиш хусусиятига кура перикардит курук,
риноз ва экссудатив булиши мумкин. Фабриноз
икардитда огрик синдроми кузатилиб, перикард
акларнинг бир-бири билан ишқаланиш товуши (доимий
с) эшитилади. Бу товушни янги ёккан корни босганда
ккан товушга ёки шохнинг шитирлашишига ухшайди.

ЭКГда Р тишчанинг уткирлашуви Q-T-ораликнинг
намыкада узгариб туриши, эхокардиограммада эса эпи ва
рикарднинг қалинлашганлиги ва бир-биридан ажралиб
риши аникланади.

Сероз-фабриноз перикардитда боланинг умумий
қволи кескин ёмонлашади, тери оқаради, перикард
ушлигида суюклик микдори кўп булганда буйин
омирларининг буртиб туриши, юзнинг шишинкратиши,
ансираш, беморнинг мажбурий ҳолатни эгаллаши каби
елгилар ҳам кузга тапланади. Туш соҳаси ортида огрик,
гемодинамиканинг усиб борувчи бузилиши кузатилиб, улар
йникса бемор горизонтал ҳолатни эгаллаганда кучаяди.
Артериал қон босими пасаяди, пульс тезлашган, унинг
тулалиги камайган, айрим ҳолларда юрак соҳаси буртиб
туради, юрак чуққисининг уриб туриши аникланмайди. Юрак
чегараси сезиларли даражада кенгайган товушлари бугик.
ЭКГда юракнинг электрик фаоллиги пасайган,
рентгенограммада юрак чегараларининг кенгайганлиги,

пульсация амплитудасининг пасайганлиги билан юрак контурларининг силликланганлиги саъсиясининг шарсимон ёки трапеция шаклига аникланади.

Эхокардиограммада эпи ва перикардиал турувчи эконегатив бушлик аникланиб, унинг кенгайиб кетиб кетганлиги билан караб тупланган суюклик микдорини курсатиш мумкин.

Кайталовчи ревмокардит.

Яшил жараёнининг кайталанишига олиб келувчи омиокардит остида кайталовчи ревмокардит ривожланиши мумкин. Болаларда у усмирлар ва катта кишилардагига нисбатан учрайди. Одатда у унчалик кучли булмаган эконегатив компонентли яллигланиш жараёни билан кечиб, кенгайиб кетган миокардит клиник белгилари, юрак клапанлар зарарланиши унинг учун хосдир. Клиник куринишнинг товушларининг бугиклашуви, юракдаги шовкин кучайиши ёки шовкинларнинг ҳамда юрак ритми етишмовчилиги ва ритмининг бузилиши белгилари булиши аникланади.

Ревматизмнинг юракдан ташкари куриниш бугинларнинг зарарланиши (полиартрит) куп учраб, бугинларнинг шиши, бугин терисининг кизариши, бугинларнинг ҳаракатни чегараловчи уткир огрик полиартрит учраб. Ревматизмда бир йуда бир неча бугинларнинг зарарланиши кузатилиб, бунда катта ва кичик бугинлар симметрик зарарланади. Яллигланиш шиши тез пайдо булиб, жульетини бир неча кундаёк хос муолажа таъсирида изеиз кетади. Кейинги йилларда яккол ривожланган ревматизм полиартрит болаларда кам учраб, асосан бугинларда шиши огрик (артралгия) сифатида кечиши кузатишмоқда.

Хорез – бу бош миянинг стриопаллидар соҳасининг ревматик зарарланиши булиб болаларда куп кузатилади.

аста-секин бошланиб, бемор бола безовталанади, хаки ва серхаракат булиб қолади. Боланинг хулки, ёзуви ҳам айинчалик бора-бора, беморда идора килиб булмайдиган тананинг айрим аъзолари ва мушак гурухларининг қисқариши беихтиёр юз берадиган ҳаракатлар пайдо булади. Боланинг ҳаракатланиши кийинлашиб, кул ва оёқлари билан тартибсиз қилади, унинг нутқи ҳам узғариши мумкин. Бу тартибсиз ҳаракат уйку пайтида камаяди. Хорейанинг асосий белгиларидан бири таранглигининг пасайиши (гипотония) булиб ҳисобланади. Мушак қўлқан болаларнинг қарийб 50% га ревматизм юракнинг қўли билан кечади. Ушбу касаллик 2 ойдан 3 ойгача давом этиши ҳар хил ҳолатларда у қайталаниб, сурункали кечади.

Ревматизмнинг уткир даврида қон томирларининг қўлини натижасида ревматик нефрит келиб чиқиши қўлдан холи эмас. Бундай ҳолатларда сийдикда нефритга хос белгилар (гематурия, протеинурия, лейкоцитурия) пайдо бўлади. Шунингдек, ревматизм жигарнинг паренхиматоз ҳолатида зарарланишига олиб келиши мумкин.

Ревматизмнинг уткир даврида ревматик плеврит қўлини мумкин: плевра бушлигида суюқлик тулланиб, қўлқўссуя ва аускультация ёрдамида аниқланади. Ушбу ҳолатларда қўлқўссуя алоҳида даволашни талаб этмасдан, ревматизмга қарши муолажалар оқибатида 5-7 кун давомида қўлдан сурилиб кетади.

Ревматизмнинг фаоллик даврида терида халқасимон (эритематоз) тонималар, оғир кечган ҳолатларда эса бугинлар қўлқўссуядаги тери остида қаттиқ тугунчалар (ревматик узлуклар) ни қўлини мумкин. Бу гранулемаларнинг қўлини тарик донасида нухатнинг хажмигача булади.

Юқорида қайд этиб утилган белгилар ревматизмнинг уткир даври учун хосдир. Фаол кечадиган ревматик жараён учун қўлини белгилари етишмовчилиги (тахикардия, нафас олишининг тезлашуви, қўлқўссуя шиллик қардаларнинг қўлини, юрак чегараларининг қўлини, қўлини)

каттадашуви) белгиларини кузатиш мумкин.

Ревматик жарабнинг фаоллик касалликнинг клиник белгилари ва махсус текширишлар ёрдамида аникланади. Бундай текши ёрдамида периферик кондаги узгаришлар – ок кон таъсонининг купайиши, нейтрофиллэз, эритроцитлар тезлигининг ошуви, биокимёвий узгаришлар, кислотасининг купайиши, дифениламин синамаси, оксиллар нисбатининг узгариши, С-синамали оккупайиши, антистрептолизин-О титри антигиалуроноидаза ва антистрептокиназа ферментлашиб кетишини аниклаш мумкин.

Ревматизмнинг нофаол даврида аксарият бемор шикоятлар ва касаллик белгилари умуман йуқолади, лекин курсаткичлар ва юрак томонидан аникланган узгариш муътадиллашади. Айрим ҳоллардагина беморда мадорсубфебрилитет ва сурунқали кечаётган кардит, клапанларининг зарарланиши ва кардиосклероз кузатиш мумкин. Касалликнинг нофаол даври бир неча ойдан беш йилгача давом этади.

Ташхиси. Ревматизмнинг ташхиси анамнестик курсатмалар (касаллик бошланишидан 10-14 кун оғир беморнинг стрептококкли касаллик билан оғриганлиги), юрак томонидан узгаришлар, бугинларнинг зарарланиши, хроник ревматик грануела, бугинлар атрофидаги терида ангина (халкасимон) тошмаларнинг борлиги асосида куйилади. Лаборатор мақсадда Кисель-Джонс-Нестеровлар асосий ва қушқун белгилар мажмуасини ишлаб чиқишган (жадвал №2).

Ревматизмнинг ташхисини лаборатор текширишлар воситасида тасдиқлаш мумкин: периферик конда – нейтрофиллезли лейкоцитлар, эритроцитларчуқиш тезлигининг ошиши; биокимёвий курсаткичлар – оксил кислотасининг кутарилиши, дифениламин синамасининг ижобийлиги, С-

Ревматизмнинг таъхисий мезонлари (Кисель-Джонсон-
Нестеров) буйича

Жадвал №2

<p>Асосий белгилар: Клиник жихатдан: Ревматик кардит Полиартрит Хорея Тери ости ревматик тугунчалари Халқасимон эритема Ревматик анамнез</p>	<p>Кушимча белгилар: Иситма, Камдармонлик, чарчоклик Рангпарлик, терлаш, вазомотор тургунсизлик Абдоминал синдром Артральгия</p>
<p>Таъхисий курсаткичлар: Нейтрофили лейкоцитоз ЭЧТ ошиши Диспротеинемия: α- ва γ-глобулинларнинг купайиши. С-синамали оксилнинг пайдо булиши Кон зардобиди муко-, гликопротеинларнинг купайиши Патологик серологик курсаткичлар- АслО, АЛТ, АСТларнинг купайиши. ЭКГ узгаришлар Кардитнинг рентгенологик белгилари</p>	

синамали оксилнинг пайдо булиши, кон зардобидаги оксиллар нисбатининг узгариши (диспротеинемия).

Ревматизмнинг энг куп учрайдиган асоратларидан бири юрак копкокчаларининг зарарланиши булиб, аксарият холларда турли даражадаги нуксонлар ривожлаишига сабаб булади.

Даволаш. Ревматизмни самарали даволашнинг энг асосий шартларидан бири уни уз вақтида аниклаш булиб, бунда касалликнинг клиник курунишларидан булган кардит, полиартрит, хорея, хамда лабаратория курсаткичларини хасталик бошланишининг дастлабки 7-10 кун ичида аниклаш тушунилади. Ревматизмнинг фаол, яъни касалликнинг дастлабки 10-15 кунда утказилган комплекс муолажаси 83-

93% беморларда юрак нуқсонлари юзага келишининг олиншини таъминлайди.

Ревматизмнинг уткир даврида беморлар шик шароитида даволанишлари шарт. Ревматик хуру бошидаёқ, бола урида ётиши керак: боланинг юрмасдан урида ётиш муддати 2 ҳафтадан 4 ҳафтага ётган хона чегарасида юриши шарти билан 2-3 ҳафта кейинчалик умумий тартиб 1-2 ҳафтагача давом этади, шифохонада даволанишнинг умумий давомлидиги 1,5-2 ташкил этади. Беморларни уз вақтида ва тугри овкатланти лозим. Таркибида етарли микдорда оксил маҳсулотлар витаминлар булган овкатлар билан болани овкатланти муолажа самарадорлигининг асосий шартларидан бири. Касалликнинг уткир даврида ош тузининг кунлик микдорини бирмунча камайтирилиб, 5-6г га тенг булади. Истеъдод этиладиган кунлик суюқлик микдори эса 1л атрофида булади. Таркибида калий тузлари булган маҳсулотлар - суза, карбон олхури, картошка бемор учун жуда фойдалидар. Шунинг билан бемор тоза хаво билан таъминланиши лозим. Ревматизм даволашда, махсус ишлаб чиқилган даволаш - жисмоний тарбий машқлари ишлатилади, бунда албатта касалликнинг даври ва кечиши ҳисобга олинади.

Ревматизмнинг келиб чиқиш хусусиятига кўра инфекция-аллергик табиатли касаллик эканлигини ҳисобга олиб, дастлабки 10-14 кун мобайнида пенициллин ёки бундан каторга тааллуқли антибиотиклар (100мг/кг) тайинланади.

Махсус дориворлар билан даволаш ута сезувчанлик (аллергияни) камайтиришга қаратилган (десенсибилизация). Ревматизмни даволашда ацетилсалицил кислотаси кенг кулланилади ва кунига беморнинг ҳар ёшига 0,2г дан 4г га қадар мобайнида берилади. Агар беморда аспириинга нисбатан ута сезувчанлик булса, амидопирин (0,1-0,15г боланинг ҳар ёшига) тайинлаш мумкин.

Яллигланишга карши таъсир курсатувчи стероид
 эмаган дорилар каторига индометацин ҳам киреди.
 Индометацин 2,5мг кг дан 35-45 кун давомида тайинланади.
 Бу мақсадда бруфен (10-20мг кг) ва вольтарен (1мг/кг) ҳам
 ишлатилади (5-6 хафта мобайнида). Бу дорилар узок муддат
 давомида берилганда периферик конни назорат қилиб туриш
 зарим.

Касалликнинг фаоллиги юкори булган холларда
 глюкокортикоид гормонлар ҳам кулланилади. Гормонларнинг
 дозаси ва ишлатилиш муддати ревматик жараённинг
 фаоллик даражаси ва кечишига боғлиқ булиб, одатда уларни 4-
 6 хафта мобайнида беморнинг вазнига ҳисоблаб (1-2мг/кг
 преднизолон ҳисобига), ичиш учун куннинг биринчи ярмида
 тайинланади.

Айни пайтда аскорбин кислотаси, «В» гуруҳи
 витаминлари ҳам ревматизмни даволашда яхши натижалар
 беради. Агар касаллик сурункали кечаётган булса, анаболик
 гормонлар (метандростеналон, неробол, ретоболит ва б.к.) ҳам
 кулланилади.

Беморда кон айланишининг етишмовчилиги
 кузатилганда, даволаш тадбирлари каторига юрак
 гликозидлари ҳам кушилади. Уларни танлашда кон айланиш
 етишмовчилигининг даражаси ҳисобга олинади.

Юрак етишмовчилигининг 3 даражаси ажратилади.
 Юрак фаолияти етишмовчилигининг 1-даражасида унинг
 белгилари фақатгина жисмоний зурикишдан сунг – нафас
 олишнинг тезлашуви, юрак уришининг жадаллашуви, тез
 чарчаш тарзида намаён булади. Юрак фаолияти
 етишмовчилигининг 2-даражаси юкорида қайд қилинган
 клиник белгиларнинг бемор тинч холатда турганида ҳам
 кузатилиши билан таърифланади. Юрак фаолияти
 етишмовчилигининг IА ва IIБ даражасини ажратиш қабул
 қилинган. Юрак фаолияти етишмовчилигининг IА

даражасида нафас олишнинг тезлашуви, жигарнинг бир катталаниши, жисмоний зурикишдан сунг оёқларда пайдо булиши кузатилади; IIБ даражасида эса жигар кескини остидан 4-5 см га чикиб туради, диурез кескин камайиши оёқларда шиш тургун булади. Юрак фаолияти етишмовчилигининг III даражасида бемор ахвол оғирлашуви, нафас олишнинг ниҳоятда тезлашган диурезнинг кескин камайиши, умумий шишнинг булиши организмдаги бушликлар (плевра, корин бушлик перикард) да суюклик тупланиши кузатилади. айланишининг етишмовчилигини юрак гликозидлари билан даволаш хосил булган «зарарли халка» ни бир йула бир бугин, боскичда: юрак мушакларининг кискариши кучайиши, оксигенация жараёнининг яхшиланиши, буйракларда айланиши яхшиланиб диурезнинг кучайишига эришиши мумкинлиги беради. Шу жумладан юрак мушакларида молекуляр алмашинуви яхшиланиб, унинг дистрофияга йуликишининг олди олинишига эришилади.

Юрак гликозидлари кулланилганда аввал организмнинг гликозидлар билан шифоли таъсир курси олиш даражасида туйинтиришга эришиш ва келажакда кумакловчи микдордаги гликозидлар ёрдамида фойда натижани сақлаб туришни таъминлаш зарурати тугилади.

Болаларда юрак етишмовчилигини даволашда асосий куйидаги юрак гликозидлари ишлатилади: коргликон – ампулада 0,06%ли эритмаси 1,0, строфантин – ампулада 0,05%ли эритмаси 1,0; изоланид – таблеткада 0,25мг; ампулада 2,0мл; дигоксин – таблеткада 0,25 ва 0,1мг, ампулада 2,0мл; дигитоксин – таблеткада 0,1мг.

Беморнинг умумий ахволига караб юрак гликозидлари билан туйинтириш 3 хил усулда: тез туйинтириш (кискариш муддат ичида туйинтириш туйинтирувчи микдордаги юрак гликозидлари 1,5 сутка, яъни 36 соатгача вақт

нида бериллади). Бу усул асосан уткир юрак етишмовчилигида ва унинг асорати бўлмиш юрак астмаси, упка истискои ҳолатида қўлланилади.

Уртача тезликда туйинтириш усулида юрак гликозидларининг етарлик таъсир курсатиши учун организмда тулланиши лозим бўлган миқдори 3-5 кунга бўлиб тайинланади. Бу усул кен айланишининг сурункали етишмовчилигида қўлланилади.

Секинлик билан туйинтириш усулида юрак гликозидлари 5-7 кун давомида берилиб, асосан кен айланишининг сурункали етишмовчилигида тайинланади.

Организмни юрак гликозидлари билан тугри туйинтирилса, куйидаги фойдали белгилар юзага келади: 1. Юрак уриш сони туйинтириш бошлангунга караганда 15-20% секинлашади. 2. Нафас олиш фаолияти яхшиланади. 3. Беморнинг умумий ахволи анча енгиллашади. 4. ЭКГда Р-О оралик узаяди (одатда у 0,12-0,18» га тенг). 5. Буйракларнинг сийдик ажратиш фаолияти кучаяди. (жадвал №3).

Болаларда юрак гликозидларининг қўлланилиши. Жадвал №3.

Препаратни инг номи	Туйинтириш дозаси, мг/кг		Кумакловчи дозаси, мг/кг	
	2 ёшгача	2 ёшдан сунг	2 ёшгача	2 ёшдан сунг
Дигиталис	0,035	0,025-0,03	1/8 - 1/10	1/10
Дигитоксин	0,035	0,02-0,03	1/8 - 1/10	1/10
Дигоксин	0,075	0,05-0,03	1/8 - j	1/4 - 1/5
Изоланид	0,075	0,06-0,10	1/8 - 1/4	1/4 - 1/5

Гликозидлар билан бир каторда организмда модда алмашинувини яхшилиш мақсадида АТФ (1%ли эритмаси 0,5-1,0 дан боланинг ёшига караб), кокарбоксилаза (5-8 мг/кг), аскорбин кислотаси (5% ли эритмаси 1,0-2,0 млдан). В гурухи витаминлари (тиамин, пиридоксин) ҳам тайинланади.

Агар беморда шишлар кучли ривожланган бўлса, сийдик хайдовчи моддалар: гипотиазид (2-3 мг/кг), лазид (2% ли эритмаси 1-3 мг/кг), этакрин кислотаси (1,5-2 мг) эрталаб нонуштадан сунг берилади. Беморга диуретик препаратларни тайинлаганда, калий препаратлари (панангин, оратаг калий, аспаркам) билан бир каторда калийга овқатликлар билан таъминлаш лозим.

Бемор бола шифохонада даволаниб чиккач, даволаш махаллий ревмотологик оромгоҳда (санаторий) давом эттирилиши керак. Бемор келгусида камида 5 йил давомида доимий диспансер назоратида булиши, давомида, энг камида мавсумий равишда ревматизмга камида даво чораларини кабул қилиб туриши шарт.

Хорея билан оғриган беморларни даволаш шифохона шaroитида утказилади. Бундай ҳолда ревматизмга камида даволашнинг умумий мажмуаси кулланилади. Беморга мураккаб тишчилик булиши шарт. Агарда беморда ортикча ҳаракати (гиперкинезлар) бўлса, осойишталикни таъминлаш учун бола алоҳида хонага жойлаштирилиб, унга тинчлантирувчи дорилар – фенобарбитал, аминазин, бромидлар, В гуруҳи витаминлари тайинланади.

Ревматизм хуруж қилмаган даврда бола организмни қучатириш даволашнинг асосий қисми булиб қолади. Боланинг кун тартибини тугри таъкил қилиш ҳам илтимос жумласидандир. Мактабда бола мактаб ҳакими томонидан назорат қилинади, боланинг индивидуал укув тартибини ва ҳаётини жараянини ушбу ҳаким кузатиб туради.

Касалликнинг нофаол даврида организмни қучатириш сурункали юкумли аъмоллар учоклари (сурункали тонзилит, зарарланган тишлар ва х.к.)ни обдон даволаш зарур.

Ревматизмнинг бирламчи профилактикаси.

Касалликнинг олдини олиш чора-тадбирларини утказадиган асосий муассаса болалар поликлиникаси булиб,

бу ерда ревматизмни уз вақтида аниқлашни йулга қуйишдан ташқари, бу касалликка чалиниш хавфи булган болалар ҳам махсус диспансер ҳисоби ва назоратида туришлари, ҳамда соғломлаштирилишлари лозим. Бундан ташқари, боланинг уй шароитида ва мактабда туғри кун тартибини жорий қилиш ҳам ревматизмнинг олдини олишда маълум урин тутади. Айниқса, бола организмини чиниктириш йули билан унинг касалликларга чидамлилигини ошириш, унинг мунтазам равишда спорт ва гимнастика билан шугулланиши муҳим аҳамият касб этади. Бу чора-тадбирлар мажмуаси ревматизмнинг бирламчи профилактикаси деб аталади.

Ревматизмнинг иккиламчи профилактикаси.

Ревматизмни утказган болаларда унинг қайтадан хуруж қилишининг олдини олишни кузда тутади. Болалар поликлиникасида махсус ревмотологик хона мавжуд булиб, барча ревматизм билан касалланган, шу болада хавfli саналган болаларни шу ерда ҳисобга олинади ва назорат қилиб борилади. Ревмотологик хоналарнинг ҳақимлари режалли равишда бициллин қуллаш йули билан утказиладиган тадбирлари касалликнинг қайталаниши олдини олишда яхши натижа бермоқда. Ревматизмнинг профилактикаси учун йил давомида бициллин-5 – мактабгача ёшда булган болаларга – 750 000 бирликдан 2 ҳафтада бир марта, 7 ёшдан катта болаларга эса 1 200 000 – 1 500 000 бирликдан 4 ҳафтада (1 ойда) бир мартадан 2-4 йил давомида тайинланади. Бундан ташқари, баҳор ва куз пайтларида 1-1,5 ой (март-апрел ва октябр-ноябр) ойларида ацетилсалицил кислотаси (0,2 г боланинг ёшига) 1-1,5 ой мобайнида тайинланади.

Болалар поликлиникасининг ревмотолог ва ҳакимлари педиатрлар билан ҳамкорликда ревматизм ва унинг олдини олиш тадбирлари ҳақида маданий оқартув ишларини ҳам олиб боришади. Ревматизм профилактикасига қаратилган чора тадбирларни тугри ташкил қилиш ревматизм касаллигининг келиб чиқиши ва унинг асоратларини кескин қамайтириш имконини беради.

НОРЕВМАТИК КАРДИТ

Ревматизм билан боғлиқ булмаган (норевматик) миокардитлар болалар орасида кенг тарқалган бўлиб, ревматизмни чакирувчи аъмолларнинг иштирокисиз келиб чиқадиган яллигланиш ва дегенератив узгаришлар билан кечади.

Этиологияси ва патогенези. Норевматик миокардитлар хақида мавжуд тушунчаларга биноан ҳамма касаллик чакирувчи аъмоллар (микроорганизмлар, вируслар, бактериялар, замбуруглар) таъсири остида юзага келиши мумкин. Норевматик миокардитларнинг келиб чиқишида ута сезувчанлик (аллергия) нинг ахамияти маълум. Демак, норевматик миокардит куп сабабли (полиэтиологик) касаллик бўлиб, унинг заминида асосан аллергик жараён ётади. Миокардга ташки, ички ҳамда аутоантигенларнинг қайта-қайта таъсир килиши натижасида унда яллигланиш ва дегенератив жараёнлар келиб чиқади.

Ута сезувчанликни чакирувчи аъмоллар (антигенлар) ва уларга қарши ҳосил булган (антитело) лар мажмуаси, ҳамда аутоенсибилизацияга учраган лимфоцитларнинг юрак туқимасига таъсири остида организмда биологик жихатдан фаол моддалар туплана бошлайди. Бу моддалар майда қон томирлари девори утказувчанлигининг ошишига олиб келади. Неспецифик яллигланиш натижасида миокардда модда алмашинуви бузилиб, мушакларда қувват (энергия) ҳосил бўлишининг етишмовчилиги, натрий-калий насоси иши (реполяризация) нинг бузилишига сабаб булади ва натижада юрак мушаклари ҳужайраларида қупчиш юз бериб, уларнинг қисқариш қобилияти сусаяди. Юқорида айтиб утилган метаболик узгаришлар протеолитик ҳамда лизосомал ферментларнинг фаоллашувига ва оқибатда юрак мушаклари ҳужайраларининг парчаланиши (миолиз) га олиб келади.

Норевматик миокардитли беморларда нисбатан камроаражада намоён буладиган узгаришларнинг юракнинг миокадан ташқари қаватларида ҳам мавжудлигини инобат олиб, касалликни кенгрок маънода «кардитлар» деб атаб қабулқилган (Н.А.Белоконь, 1977).

Норевматик кардитлар утқир ва сурункали кечиши мумки ва уларнинг ривожланиши узига хос хусусиятга эгадир.

Утқир кечувчи норевматик кардитларда организмга юқум аъмолларнинг таъсирида яллиғланиш махсудотлари (брадинин, гистамин, серотонин, протостогландинлар) хосил булиш натижасида организмнинг сезувчанлиги ошиб, қон томири утқазувчанлиги кучаяди (Артюс феномени).

Сурункали кардитларда эса касаллик чакирувчи аъмол бевосита роль уйнамасдан, аутоиммунологик жараён купро ахамиятга эга ва шунинг учун касаллик оғир, қайталиб кечишга мойилдир.

Келтирилган классификациядан қуришиб турибдики, норевматик кардитлар касалликнинг ривожланиш даврига қура гма ва орттирилган кардитларга булинади. Тугма кардитлар эса уз навбатида хомилалик даврининг 1-ярмида ва хомилик даврининг 2-ярмида ривожланувчи кардитларга ажратади (жадвал №4).

Тугма, эрта ривожланувчи (хомилалик даврининг 1-ярмидривожланувчи) кардитларнинг келиб чиқишида онада хомилдорликнинг кечиши, унинг саломатлиги, кечирган касаллари, мутахассислиги, она ёки ота наслида ирсий мойилликнинг мавжудлиги ахамиятга эга. Онанинг хомилдорликнинг 4-7-ойларида касалланиши (айниқса вирус касалликларга йулиқиши), оғир токсикозни бошдан кечириб, аксарият ҳолларда тугма, эрта ривожланувчи кардитларнинг келиб чиқишига сабаб булади. Хомила бу даврда организмдан таъсир этувчи аъмолларга

(вируслар, токсикоз ва х.к) тулик яллигланиш белгилари билан жавоб бера олмаганлиги туфайли юрак мушаклари фиброз ва эластик тукима билан алмашинади, шунинг учун бу ҳолатда фиброэластоз ёки эластофиброз деб ҳам юритилади.

Норевматик кардитларнинг ишчи таснифи
(Н.А.Белоконов 1977). Жадвал №4.

Касалликнинг пайдо булиш даври	Тугма (хомилалик даврining 1-ярмида ривожланувчи ва хомилалик даврining 2-ярмида ривожланувчи кардитлар). Хаёт давомида ҳосил булувчи ва ривожланувчи кардитлар (орттирилган).
Касалликни чакирувчи сабаблар	Вируслар, вируслар+микроблар, микроблар, паразитлар, замбуруглар, мерсиноз, органик сезувчанлигининг ошиши билан боғлиқ булган (доиворлар қабул қилиш, зардоб юборгандан кейин ривожланувчи, эмлашдан кейин) сабаблар, сабаби ноаниқ ҳолда ҳосил булувчи идиопатик кардитлар.
Касалликнинг шакли (юракнинг қайси қисми зарарланишини и ҳисобга олиб).	Кардит (юрак ҳар учала қаватининг зарарланишини ҳисобга олиб); юракнинг утказувчи тизими яллигланиши
Касалликнинг кечиши	Утқир – 3 ойгача Уртача утқир – 3 ойдан 18 ойгача Сурункали – 18 ой ва ундан кўпроқ Чузилган ҳолда; тез-тез қайталанувчи; бирламчи сурункали; қон айланишининг бузилиши, юрак мушаклари ҳажмининг катталашуви ва юрак бузилигининг торайиб қолиши каби белгилар билан кечади.
Касалликнинг оғирлик даражаси	Енгил, уртача оғирликда ва оғир

Кон айланиши бузилишининг шакли ва боскичлари	Юрак чап коринчаси фаолиятининг етишмовчилиги: Кон айланиши бузилишининг I-даражаси, II-даражаси, IIБ-даражаси ва III- даражаси. Юрак унг коринча фаолиятининг етишмовчилиги — I- PA-, IIБ- ва III-даражали кон айланишининг бузилиши. Юрак хар иккала . коринчаси фаолиятининг етишмовчилиги.
Касалликнинг оқибати ва асоратлари	Юрак мушакларида чандик (кардиосклероз) хосил булиши, юрак мушагининг хажм жихатдан катталашуви, юракнинг ритмик кискариши ва утказувчанлигининг бузилиши, упка томирларида кон босимининг ошиши, юрак копкокчаларининг етишмовчилиги, юрак ташки каватининг яллигланиши ва тромбозмолик асоратлар.

Хомиладорликнинг 2-ярмида, 7 ойликдан кейин юкорида кайд этилган сабаблар таъсирга хомила организм тулик яллигланиш жараёни ривожланиши билан жавоб бери олиши туфайли юрак каватлари (ички ва мушак) да эластик ва фиброз тукималар унчалик кучли ривожланмайди, яъни фиброзластоз ва эластофиброз белгилари урнига яллигланишдан кейинги кардиосклероз кузатилади.

Хар иккала куринишдаги тугма кардитларда гистологик жихатдан чакалок юрагининг хажми катталашганлиги, чап коринчанинг мушак ва ички (эндокард) каватлари калинлашганлиги, яъни фиброз ва эластик тукималарининг юрак ва мушак каватлари урнини эгаллаши кузатилади.

Клиник манзараси. Норевматик тугма кардитлар бемор боланинг дастлабки кунларданок эмиш пайтида тез

чарчаб қолиши, куп терлаши, мадорсизлик, энтиқиш, бадан хароратининг кутарилиши, усишдан орқада қолиш, нимжонлик, боланинг ута озиб кетиши, тез-тез шамоллаб турниши билан намоён булади. Бемор куздан кечирилганда куқрак кафасининг юрак соҳаси буртиб чикканлиги, юрак чегаралари кенгайганлиги, юрак уруши тезлашганлиги, юрак соҳасида нафис систолик шовкин аникланади.

ЭКГ текширишда юрак коринчалари кискаришининг холатини курсатувчи QRS – тишининг нисбатан кенг ва баландлиги, S-T кисмининг узайиши, T-тишчанинг пастга томон йуналганлиги, юрак уруши тартиби (ритми) нинг бузилиши (блокадалар, экстрасистолия)ни кузатиш мумкин. ФКГ да юрак товушлари амплитудасининг пасайиши, товуш соҳаларининг кенгайиши ва булакланиши, мезасистолик шовкинларнинг пайдо булиши хосдир.

Периферик коннинг тахлилиий курсаткичлари ревматизмда кузатиладиган узгаришлар даражасига етмайди, аммо эритроцитлар чуқиш тезлигининг ошуви, дифениламиннинг купайиши, С-сиңамали оксилнинг пайдо булиши кузатилади. Рентгонологик текширишлар, аксарият холларда, юрак чегараларининг ута кенгайгандигини курсатади.

Юкорида келтирилганлардан куришиб турибдики, норевматик кардитларнинг ташхиси мураккаб булиб, кушгина маҳсус текширишлар утказишни талаб этади. Жумладан ЭхоКГ ёрдамида юрак деворлари ва бушликларининг ҳажмини аниклаш кенг кулланилади.

Хаёт давомида орттирилган кардитлар – уткир, урта уткирликда ва сурункали кечиши мумкин. Касалликнинг уткир кечишида – аксарият холларда юрак мушагининг куп қисми яллигланиши ва утказувчи тизимининг зарарланиши натижасида юрак уриши маромининг бузилиши (юрак уришининг давомли тезлашуви, блокадалар) кузатилади.

Уткир кечувчи кардитлар барча ёшдаги болаларда аммо купрок 3 ёшгача булган болаларда учрайди ва кечади. Аксарият уткир кардитлар вирусли касалликлар кейин ривожланади. Уткир вирусли касалликнинг белгилари камая бориб, юрак мушаги яллигланишининг белгилари пайдо булади: боланинг иштахаси пасаяди, у безовталана бошлади, кечалари нафас олиши кийинлашади, кунгил айниш ва кундан кунга юрак уришининг тезлашуви, йутал, бадан хароратининг кутарилиши, сийдик микдорининг камайиши, тукумалар яширин шиш пайдо булиши, жигарнинг катталаниши, оёклар ва корин бушлигида шиш пайдо булиши кузатилади.

Беморни текшириб курилганда, юрак чегараларининг кенгайганлиги, юрак товушларининг бугиклиги, юрак чуққисида нафис систолик шовкиннинг эшитилиши, ушбу артерияси копкакчалари соҳасида юрак II-товушининг мебридагидан кучлироқ эшитилиши аниқланади. ЭКГ-да касалликнинг бошланиш даврида QRS - тишининг паканалашуви, кейинчалик булмача-коринча орасида кузгалиш импульслари утишининг бузилиши, юракнинг навбатдан ташқари кискариши (экстрасистолия) ва юрак у ёки бу коринчалари катталашувининг белгиларини кузатиш мумкин. Рентгенологик текширишлар: юрак коринчалари кенгайишининг белгилари ва кичик кон айланиш доирасида кон окишининг секинлашуви, унка илдизи соясининг кенгайиши ва юрак уруши кучининг пасайишини курсатади.

Катта ёшдаги болаларда норевматик кардитларнинг клиник белгилари бир мунча юзаки кечиши касалликни аниқлашда кийинчиликлар тугдиради. Юкорида кайд этилган белгилардан ташқари касалликни аниқлашда ФГК, ЭхоКГ, клинико-ортостатик текширишлардан фойдаланилади.

Урта огирликда кечувчи норевматик кардитлар — секинлик билан бола ОРВИ, грипп ва бошка вирусли

касаликларни утказгач, 4-6 ойдан кейин даставвал умумий белгилар ва кейинчалик эса юрак фаолияти етишмовчилиги белгилари билан намоён булади. Дастлаб кузга ташланувчи белгилардан бири – бу кукрак кафасининг юрак сохаси буртиб чиқиши, уриб қурилганда (перкуссия) эса юрак егараларининг кенгайганлиги, аускультацияда юрак овушларининг буткилиги, юрак чуққисида систолик шовқин ва юрак II-товушининг упка артерияси сохасида кучлироқ эшитилишидир.

ЭКГда юракнинг чап қоринчаси ҳар иккала булмачаларнинг катталашуви, қоринча ва булмачаларнинг қуриқиб ишлаши, юрак утказувчанлигининг бузилиши белгилари аниқланади. Рентгенологик белгилар худди уткир кечувчи қардитдагидек булиб, улар фақат сустрок ривожланади.

Норевматик қардитлар натижасида келиб чиқувчи юрак фаолиятининг етишмовчилигининг клиник манзараси юракнинг қайси қисми купрок зарарланганлиги билан боғлиқ.

Уз навбатида сурункали қардитлар юрак чап қоринчаси ҳолатига қараб 2 хил топқага булинади: 1) юрак чап қоринчасининг ҳажми кенгайгани ҳолда асосан юрак мушаклари қисқариш фаолиятининг бузилиши билан кечадиган қардитлар (СК-1) ва 2) юрак чап қоринчаси бушлигининг қоринча деворларининг қалинлашуви ҳисобига ута торайиб қолиши натижасида диастолик буқалиш ҳолатининг кескин бузилиши билан кечадиган сурункали қардитлар (СК-II) сифатида намоён булиши мумкин.

Сурункали қардитлар узок муддат бевосита юракка боғлиқ булмаган белгилар сифатида кечади: бола усиндан орқада қолади, жисмоний заиф, тез-тез зотилжам билан оғришга мойил булиб, бу касалик унда сурункали кечади, жигар катталашади, вақти-вақти билан у хушини йукотади. Юрак фаолияти етишмовчилиги белгилари аксарият ҳолларда

вирусли ва бошқа юкумли касалликлардан кейин
чиқади. Сурункали кардитнинг 2 тури қатор узига
белгиларга эга (жадвал №5).

СК-1 ва СК-II ларнинг қиссий белги
(Н.А.Белоконь, 1977).

Жадвал

Т.С	Клиник белгилар	СК-1	СК-II
1.	Беморнинг усишдан орқада қолиши (вазни ва буйи хисобига)	Кузга қуринарли (вазни хисобига)	Хам вазни, хам бу хисобига сезилар даражада.
2.	Юрак чегараларининг кенгайиши	Купрок чап чегараси кенгайди	Юрак чап ва у чегараси қучли кенгайди
3.	Юрак учи уришининг холати	Сусайган	Кузга яққол ташланади
4.	Кукрак кафасининг юрак сохаси буртиб чиқиши	Сезиларли даражада	Сезиларли даражада
5.	Систолик шовкиннинг эшитилиши	Бугик юрак учуда яхши эшитилади.	Юрак учи ва асосида қучсиз эшитилади
6.	Юрак товушларининг хусусияти	Бугик	Юрак чуққисида I-товуш қучайган, упка артерияси сохасида II-товуш қучайган.
7.	Юрак уришининг мароми	Қупинча бузилган (аритмия)	Бузилади (аритмия).
8.	Жигарнинг хажми	Бироз қатталашади	Ута қатталашади (6-8 см ва купрок)
9.	Хансираш	Анча вақтгача юзага қикмайди	Ута қучли булади

	Терининг кукариши	Юракдан узокрок жойлашган сохалар-нинг кукариши (акроцианоз)	Терининг ранги кукимтир-саргиш булади
1.	Юрак фаолияти етишмовчилигининг ривожланиши	Дастлаб чап коринча етишмовчилиг и ривожланади	Унг коринча етишмовчилиги олдинрок ривожланади
2.	Коринда сув тупланиши ва оёкларнинг шиши	Секин юзага келади	Тез юзага келади
13.	ЭКГдаги узгаришлар	ЭКГ тишчаларининг купинча баланд булиши (аммо юрак мушакларида чандик булса ЭКГ тишчалари пасайиши кузатилади. Юрак утказувчи тизими фаолияти ва кискариш мароми бузилади. Навбатдан ташкари кискариш (экстрасистоли я) аникланади.	Аксарият - булмача-коринча ва коринча утказувчанлиги бузилади.

14.	Рентгенологик узгаришлар	Импульслар утиши бузилиши блокадага олиб келади. Айрим ҳолларда юрак кузгалувчанлиги и бузилиши тахикардия тарзида намаён булади. ЭКГдаги бундай узгаришлар ҳар иккала хил кардитларда даволагандан кейин ҳам узок муддатга сакланиб қолади. Юрак чегарасининг катталашуви (купрок чап томонга).	Юракнинг уриш камаяди (брадикардия). Иккала коринчалар булмачаларнинг зурлиги белгилари пайдо бўлади. Купроқ холда чуқурлашган пастиқча тишчасининг пастиқча булиши (бу коринчалар орасидаги тусикнинг калинлашуви белгиси) кузатилади.
15.	Эхокардиографик курсаткичлар	Чап коринча бушлигининг кенгайиши, икки табақали копкокчалар етишмовчилиги и белгисини куриш мумкин.	Юрак чегараси унчалиги катталаш-магани ҳолда унинг унги томонга кенгайиши. Чап коринча бушлигининг меъёридан булиши ёки торайиши ҳамда коринчалар оралигидаги ту-сикнинг калинлашуви кайда-қайда кузатилади.

Уткир кечувчи норевматик кардитнинг таъхиси учун эритроцитлар чуқиш тезлигининг ошиши, ок кон таначаларининг купайиши, a_2 ва ?- глобулинлар микдорининг купайиши, ДФА ва С-синамали оксилларнинг купайиши ҳам ахамиятга эга. Касалликнинг бошланиш-даврида (дастлабки 2-3 хафта давомида) конда IgM-нинг ва кейинчалик эса IgG-нинг купайиши аникланади.

Норевматик кардитларни бошка касалликлардан киёсий таъхислашда юракнинг тугма нуксонлари, катта ёшдаги болаларда ревматизм, перикардитлар, юрак усма шишлари ва иккиламчи кардиопатияларни назарда тутиш лозим.

Норевматик кардитларни бошка касалликлардан фаркланш бемор боланинг онаси баён этган шикоятларга, хомиладорликнинг кечишини хисобга олган холда, клиник белгиларга асосланиб, тахлилий ва махсус ускуналар ёрдамида текшириб (ЭКГ, ФКГ, ЭхоЭКГ, рентгенологик) олинган натижаларга асосланган холда утказилади.

Даволаш. Касалликнинг уткир даврида ва у кайталаганда бемор шифохона шaroитида даволаниши лозим. Кейинчалик касаллик кайталанмаслиги учун поликлиника ва оромгохларда муолажа давом эттирилиши керак.

Шифохонада беморга 2-4 хафтагача тулик тинчлик, витаминлар ва оксилларга бой камтуз овкатлар тавсия этилиб, суюклик микдори ҳам бироз чекланиши лозим.

Антибиотиклар (пенициллин ва унинг гурухига кирувчи антибиотиклар 2-3 хафта давомида бериледи, уларнинг кундалик микдори 75-100 000 Б/кг га тенг булиб, кунига 3-4 мартага булиб, мушаклар орасига юборилади.

Уткир кардитлар огир кечаётганда, юрак фаолиятининг етишмовчилиги ривожланганда

глюкокортикоид гормонлар тавсия этилади уларнинг ми
1-1,5 мг/кг (преднизолон хисобига)га тенг булиб,
мобайнида берилади, сунгра аста-секин камай
борилади. Гормонлар билан даволаш яхши натижа бер
холларда унга кушимча равишда делагил (5мг/кг)
индометацин (2,5мг/кг), вольтарен (2-3мг/кг) тавсия этила

Норевматик кардитларни даволашда салицил
(аспирин 0,2г боланинг хар бир ёшига хам яхши на
беради. Улар беморга ичиш учун 1,0-1,5 ой мобай
берилади.

Беморда кон айланиши бузилиши белгилари па
булганда юрак гликозидлари тайинланади: дигоксин - 0,
0,05мг/кг туйинтирувчи микдор ва шу микдорнинг 1/4 -
кисми эса туйинтирилганда олинган ижобий натижани кул
турувчи микдор сифатида кулланилади. Юрак фаолиятини
уткир етишмовчилиги юзага келганда, тез таъсир курсатув
юрак гликозидлари - строфантин ёки корглик
препаратларини секин венага юбориш тавсия этилади.

Беморнинг сийиши камайганда - фуросемид ё
лазикс (1-2мг/кг), верошпирон (1-4мг/кг), урегит(1-2мг/к
берилади. Эуфиллининг 2,4%ли эритмаси боланинг ёши
караб 0,5-1, 0-3,0 мл микдорда, венага, глюкоза - ё
физиологик эритма билан юборилади.

Юрак мушакларида модда алмашинуви яхшила
максадида куйидаги тартибдаги аралашма: глюкозанин
10%ли эритмаси 10,0 мл/кг+панангин 1мл дан боланинг хар
ёшига + хар 4-5 г юборилаётган шакарга 1 бирлик инсулин
0,25%ли новокаин эритмасидан 2-5мл/кг венага томчила
юборилади. Худди шу максадда кокарбоксилаза (5-8мг/кг) хам
тайинланади, рибоксин ? -1 таблеткадан 1-2 ой мобайнида
берилади. Норевматик кардитларни даволаш максадида
анаболик гормонлар (неробол 2-5мг/кг 2-3 марта, 3

мафта давомида, ретаболит – 0,3-0,5мл дан мушаклар орасига (1 ойда бир марта) кулланилади. Анаболик гормонлар билан даволаш 4-6 ойдан кейин қайта тавсия этилади.

Морганьи-Адамс-Стокс синдроми юзага келган бўлса (тулик булмача коринча блокадаси, юрак тампонадаси, бош миёга қон келишининг кескин камайиши натижасида хушдан кетиш, калтирок пайдо булиши ва юракнинг тухтаб қолиши ҳавфининг пайдо булиши ҳолларида), изадриннинг таблеткасидан (?-1 табл.) тил остига қуйиш тавсия этилади.

Уткир қардитларни кечирган болалар педиатр ва кардиолог ҳақимлар назоратида булиб, бу кузатув муддати 2-3 йилга тенг булиши лозим. Сурункали қардит билан огриган беморлар эса ушбу ҳақимлар назоратида 3-5 йилгача булишади. Эмлаш муолажалари уткир қардит билан огриган болаларда 3-5 йилдан кейин кардиолог, иммунолог, алерголог мутахассислар ҳулосасидан кейингина утказилади. Сурункали қардитларни утказган болалар эса эмлашдан бир умрга озод этилади. Болани аста-секин чиниктириш, сурункали юкумли аъмоллар учоқларини даволаш, жисмоний ва маънавий толиқишга йул қуймаслик, овқатланишини назорат қилиб туриш, ҳамда вақти-вақти билан ЭКГ,ФКГ ва қон таҳлилларини қайтариб туриш тавсия этилади.

БАКТЕРИАЛ ЭНДОКАРДИТ

Бактериялар таъсирида юзага келувчи юрак ички қаватининг яллигланиши (эндокардит) жуда оғир касаллик булиб, купгина ҳолларда юрак қопқокчаларида ярачалар ҳосил булиши билан кечади.

Этиологияси ва патогенези. Бактериялар воситасида юзага келуви юрак ички қаватининг яллигланиши – юкумли аъмолларнинг маҳаллий учоқлардан қон ва лимфага утиши натижасида юзага келади. Қон ва лимфага тушган микроблар

юракнинг ички каватига урнашиб, унда ривожланади. Яллигланиш жараёнида юрак ички каватининг юзасида пластинкалари ва фибрин ипчаларида хосил булган тропик бактерияларни коннинг уларни улдириш хусусида сақлайди. Юрак ички каватида иккиламчи микробли (септик) учоклар пайдо булади ва бу иккиламчи учоклардан микроблар кайта тушиб, септик холатни юзага келтиради. Юрак ички каватининг бактериал яллигланишида биринчи инфекция учоги сифатида томок-халқум бодомча безлари, сурункали яллигланиши, кариесга учраган тишлар, урта ва суякларнинг йирингли яллигланиши хизмат қилади мумкин. Касаллик купинча ревматизмнинг асорати юракнинг тугма нуксонлари мавжуд булган холда ривожланади, чунки юракнинг хаёт давомида хосил булган тугма нуксонларининг асорати сифатида юзага келган айлавишининг узок муддатга бузилиши юрак ички каватининг копкокчаларида яллигланиш ривожланиши учун қудай муайян яратлади.

Аксарият холларда бактериал эндокардит бинобарин касалланган болалар конидан стрептококклар топилади. Стрептококклардан ташқари септик эндокардитлар пневмококк, менингококк, бруцелла, сальмонелла ва Лёффлер таёкчалари ҳам чақириси мумкин. Касалликнинг ривожланишида организм реактивлигининг пасайиши ва килувчи ахамиятга эга.

Клиник манзараси. Бактериал эндокардитларнинг клиник белгилари унинг фаоллик даражасига боғлиқ (жадвал 6). Касаллик белгилари эндокардитнинг яллигланиши тромбоземболик асоратлардан келиб чиқади.

Уткир септик эндокардит – септик холатларнинг бинобарин куруниши булиб, купинча стрептококклар гурухи томонида чақирилади. Касаллик уткир бошланади. Бадан харорати жуда

ланд ($39-40^{\circ}\text{C}$) булиб, беморни ваража тутали. Бадан ҳарорати пасайганда эса бемор жуда кўп терлай бошлайди. Бадан ҳароратининг кутарилиши беморнинг ута қувватлилиги, штахасининг йуқолиши, нафас олишининг оғирлашуви, юрак оқсида оғрикнинг пайдо булиши билан кечади. Тери қимтир булиб, унда майда қон қуйилишлар (петихия) пайдо бўлади.

Юрак ва қон томирлари тизимида яққол узғаришлар пайдо бўлади. Томир уриши (пульс) тезлашиб, унинг ритмик ҳолати бузилади, кучи ва таранглиги пасаяди. Уткир кечувчи реңтик эндокардитларда аксарият ҳолларда юракнинг мушак қавати ҳам яллигланади. Юрак чегаралари (айниқса чап қоринча) нинг кенгайиши кузатилади. Эшитиб қурилганда юракнинг товушлари (айниқса 1-товуши) бугик эшитилади.

Юрак чуққисида систолик, аорта ва упка артерияси сохаларида эса систолик ва диастолик шовкинлар аниқланади. Бу шовкинларнинг пайдо булишлари, аорта ва упка артериялари қопқокчаларидаги яллигланиш (вальвулит) билан боғлиқлар. Баъзи пайтларда шовкин ута жарангдор эшитилиб, бу ҳолат яллигланган қопқокчалар ва хордал илчаларнинг ҳаракати нағижасида юзага келади. Қасалликнинг оғир кечиши аксарият ҳолларда юрак фаолиятининг етишмовчилигига олиб келади. Бундай ҳолда беморнинг жигар ва талоги катталашади, хансираш, оёқ ва қулларда итиш, тахикардия, оёқ ва қулларнинг совук булиши, цианоз каби белгилар кузатилади.

Периферик қонда эритроцитлар миқдори ва рангли курсатғичнинг камайиши (гипохромия) аниқланади. Лейкоцитлар сони нейтрофиллар сони ҳисобига кескин қупаяди (1мм^3 да 20 000 ва ундан ҳам кўп).

Бактериал эндокардитларнинг клинчк таснифи (А.А.Дем
1978) Жадвал №6

Касалликни чакирувчи сабаблар	Касалликнинг ривожланиш боскичлари	Касалликнинг фаоллик даражаси	Касалликнинг кечиши
Грамм мусбат бактериялар (стрептостафилококлар)	Инфекцион-токсик боскичи.	Юкори (III)	Уткир кечиши
Грамм манфий бактериялар (ичак таякчалари, кук-йирингли таякча, клибсиелла ва б.к.)	Иммунологик яллигланиш боскичи	Уртача (II)	Абортив
Бактерияларнинг ассоцияцияси: -шаклли, замбуруглар риккетсиялар	Куйи (I)	Сурункали (кайталаб турувчи кечиши)	
Касалликнинг клиник ва морфологик шакли	Асосий зарарланган аъзолар		
Буйракчи (соғлом юрак қопқоқчаларининг зарарланиши)	Юрак томонидан: инфаркт, юрак нуқсонлари, юрак мушак қаватининг яллигланиши, аритмия, юрак этишмовчилиги натижасида едиб-чикувчи қон айланишининг I-III-даражали бузилишлари. Қон томирлари томонидан қон қуйилиши, қон томирлари яллигланиши (васкулит), тромбозмболия.		
Иккиламчи (аввал юрак турма нуқсонлари мавжудлиги натижасида узгаришга учраган қопқоқчаларнинг зарарланиши)	Буйрак томонидан: буйракнинг диффуз яллигланиши, нефротик синдром, учокли нефрит, буйрак инфаркти, буйрак фаолиятининг этишмовчилиги. Жигар томонидан: гепатит, цирроз. Талок томонидан: талокнинг қатталашуви (спленомегалия), инфаркти, талокнинг йирингли яллигланиши.		
	Упка томонидан: зотилжам, упканинг йирингли яллигланиши, инфаркт. Асаб тизими томонидан: менингоэнцефалит, гемиплегия, асаб аъзоларининг йирингли яллигланиши.		

Юрак ички кавати (эндокард) ва қон қончалар
 иллигланиши (вальвулит) натижасида майда тромблар ҳосил
 бўлиб, уларнинг қон орқали бошқа аъзоларга тарқалиши
 натижасида купгина аъзоларда (тери, бош мия, жигар, қўзнинг
 гур пардаси, оёқ ва қўлларнинг қон томирларида) эмболия
 пайдо бўлиш хавфи бор. Флебнит, септик артрит, геморрагия
 каби қон томирларининг зарарланиши билан боғлиқ белгилар
 ҳам септик эндокардит учун хос ҳисобланади, чунки бу
 касалликда организмдаги бутун эндотелий тизими
 зарарланади.

Бактериал эндокардитларнинг ташхиси анча мураккаб
 бўлиб, бунда микроблар мавжудлиги бактериологик усул
 билан аниқланиш муҳим аҳамиятга эгадир. Бундан ташқари
 касалликнинг ташхисини аниқлаш муҳим аҳамиятга эгадир.
 Бундан ташқари касалликнинг ташхисида септик ҳолат, юқори
 даражадаги токсикоз, юрак томонидан қучли систолик ва
 диасистолик шовкинларнинг эшитилиши, тромбоземболик
 асоратларнинг мавжудлиги ҳам ҳисобга олинади.

Касалликнинг кечиши ута оғир бўлиб, юрак
 етишмовчилигининг ривожланиши, организмнинг захарланиши
 даражаси ва тромбоземболиянинг қайси аъзода
 жойлашганлигига боғлиқ. Касаллик бир неча кундан 2 ойгача
 давом этиши мумкин. Бактериал эндокардит бош мия қон
 томирларининг тромбоземболияси билан асоратланса, ёки у
 билан бир вақтда зотилжам ривожланса, тез орада беморнинг
 улимига олиб келиши мумкин.

Бактериал эндокардитларнинг уртача уткирликда
 кечувчи шаклида касаллик белгилари секинлик билан юзага
 чиқади. Беморнинг умумий ахволи аста-секин оғирлашади, тез
 чарчаш, ҳолсизлик, юрак соҳасида оғрик сезилиши,
 иштаханнинг пасайиши, бадан ҳароратининг вақти-вақти билан
 кутарилиб туриши каби клиник белгилар касалликнинг бу

цакли учун хосдир. Куп холларда бадан харорати субфебрил курсатгичи тусатдан жуда юкори (39-40) даражаларгача кутариб кетиб, бу холат микробларнинг куп микдорда тушиши (бактериемия) билан боғлиқ. Бу хароратининг кескин узгариб туриши пайтида куп беморлар терлаши, ваража кузатилади. Эритроцитларнинг куп микдорда емирилиши ва суяк илиги фаолиятининг пасайиши натижасида беморда камконлик ривожланади. Тери ва шидатли каватлар оқимтир-сарғиш рангга киради.

Бактериал эндокардитлар куп холларда юракнинг тугма ва хаёт давомида орттирилган нуксонлари замини ривожланганлиги учун юрак чуққисида, упка артерияси ва аорта копкокчаларини эшитиш сохаларида шу нуксонлар хос систолик ва диастолик шовкинларни эшитиш мумкин. Икки табакали ва аортанинг яримойсимон копкокчадан айдиқса бактериал эндокардитда купрок зарарланади, юрак чегаралари кенгайди, чунки унинг мушак кавати яллиғланади, бунинг натижасида навбатдан ташқи кискариш (экстраистолия), утказувчанликнинг бузилиши натижасида эса блокадалар хам кузатилади.

Бактериал эндокардитларнинг уртача уткирлик кечишида аксарият холларда тромбоземболик асоратлар кузатиш мумкин. Буйрак, талок, упка, ошқозон-ичак тизими ва бошка ички аъзоларнинг кон томирлари тромбоземболик асоратлар хосил булиши натижасида беморнинг ахволи тусатдан огирлашуви (хушини йукотиш, фалажликлар пайдо булиши, куриш кобилиятининг ёмонлашуви, эмболия пайдо булган аъзоларда кучли огир юрак инфаркти) куриш мумкин.

Аксарият холларда артериал ва вена кон томирлари яллиғланиши натижасида тери, куз конъюнктивасига куйилишлар (Лукин белгиси), кон сийиш, кон кушиш,

чаловский-Румпель-Леде белгисининг ижобийлиги
 арланган тери остида кукумтир-кизгич рангдаги
 унчалар (Ослер тутунчалари) пайдо булади.

Буйракнинг зарарланиши натижасида сийдик
 идида протеинурия, гематурия, цилиндрурия кузатилади.
 Периферик конда оксилларнинг – фракциясининг микдори,
 колдиги, мочевино ва креатинин микдорларининг ошиши
 кузатилади. Рангли курсаткич пасайиши билан кечувчи
 конлик бу касаллик учун хосдир. Эритроцитларнинг
 ми пасайиши (3 000 000 ва ундан кам), улар шаклининг
 риши (пойкилоцитоз) юзага келади. Лейкоцитларнинг
 ми уларнинг ёш шакллари хисобига купаяди (1мм^3 да 15
 – 25 000). Периферик конда катта хажмли лейкоцитлар
 крофаглар ва гистоцитлар)нинг купайиши (Битторф –
 инский белгиси) бу касаллик учун хосдир. Шунингдек,
 бу касалликда эритроцитларнинг чукиш тезлиги ҳам ошади.
 ни микробларга бактериологик текширганда 80% га якин
 ларда стрептококклар топилиши исботланган.

Ташхиси. Беморда бадан хароратининг кутарилиши,
 да патоген микрофлоранинг торилиши, юракнинг тугма ва
 тирилган нуксонларининг мавжудлиги ва катор клиник
 ларга асосланиб, бактериал эндокардитларнинг ташхиси
 кузатилади.

Даволаш. Бактериал эндокардитларни даволаш энг
 до уз вақтида антибиотикларни тайинлашни такозо этади.
 ибиотиклар билан даволашни бошлашдан олдин
 орнинг кинини микробларга бактериологик текшириб ва
 нинг антибиотикларга сезувчанлигини инобатга олиб
 лаш муолажанинг самарадорлигини оширади.

Агар бактериал эндокардитларни стрептококклар
 рганлиги аниқланса, пенициллиннинг юкори микдори
 -300 минг бирлик/кг) тайинланади. Эришилган натижа

унчалик яхши булмаса, пенициллиннинг сунъий бирикмалар, цефалоспориинлар ва аминогликозидлар гурухига кирувчи антибиотиклардан фойдаланиш тавсия этилади. Уларнинг микдорини ҳам одатдагидаң 1,5-2 баробар куп олинади.

Бактериал эндокардитлар стафилококк энтерококклар томонидан чакирилган булса, эритромицин (50мг/кг) ичиш учун ёки мушаклар орасига юбориш у тавсия этилди. Даволаш курсига бир неча антибиотик кетма-кет тайинланиб, улар билан даволаш мухлати 2-3 ойгача чузилиши мумкин, бу даврида беморнинг овқат оксиллар, витаминларга бой булиши, ҳамда камқон даражасига муносиб (ичишга ёки парентерал усулда) тегилиш препаратлари ҳам тайинланиши керак.

Бактериал эндокардитларда яллигланишга карши препаратлар — аспирин (0,2г боланинг хар бир ёшига), брүфен (1,0-2,0мг/кг), метиндол (1-2мг/кг), вольтарен (0,1мг/кг) ҳам тавсия этилади. Касаллик оғир кечаётган холларда киска муддатга преднизолон (1-2мг/кг) тайинланади. Тромбоэмболик асоратларининг олдини олиш учун гепарин (100-200ЕД/кг) тери остига ёки вена ичига юборилади. Бу препарат кон ивишининг курсатгичлари (кон ивиш вақтида тромбоцитлар микдори) назорат килиниб турилиши лозим.

Шифохонада даволаниб чиккан беморларнинг ихтисослаштирилган оромгохларда соғломлаштирилиши кейинчалик участка хакимлари ва кардиологларнинг назоратида 3-5 йилгача доимий равишда булишлари шарт.

Олдини олиш тадбирлари. Бактериал эндокардитларнинг олдини олишда юрак тугма ва орттирилган нуксонлари булган беморларни доимо назорат килиб туриш, асоратларини уз вақтида даволаш ва организмда мавжуд булган сурункали юкумли аъмол учокларини бартараф этиш йули билан амалга оширади.

Оқибати. Бактериал эндокардитларнинг оқибати бирги замон тиббиёт фанининг ютуқларига асосланиб болаганда ва касалликнинг уртача уткирликдаги шаклида 80%гача ҳолларда дарддан тулик форигланиш билан айди. Лекин 1/3 ҳолларда юрак фаолиятининг шимовчилиги юзага келиши натижасида ва тромбоземболик асоратлар кушилганда, жигар ва буйрак фаолияти шимовчилиги, юрак инфаркти, инсуълт каби асоратлар абали улим ҳоллари кузатилиши мумкин.

ПЕРИКАРДИТЛАР

Перикардит – юрак ташки каватининг яллигланиши деб, юрак ва кон томир касалликлари орасида 1% га йинини ташкил этади. Болаларда перикардитлар аксарият ҳолларда юрак, упка ва бошқа аъзолар касалликларининг асорати сифатида ривожланади.

Этиологияси ва патогенези. Юкумли касалликларнинг асорати сифатида келиб чикувчи, юкумли молларга боглик булмаган (асептик) ва сабаби номаълум бўлган (идиопатик) перикардитлар фарқланади. Болаларда перикардитлар аксарият ревматизм, сил касаллиги ва бактериал инфекциялар (стафилококк, менингококк, пневмококк, ичак таёкчалари), ҳамда грипп, коксаки вируслари, замбуругли касалликлар билан боглик ҳолда ривожланади.

Чақалок ва эрта ёшдаги болаларда перикардитлар стафилококкли сепсис билан боглик ҳолда, асептик перикардитлар эса болаларни эмлаш, кон, нур касалликлари, асосли касалликлар билан боглик бўлган ҳолда келиб чиқади.

1) Перикардитларнинг ривожланиш механизми боғлиқ булиши мумкин: кон ва лимфа орқали юракнинг ташки каватига юкумли аъмоллар (бактерия ва вируслар)нинг юракка олиниши натижасида бактерияли ва вирусли

миоперикардитлар юзага келади; 2) микроблар ва бошқа моддаларнинг парчланиши натижасида организм сезувчанлиги ошиб кетиши (гиперергик ҳолат юзага келганда) перикардитга олиб келади; Перикардитларнинг бундай билан ривожланиши кушувчи туқиманинг касалликларида кузатилади; 3) юракка яқин жойда бўлган аъзолар (масалан, сил касаллигида плевранинг яллиғланишидан юқумли аъмолларнинг перикардга утиши) яллиғланишига олиб келади; 4) организмнинг захарланиши (масалан, уремия ҳолати) ҳам перикардит ривожланишига сабаб бўлади; 5) кон томирларнинг яллиғланиши (васкулитлар) перикардит ривожланишига олиб келади.

Касалликнинг пайдо бўлиши ва ривожланиши муҳлатига қараб, олдинма-кейин ривожланувчи кучли ва кучсиз клиникалиги билан кечувчи (экссудатив) ва суюқлик билан кечувчи (фибриноз) перикардитлар фарқланади.

Классификацияси. Перикардитлар курук (фибриноз) ва суюқлик тупланиши билан кечувчи (экссудатив) шаклларга бўлинади.

Перикард бушлигида тупланган суюқликнинг хусусиятига қараб сероз ва йирингли перикардитлар ажратилади. Перикардитлар клиника кечиши жиҳатидан ва сурункали бўлиши мумкин. Перикардитнинг ички ва ташқи каватларининг бир-бирига ёпишиб қолиши билан кечувчи адгезив перикардит дейилади.

Клиника манзараси. Уткир кечувчи курук (фибриноз) перикардит вирусли ёки бактериал касалликлардан ривожланади. Беморда юрак соҳасида кучли оғриқ бўлади. Бола 3-4 ёш ва ундан каттарок бўлса, юрак соҳасида оғриқ мавжудлигини кули билан аниқ курсатади. Юрак

даги огрик доимий булиб, у нафас олиш жараёни ва
 са харакат пайтида кучаяди. Юрак сохасидаги огрик
 ят хёлларда туш суяги оркасига, кукрак кафасининг ун
 гига ва қорин сохасига таркалади. Баъзан юрак
 даги огрикдан ташқари кунгил айнаши, қушиш ва суюк
 нинг пайдо булиши каби белгилар қушилиб,
 ардитнинг ташхисини кийинлаштиради. Курук
 ардитларнинг муҳим клиник белгиси – бу перикард
 ларининг бир-бирига ишқаланиши натижасида ҳосил
 иган шовкиннинг аускультация қилинганда
 олишидир. Бу ишқаланиш шовқини юракнинг қисқариши
 шушалишига боғлиқ булиб, юрак товушлари билан
 нгар ҳолда туш суягининг чап томонида II-IV-қовурга
 гига яхши эшитилади. Перикард қаватлари ишқаланиш
 цининг узига хос хусусияти шундаки, у нафас олиш
 нига боғлиқ эмас.

Перикард қаватлари орасида суюклик тупланиши
 са, ишқаланиш шовқинининг эшитилиши сусаяди ва
 лиши мумкин. Перикард бушлигида суюклик
 анмаганлиги учун фибриноз перикардитда юракнинг
 алари кенгаймайди, юрак фаолиятининг етишмовчилиги
 ланмайди. Юракнинг рентгенологик шакли ҳам
 ишсиз қолади. Қон тахлилида лейкоцитлар миқдорининг
 йганлигини аниқлаш мумкин. ФКГ да перикард
 ларининг ишқаланиш товуши юракнинг иш даврларига
 к будмаган нотугри, ҳар хил тулқинли чизиклар холида
 ёён булади. ЭКГда Т-тишчанинг салбий ёки икки даврли
 б ёзилиши аниқланади.

Уткир, перикард қаватлари орасига суюклик
 наниши билан кечувчи (экссудатив) перикардит, фибриноз
 кардитнинг давоми сифатида ёки бирламчи ҳолда юзага
 ши мумкин. Қасалликнинг бу шакли жуда огир кечади.

Унинг клиник белгилари тупланган суюкликнинг микдор хусусиятига боғлиқдир. Перикард каватлари ор суюкликнинг куп микдорда тупланиши бемор ахвол огирлашуви, юракнинг сикилиши (тампонадаси) ва фаолиятининг етишмовчилигига олиб келади. Нафас огирлашиб, тери куқимтир-окиш тусга киради, вена томирлари буртиб чиқиб, кул ва оёқларнинг бармон кукаради, жигар катталашади, организмда (оёқларда, қоринда) шиш пайдо булади. Юрак соҳасидаги ковурагалар оралик силликлашган, каттарок ёшдаги беморлар утирган ёки томонини кутариб куйган ҳолда булишини афзал куради. Нафас олиш жараёнида куқрак кафасининг чап томони бу орқада қолиши сезилади. Баъзи беморларда товуш хириллаши ва хикичок тутиши белгилари пайдо булади.

Юрак чуққиси ва асосининг харакати сезилма унинг чегаралари кундалангига кенгайганлиги (мутлок нисбий чегараларнинг бир-бирига яқинлашуви) аниқлана. Юрак товушлари жуда бугик эшитилади, агар суюк перикард бушлигида ута куп булса, юрак товушлари умун эшитилмаслиги мумкин. Артериал систолик кон босим пасайган, диастолик кон босими эса одатдагидек булиб, айр холларда у ҳам пасаяди. Перикардитда баъзан нафас рж жараёнида пульсининг йуқолиши — «пародаксаль пу кузатилади. Беморни утирган ёки урнидан турган ҳол эшитилса (перикард ичидаги суюкликнинг асосан паст соҳада тупланганлиги сабабли) перикард каватларини ишқаланиш шовқинини эшитиш мумкин. Қасоалик ташхиси аниқлашда ЭКГдаги узгаришлар: R- тишчаларнинг ута па булиши, T-тишчанинг ва S-T ораликнинг салбий булиши белги ҳисобланади. Шунингдек рентгенологик узгаришлар аниқлаш (юрак соясининг кенгайиши ва юрак харакатини сусайиши) перикардит ташхисини куйишда муҳим аҳамиятга

Эхокардиография усули билан перикард бушлигида анган суюкликни аниклаш мумкин. Юрак тампонадаси билари кучайса, йирингли перикардитларга шубха тугилса, перикард бушлигини пункция қилиш эҳтиёжи тугилади. Бу йир муолажа ва ташхисий аҳамиятга эга. Пункция қилганда суюклик микдори, унинг хусусияти, таркиби, микроблар кучдиги ва уларнинг антибиотикларга сезувчанлигини аниклаш учун бир йула текшириш имконияти тугилади.

Экссудатив перикардитларда периферик қондаги лейкоцитлар — эритроцитлар чуқиш тезлигининг ошиши, лейкоцитоз, нейтрофиллёз кузатилади.

Йирингли перикардитлар юқбри даражадаги сепсис, хароратнинг ута баланд булиши ва ваража (перикардит) билан кечади. Гудак болаларда йирингли перикардит аксарият холларда сепсис, упка туқимасининг филококкли деструкцияси натижасида, катта ёшдаги болаларда эса купинча уткир гематоген остеомиелит билан боғлиқ холда ривожланиб, юрак соҳасида огрик, юрак қон тоқимасининг олиятти етишмовчилиги белгилари билан кечади. Йирингли перикардит тахмин этилганда перикард бушлигини барвақт пункция қилиш тавсия этилади. Бундай беморлар периферик қонда лейкоцитоз, нейтрофиллёз, эритроцитлар чуқиш тезлигининг ошганлиги аникланади.

Ревматизм жараёнида хам касалликнинг 1-2 стадиясида сероз экссудатив плеврит ривожланиши мумкин, лекин суюклик микдори одатда юрак тампонадаси ривожланадиган даражага етмайди. Аёнки, бир вақтда перикардининг ички, мушак ва ташқи қаватларининг яллигланиши (перикардит) оғир кечади. Касаллик ташхисини аниклашда ревматизмга хос булган юрак ва бугин тизими, ички органлардаги узгаришлар, қон таҳлилидаги курсаткичлар, ЭКГ, ЭКГ ёрдамида олинган натижалар, рентгенологик курсаткичлар катта аҳамиятга эга.

Сил касаллигидан кейин келиб перикардитлар болаларда купрок учрайди. Сил ка перикард зарарланишининг икки тури кузатилади: ю каватининг сил касаллигидан кейин келиб чикувчи яллигланиши ва юрак ташки каватининг сил касаллигидан бевосита зарарланиши.

Касалликнинг биринчи хилида перикард орасида сероз суюклик тупланиши, иккинчи турида перикард каватларида сил тугунчалари хосил булиши кузатилади.

Сил касаллиги кузгатувчиси чакирган перикард юрак сохасида унчалик кучли булмаган огрикнинг кафасининг чап томонига таркалиши, юрак фаолиятининг етишмовчилиги ва кон айланишининг бузилиши билан хосил бўлиши кузатилади. Касаллик ташки каватларида силни исботловчи туберкулин синамаларида натижаси ва бошка аъзоларнинг сил билан зарарланганлигини аниқлашда эътиборга олиш катта ахамият касб этади.

Асептик (микрофлорасиз) перикардитлар болаларда профилактик эмлашлар ва организмга витаминдориворлар (новокаинамид, гидролизин) юборганда перикард юзага келиши мумкин. Касалликнинг ташхисини аниқлашда баъзи аллергик холатлар (терида аллергик тошма пайдо булиши, бугинларнинг яллигланиши, хароратининг кутарилиши ва периферик конда эозинофилиянинг юзага келиши ёрдам беради.

Жароҳатлардан кейин келиб чикадиган перикардитларда ҳам асептик булиб, клиник жихатдан кардиоперациясидан сунг кузатиладиган белгилар мажмуида кузатилади. Бу хил перикардитларда, перикард каватларида, кон махсулотларининг ивиши ва чандикланиши кузатилади. Фаолиятининг етишмовчилигига олиб келади.

Уремик перикардитлар сурункали буйрак
 дисларининг охири боскичида юзага келади. Унинг
 к белгиларидан перикард каватларининг
 нишидан келиб чикадиган шовкиннинг эшитилишига
 ай, юрак соҳасида огрик булмаслиги ва перикард
 гида кам микдорда суюклик тупланишини айтиб утиш
 ин. Лекин уремия пайтида перикардит кушилса,
 онинг умумий ахволи огирлашади ва у тез орада халок
 ши мумкин.

Юкорида кайд этилган перикардитлардан ташкари
 вчи тукуманинг тизимли касалликлари (тизимли кизил
 ик, дерматомиозит, склеродермия, тугунчали
 артерит, ревматизмсимон артрит) да хам перикардитлар
 тилиши мумкин. Бу хилдаги перикардитларнинг
 кболи асосий касалликнинг кечишига боглик булади.

Кон ва усма касалликларидан кейин келиб чикувчи
 кардитларда тупланган суюклик купинча кон аралаш
 ши билан таърифланади. Юрак етишимовчилги
 тиларининг кучайиши натижасида беморнинг ахволи
 олашиб, тез орада халок булиши мумкин.

Даволаш. Перикардитни даволаш этиотроп булиб,
 аввало асосий касалликни даволашга каратилган булиши
 ак. Курук (фибриноз) перикардитда аналгетиклардан
 карари махсус даволаш чоралари талаб этилмайди.
 судатив перикардитда эса даволаш чоралари уз ичига
 биотиклар, яллигланишга карши препаратлар, томир
 ори, утказувчанлигини муътадилловчи препаратлар, ута
 увчанликни камайтирувчи моддалар, шу жумладан
 днизолон, диуретиклар қабиларни олади. Юракнинг уткир
 мпонадаси ва йирингли перикардитларда суюклик микдори
 п булганда перикард бушлиги пункция килиниб, олинган
 юклик микрофлоралар мавжудлигига хамда уларнинг

антибиотикларга сезувчанлигига бактериологик устакширилади. Бунда перикард бушлигига найча куйиундан вакти-вакти билан антисептик моддалар антибиотиклар юбориб турилади. Огир холда перикардиотомия килинади.

Йирингли ва сил касаллигидан кейин келиб чиқади перикардитларда глюкокортикоид гормонлар кулланыла ёрамайди: чунки улар юкумли аёмолларнинг органика таркалиши учун имконият яратади. Глюкокортикоид гормонлар асосан вирусли, ревматизм ва коллаген касалликларидан кейин келиб чиқадиган перикардитлар кулланылади. Перикардитларни даволашда яллигланган карши ностероид дорилар (вольтарен, метиндол) ни куллаган тавсия этилади.

Сийдик хайдовчи дорилар (лазикс, фуросемид), молекулаларини яхшиловчи дорилар (кокарбоксилаза, АТФ-рибоксин вит «С»), юрак сохасида огрикни камайтирмак садида анальгетик препаратлар (анальгин, баральгин) аллергик жараёни камайтириш учун антигистамин препаратлар (димедрол, фенкорол ва б.к) тавсия этилади.

Беморда юрак фаолияти етишмовчилиги кузатилаётган холларда эса юрак гликозидлари кулланылади (строфантин, коргликон, дигоксин ва б.к).

Сурункали перикардитлар. икки куринид перикард бушлигида суюклик тулланиши (сурункали экссудатив перикардит) ва перикард каватларининг бирига ёпишиб колиши (сурункали адгезив перикардит) эса юракни сикиб куядиган, юракни сикиб куймайдиган перикард каватлари оркасида тузлар тулланиб колиши натижасида унинг ута калинлашиб, каттиклашиб совутсимо шаклга кириши билан кечувчи турларга булинади.

Сурункали перикардит болаларда аксарият сил саллигида ривожланади. Бундай перикардитларда суюқлик перикард бушлигида ойлар ва хаттоки йиллар давомида янгилаши мумкин. Касалликнинг бошланиш даврида бемор юрак соҳасида нохуш сезги, нафас сикилиши, тез чарчаш биларга шикоят қилади. Бундай перикардитлар бадан жараҳатларнинг меъеридан кутарилмаслиги билан кечиши мумкин.

Кукрак кафаси куриқдан утказилганда, юрак соҳасининг бироз буртиб чиқиши, юрак чегараларининг кенгайганлиги, лекин шунга карамадан юрак тампонадаси белгиларининг йуқлиги аниқланади. Агар беморда юрак тампонадаси белгилари (юрак уришининг тезлашуви, қўнғинлашуви, жигар ва талокнинг катталашиви, шиш пайдо бўлиши) топилса, перикард бушлигини пункция қилиш эҳтиёжи туғилади.

ЭКГда QRS мажмуасининг жуда пакана бўлиши, Т-тоғининг манфий бўлиши аниқланади. Рентгенологик текширишда юрак сояси трапециясимон шаклга эга бўлиб, юрак хажмининг катталашганлиги (кардиомегалия) кузатилади.

Касаллик тапхисини аниқлашда эхокардиографиянинг ахамияти катта бўлиб, бу усул билан перикард каватларининг ҳолати, унинг бушлигида суюқлик мавжудлигини аниқлаш мумкин.

Перикард бушлигини пункция қилишга эҳтиёт бўлиш лозим, чунки меъеридан зиёд суюқлик сикариб юборилса, декомпрессион эффект (периферик кон томирлардан юракка қанқисқа муддат ичида қуп микдорда кон келиши натижасида унинг янада кенгайиви ва хаттоки қутилмаганда тухтаб қолиши) хавфи мавжуд. Одатда перикард бушлиги туш суягининг чап кирраси IV-III — қовургалар оралигидан маҳаллий огриксизлантириш остида пункция қилинади.

Адгезив перикардит сурункали перикардит юракни сиқиб қўймайдиган шакли уткир перикардитла кейин ёки сурункали ҳолда бирламчи ривожланиши мумкин. Унинг клиник белгилари қўп вақтлар давомида қўпчиликмаслиги мумкин, лекин жисмоний зуриқишда бора-бора юрак уришининг, нафас олишининг тезлашуви ва оғирлашуви юрак соҳасида енгил утиб кетувчи оғрикнинг пайдо бўлиши билан ифодаланади.

Бунда юрак гликозидлари ҳамда юракда мўл алмашинувнинг яхшиловчи дорилар (какорбоксилаза, АТФ-рибозин, панангин) ни тайинлаш яхши натижа беради. Эхокардиография ва рентгенографияда касалликка хос белгилар (перикард қаватларининг қалинлашуви ва бирига ёпишиши, қоринчалар пульсациясининг сустлиги ёки умуман аниқланмаслиги) кузатилади. Касалликнинг ташхис клиник ва параклиник текширишлар натижаларига асосланиб қўйилади.

Констриктив перикардит болаларда қўп учраб уларнинг келиб чиқиши вирусли, бактериал юқумли аъмоллар ва перикарднинг жароҳатланиши билан боғлиқлар. Бундан ташқари сил касаллигидан кейин ҳам бу хилдаги перикардитлар ривожланиши мумкин. Шунинг учун боланинг ёшидан қатъий назар бу хилдаги перикардит ривожланиши мумкин. Шунинг учун боланинг ёшидан қатъий назар бу хилдаги перикардит ривожланганда сил касаллигига текшириш лозим.

Констриктив перикардитда қўп айланишининг бузилишига асосий сабаб юрак бушлиқларининг (қоринча ва булмачалар) бушалиш босқичида қўп билан тулмай қолишидир (юрак қоринчалари гиподиастолик синдромининг пайдо бўлиши). Касалликнинг клиник белгилари узок муддат ичида қўзга тақланмаслиги мумкин. Дастлабки клиник белги

фатида жигар катталашади. Юракнинг констриктив ҳолати ҳолса, жигар асли холига келади. Бу касалликда жигар билан бир вақтда талокнинг катталашуви, буйин йирик кон вениларнинг буртиб чиқиши, веноз кон босимининг жуда баланд (250мм.с.м.устуни) булиши кузатилади.

Констриктив перикардитга хос клиник белгилардан на бири организмда шиш пайдо булишидир. Шиш синдроминанинг келиб чиқиши кон айланишининг бузилиши билан боғлиқ булиб, бунда сийдик хайдовчи дорилар киска муддатли натижа беради. Корин бушлигида йирилган суюқлик функция килиб олинса, беморнинг аҳоли анча енгиллашади, лекин олинган суюқлик миқдориде оксил моддаси диукотилиши туфайли шиш синдроми янаде кучайиши мумкин. Шиш синдроми билан бир пайтда юз, куллар, кулоклар ва тана терисининг кукариши янаде кучаяди. Нафас олишининг огирлашуви констриктив перикардитда орта боради. Агар перикардитдан ташкари плеврит ҳам ривожланса, беморнинг аҳоли янаде огирлашади. Юрак чегаралари катталашганлигига карамасдан, курак кафасининг юрак сохаси буртиб чиқиши кузатилмайди. Юрак уришининг товушлари одатдагидек булади, айрим холларда улар бироз бугиклашуви мумкин. Бу касалликда юрак чуқкисиде III-патологик товуш эшитилиши мумкин. Бу III-товуш «перикард товуши» дейилиб, девор каттиклашган перикардитнинг сиртки каватига чап коринчанинг урилиши натижасиде хосил булади. Бундан ташкари перикард каватларининг ишкаланиш шовкини ҳам эшитилиши мумкин. Айрим холларда табакали копқокчаларнинг булмача томонига кайрилиши натижасиде келиб чикувчи систолик шовкин ҳам эшитилади. Бу шовкинни эхокардиография усулида тасдиқласе булади. Беморда парадоксаль пульс пайдо булади.

ЭКГда тишчаларнинг волттажи сакланган, бироз баландлашган, учи уткир «Р» тишчанинг булишини кузатиш мумкин, бу белги хар иккала булмача зурикиб ишлашидан дарак беради.

Рентгенологик текширишлар ёрдамида к хажмининг узгармаганлиги, плевра бушликларида би суюкликнинг мавжудлиги, плевра-перикард ва перикар диафрагмал чандикларнинг мавжудлиги, юрак харакатчанли даражаси, унинг кискариш кобилиятининг сусайиши кузатиш мумкин. Эхокардиографияда перикардитни калинлашгандиги аникланади.

Констриктив перикардитларни жигар цирроз дарвоза венасининг гипертензияси, норевматик кардитлар гликогенозлардан **фарқлаш** керак.

Сурункали перикардитларни даволашни уларни келтириб чиқарган асосий касалликлар (сил, ревматизмсимон артрит ва б.к) ни даволашдан бошлаш, шунингдек яллигланишга карши препаратлар, сийдик хайдовчи дорилар, кислород бериш, жисмоний зуриқишнинг олдини олиш, тузли овкатларни камрок истеъмол килиш ва калий препаратларини тайинлаш тавсия этилади. Гипопротеинемия холати кузатилаётган холларда плазма, оксил препаратлари тайинланади. Сурункали перикардитларни даволашда юрак гликозидларини куллаб турувчи микдорда бериш мақсадга мувофикдир. Юрак тампонадаси белгилари кучайса, оператив усул, яъни перикардотомия килиш тавсия этилади. Операциядан кейин юрак хажм жихатидан катталаниши мумкин, шунинг учун юрак мушакларида модда алмашинувини яхшиловчи дорилар (какорбоксиллаза, вит С, рибоксин, АТФ) тавсия этилади.

Перикардитларнинг махсус олдини олиш чаралари
 дук, лекин уларнинг ривожланишига сабаб булувчи
 касалликларни вақтида ва тугри даволаш бу хасталиклар
 олдини олишда катта аҳамият касб этади.

ҚОҢ ТОМИРЛАР ДИСТОНИЯСИ

Дистония — Қон томирлари таранглиги
 доимийлигининг узгариши натижасида артериал қон
 босимининг кутарилиши (гипертония) ёки пасайиши
 (гипотония) билан таърифланувчи ҳолат бўлиб, марказий асаб
 тизими томонидан томирлар таранглигининг бошқарилиши
 бузилиши натижасида келиб чиқади.

Қон томирлари таранглиги таранглиши 10% га
 яқин бўлиб, улар орасида гипертоник турли дистониялар
 кўпроқ тарқалган. Дистониялар барча ёшдаги болаларда
 кузатилиши мумкин, лекин улар аксарият балогатга етган
 ёшда ҳамда усмирлар орасида кўпроқ кузатилади.
 Дистониялар аксарият ҳолларда марказий асаб тизими
 фаолиятининг бузилиши билан кечиб, мактаб уқувчиларининг
 уқув жараёнига мослашиши, иш фаолияти ҳамда келажакда
 касб танлаши ва ҳарбий хизматга яроклилигига салбий таъсир
 этади. Қоң томирлар дистонияси билан хасталанган
 болаларнинг 30% га яқинида кейинчалик гипер- ёки
 гипотоник касаллик ривожланади.

Этиологияси. Қон томирлар дистонияси
 полиэтиологик касаллик бўлиб, унинг сабаблари сифатида
 атроф муҳитнинг таъсири, ирсий мойиллик ва турли
 патологик ҳолатларни келтириш мумкин. Эрта ёшдаги
 болаларда дистониялар одатда иккиламчи тарзда ривожланиб,
 бу ҳолатга постгипоксик энцефалопатиялар, конституциялар
 аномалиялари, оғир, кечувчи юқумли касалликлар,
 эликролитлар балансининг бузилиши олиб келади. Катта

ёшдаги болаларда эса дистониялар асаб ва эндокрин тизимининг фаолияти бузилиши натижасида ривожланади.

Патогенези. Аксарият холларда дистоник холатлар нейроэндокрин бошқаришнинг қайта қурилиши ва интенсив уеиш даврида, яъни киз болаларда 12-14 ёшда, угил болаларда эса 13-15 ёшда пайдо булади. Хозирги замон болаларига хос булган акселерация жараёни айрим аъзолар ва тизимлар етилишининг гетерохронизмини кучайтиради. Жумлада юрак ва йирик томирлар усиши орасида, магистрал кон томирлар ва капиллярлар усиши орасидаги муқобиллик бузилади. Бу даврга хос булган бош миyanинг пустлок ва пустлок ости қисми фаолиятининг дискоординацияси вегетатив асаб тизимининг бир қисмининг (симпатик ва парасимпатик) вақтинчалик устуңлигига олиб келади. Айни шу пайтда организмнинг ирсий ва оилавий хусусиятлари хос енгилгина юзага чиқади.

Гипертоник турдаги дистониялар – инсониятнинг мухим ижтимоий муаммоси булиб, купгина холларда барвақт улим ва мажрухликка олиб келади. Юрак мушакларининг қон билан етарлик таъминланмаслиги (ишемия) қасаллиги хос айнан қон босими юкори булган кишиларда кузатилади.

Қон томирлар таранглигининг ошиши – гипертоник аксарият буйрак қасалликлари, эндокрин безлар қасалликларининг белгиси булса хам, бир қатор холларда юкори босим улар билан боглик булмаган холда келиб чиқади. Мана шундай гипертония алохида нозологик бирлик эссенциал генин гипертония деб юритилади.

Соғлом кишиларда қон томирларининг таранглиги доимо маълум холатда сақланиб туради. Бу вазифани бош миyада жойлашган марказлар бошқариб туриб, шунингдек қон томирлар таранглиги уларнинг деворида жойлашган рецепторлар фаолиятига, қоннинг қимёвий таркибига,

симпатик ва парасимпатик асаб тизимининг мувозанатига ҳам боғлиқдир. Кон томирлари таранглиги бузилишининг кон босими ошиши билан кузатиладиган шакли куйидаги ҳолларда кузатилиши мумкин: а) бирор касалликнинг белгиси сифатида; б) кон босимининг вақтинча ошиши (транзитор); в) алоҳида касаллик сифатида кон босимининг муқом ошиши.

Жадвал 7.

Кон босими ошиши касаллигининг таснифи
(Н.А.Белоконь, 1987)

Ривожланиш-боскичи	Шакли	Кечиш турлари	Касалликнинг белгиси сифатида кон босимининг ошиши
1. Функционал узгаришлар	Систолик (систолик кон босимининг ошиши)	1. Тез ривожланувчи	Бўйрак касалликлари
2. Органик узгаришлар ривожланишининг бошланиши	Диастолик босимнинг ошиши	2. Секин ривожланувчи	Кон айланиши бузилиши
3. Тукима ва аъзоларда органик узгаришлар ривожланган боскичи	Систолик ва диастолик босимнинг бир вақтда ошиши	3. Бир хилда сақланган ҳолдаги кечиши	Ички секреция безларининг касалликлари
		4. Кайта тикланиш даври	Марказий асаб тизими касалликлари

Кон босимининг кутарилиши касаллигининг уч боскичи ажратилади:

I-боскичида 25% болаларда субъектив сезгилар кузатилмайди. Улар уйқунинг бузилиши, инжиклик, мактабда тез чарчаш, хотиранинг пасайиши, бош айланиши, узлаштиришнинг пасайиши каби доимий булмаган шикоятларни келтиришлари мумкин. Бундай беморлар тоза

хавода сайр килинса ёки киска муддатта дам олинса, уш шикоятлар йуқолади. Болани куриқдан утказганда систолик босимнинг бироз кутарилганлиги (150мм сим. устунигача) диастолик босимнинг одатдагидек булиши марказий аритмизими томонидан кул ва оёқларда титраш, рефлексларининг ошганлиги, юрак-кон томирлар тизими томонидан унчалик кучли булмаган тахикардия ё брадикардия, юрак товушлари жарангдорлигининг узгарishi ва функционал шовкин эшитилади. Касалликнинг боскичида «неврологик» шикоятлар анча камаяди, лекин юрак сохасида огрик, юрак уруши сонининг купайishi хансираш пайдо булади, систолик босим 150-160 мм. сим. устунигача кутарилиб, баъзан диастолик босимнинг хансираш кутарилиши (85-100 мм. сим. устунигача) хам кузатилади. Кутарилишидаги артерияларнинг кискариши вена кон томирларининг аксинча кенгайishi аникланади. Айрим холларда юрак чегараларининг чапга кенгайishi, ЭКГда чап кориниш гипертрофияси ёки электрик фаоллигининг ошиши, электрик систолянинг узайishi пайдо булади.

Касалликнинг III-боскичида систолик кон босим тургун кутарилган булиб, диастолик босим хамма вақт хансираш ошган булавермайди. Юракнинг бушалиш курсаткичлар пасаяди. Касалликнинг II-боскичига хос булган белгиларга кон томирлар етишмовчилиги (кризи) хам кузилади.

Кон томирлар гипертоник кризи тусатдан ёки даракчи белгилардан сунг (бош огриги, безовталиқ, юрак сохасида нохуш сезги) келиб чикади. Кризнинг асосий белгиси бир неча соатдан бир кеча-кундузгача давом этувчи пешона, тепа ва энса сохасидаги кучли бош огриши булиб хисобланади. Бундан ташкари беморлар чека сохасидаги томирлар пульсацияси, кулоқларнинг шангилаши, кул олдининг коронгилашуви, кунгил айниши, кулницга шикоят килишади.

Артериал кон босими кескин кутарилиб, 180/100 мм уст. ва ундан ҳам баланд булиши мумкин. Босимнинг пилиши вегетатив узгаришлар (юз терисининг кизариши, терлаш, оёк ва кулларнинг совуши) билан кечади.

Кон босимининг пасайиши билан кечувчи тониялар ҳам уч боскичда кечади. Бу турдаги тонияларнинг келиб чикишига сасаб: а) бирламчи кон босимининг пасайиши; наслий-конституционал ёки физиологик кон босимининг пасайиши; сурункали артериалликлардан кейинги кон босимининг пасайиши (проциркулятор дистония); б) иккиламчи кон босимининг пасайиши (Адиссон касаллигидан кейин; калконсимон касаллигининг фаолияти сусайганда, конда шакар микдорининг пасайиши холларида, жигар циррози, уткир ва сурункали яғмур яллигланишида, камконлик касаллигида) булиши мумкин.

Касалликнинг I-боскичида айрим болаларда қолсизлик, тез чарчаш, йиглокилик, иш қобилятининг пасайиши, инжиқлик кузатилади. Бош оғриги, бошнинг айланиши белгилари пайдо булади. Бу шикоятлар бемор дам олганда йуқолади. Бундан ташқари терининг оқариб туриши, терининг ости соҳасининг қуқимтир тусга кириши, кул-оёқларнинг суғуриши каби белгилар ҳам кузга ташланади. Систолик босим пасайиши касалликнинг бироқ пасайган (100 мм сим устунига), систолик кон босими эса узгармаган.

Касалликнинг II-боскичида систолик кон босими кескин пасайган даражада пасайган ва унинг пасайиши тургун булиши билан бир каторда вақти-вақти билан диастолик кон босимининг ҳам пасайиши кузатилади. Беморнинг шикоятлари доимий тус олади. Касалликнинг бу даврида кузатиладиган би томирларининг кенгайиши ва ЭКГда миокард исфорофияси белгиларини аниқлаш мумкин.

Касалликнинг III-боскичида систолик ва диастолик кон босимининг тургун пасайиши кузатилиб, беморда кетиш ҳолатлари пайдо булади. Юрак-кон томир тўқун куз тубининг томирлари томонидан кузатиладиган узун ва кескин ривожланганлиги аниқланади.

Томирлар дистония касаллигини симптомлари (буйрак касалликлари, аортанинг коарктацияси, гормонал-фаол усмалар) дан фарқлаш лозим.

Касалликнинг тахисини куйишда артериал кон босимининг меъёридан узгариши жисмоний ва умумий зурикишидан кейин пайдо булганлиги, юрак ва кон томирлари томонидан ҳамда куз тубидаги кон томирлари узгаришларни ҳисобга олган ҳолда куйилади.

Даволаш. Касалликнинг I-боскичида дори-дармонлар билан даволаш асосий аҳамиятга эга эмас. Касаллик келтириб чиқарган сабабларини бартараф этиш, суръатли юқумли аъмоллар учокларини даволаш, асабга таъсир кўрсаткичлардан саклаш, боланинг дам олиши ва укишини режалаштириш, чиниктириш каби муолажалар касаллик белгиларининг йуқолишини таъминлайди.

Гипертоник турдаги дистонияларнинг даражаларини даволашда юқоридагилардан ташқари кон босимини тушурувчи препаратлар (дибазол 0,003г дан оғир гача бир мартага, лапаверин 0,02-0,04г дан кунига 3-4 марта магнезий сульфат 25% ли эритмасидан 1,0 мл боланинг ёрдамида тайинланади. Айрим ҳолларда – адреноблокаторлар (аймакдорда обзидин) оз микдорда кулланилади. Шунингдек десенсибилизацияловчи препаратлар (димедрол, фенкел, супрастин, кальций, тавэтил ва б.к.), седатив препаратлар тайинлаш ҳам яхши натижа беради.

Гипотоник турдаги дистонияларни даволашда тартибини тугри ташкил этиш, электр токи ёрдамида ухлат

таш, ультрабинафша нурларидан фойдаланиш, мликлардан тайёрланган дориворлар (элеутерококк, шшен) яхши натижа беради. Агар физиотерапевтик олажалар қўтилган натижани бермаса апилак, кофеин ва В рухи витаминлари тайинланади. Шунингдек глюкозанинг % ли эритмаси, витамин С, қакорбоқсилаза, панангин каби паратлар ҳам қулланилади.

Олдини олиш тадбирлари. Қон босими қутарилиши и пасайиши қасалликларининг олдини олишда мактаб идаги болаларни текшириб туриш, агар қон босимининг ьёридан узгарганлиги аниқланса, унинг сабабини ахтариш, оланинг уйқу, уқиш ва иш тартибини туғри ташкил этиш, та-оналар орасида қасалликнинг мохияти ва унинг олдини олиш йулларини тушунтириш қатга ахамиятга эга. Қон осими дистониясига йулиққан болалар қардиолог ва болалар қаким назоратида булишлари лозим.

Оқибати. Аксарият беморларда қасалликнинг оқибати уни уз вақтида даволаш ва олдини олиш тадбирлари амалга оширилганда хайрлидир. Уларга риоя қилинмаганда эса қон томир дистонияларнинг гипертоник қасаллик ёки турғун артериал гипотензия ҳолати ривожланишига утиш хавфи бор.

ЮРАҚ ВА ҚОН ТОМИРЛАРИНИНГ ТУГМА НУКСОНЛАРИ

Юрақ ва қон томирларининг тугма нуқсонлари қомиланинг ривожланиши давомида юрақ ва қон томирларининг шаклданиш даври (2-8 ҳафтасида) да қомилдор она организмига зарарли аъмоллар таъсири остида юзага қелади.

Юрақ ва қон томирларининг тугма нуқсонлари узининг тарқалганлиги жихатидан ички аъзолар тугма

нуксонлари орасида иккинчи уринда туради ва хар чакалокдан 7-8 тасида учрайди. Бола тугилгандан бунинг организмида кон айланишининг бузилишига келадигн ва кон томирлари нуксонлари барча нуксонисбатан 30% га яқинини ташкил этади. Тугма юрак томирлар нуксонлари билан тугилган болаларнинг 7% яқини бир ёшгача нобуд булишади.

Этиологияси. Юрак ва кон томирлар нуксонлари келиб чиқиш сабаблари хилма-хил ва мураккаб булиб, ирсий аъмолларнинг ҳам ахамияти катта. Шунингдек катор хромосом касалликлар (Даун касаллиги, Шереш Тернер, Эдвардс, Патау ва бошқа синдромлар) куп хол мураккаб юрак ва кон томирлар тугма нуксонлари биргаликда кечади. Юракнинг тугма нуксон ривожланишида хомиладор аёлнинг вирусли касаллик ревматизм, упка сили, сурункали упка зотилжамн, ма алмацинுவининг ирсий бузилиши касалликлари ҳам ма ахамият касб этади.

Булардан ташқари юрак ва кон томирлар нуксонларининг келиб чиқишида хомиладор аёл организми рентген нурлари, радиация, баъзи кимёвий моддлар (тератоген таъсирга эга булган химикатлар, антибиотиклар, никотин ва спиртли ичимликларнинг ҳам ахамияти маълум.

Юрак ва кон томирлар тугма нуксонлари, уларни тулик ривожланмаганлиги (гипоплазияси), ёки тегна жойларда (тери остида, корин бушлигида) жойлашу юракнинг курак кафасининг унги томонида жойлашу (декстракардия) ва барча ички аъзоларнинг одатдагид аксинча жойлашуви (Картогенер синдроми) ка куринишларда намоён булиши мумкин. Юрак, уни пардалари ва йирик кон томирларининг тугма нуксонлар алохида ва омукта холда учрашлари (жадвал №8).

Кичик кон айланиш доирасида кон микдорининг ва босимнинг купайиши билан кечувчи юрак ва кон томирларнинг тугма нуксонларидан энг куп учрайдигани юрак коринчалари орасидаги тусикнинг битмай колиши хисобланиб, у барча тугма нуксонларнинг 11% дан 23,7%гача кисмини ташкил этади. Бу касаллик П.Толочинов томонидан (1874) дастлаб таърифлаб берилган. Бунда нуксонлар тусикнинг парда ва мушак кисмида жойлашган булиши мумкин. Юрак коринчалари орасидаги тусик нуксонининг катталиги 1мм дан 30 мм гача булиши мумкин, шунинг учун бу хилдаги нуксонларнинг икки тури фарк килинади: 1) катта хажмли нуксон (аорта диаметридан кенг ёки 2см² дан катта);

Жадвал №8.

Юрак ва кон томирлари тугма нуксонларининг таснифи
(Marder, 1963)

Кон айланишининг холатига кура тугма нуксонларнинг таксимланиши	Терининг кукаришисиз кечувчи тугма нуксонлар	Терининг кукариши билан кечадиган тугма нуксонлар
1.Кичик кон айланиш доирасида кон микдорининг купайиши ва кон босимининг ошиши билан кечувчи (гиперводемик) тугма нуксонлар	Артериал тармокнинг ёпилмай колиши, булмачалараро тусикнинг нуксони, коринчалараро тусикнинг нуксони, юракнинг коринчалари ва булмачалари орасида кушимча йуллар хосил булиши.	Эйзенменгер мажмуаси магистрал кон томирларининг юракка нисбатан нотугри жойлашуви, умумий артериал йул.
2.Кичик кон айланиш доирасида кон хажмининг камайиши ва кон босимининг пасайиши билан кечувчи (гиповолемик) тугма нуксонлар.	Упка артериясининг торайиб колиши	Фалло касалликлари, уч табакали копкокчанинг бекилиб колиши, магистрал кон томирларининг нотугри

		жойлашиши, артериясининг торайиши билан бирга кеч нуксон, умумий артерияул хосил бўлиши. Эбштейн касаллиги ва х.
3. Катта кон айланиш доирасида кон микдорининг камайиши билан кечувчи тугма нуксонлар.	Аортанинг юракдан чикувчи жойида торайиб колиши, аортанинг турли қимларидан торайиб колиши	
4. Кон айланишининг узгаришларсиз кечувчи тугма нуксонлар	Юракнинг курак кафасининг унги томонида хакикий ва сохта жойлашуви, Толочинова-Роже касаллиги, кон томирларининг узгача жойлашиб колиши ва х.к.	

1) урта ва кичик хжмдаги нуксон (аорта диаметридан кичик ёки 2 см^2 дан кичик).

Бу нуксонда кон айланиши хомила тугилганига кабул бўзилмайди. Бола тугилганидан кейин эса катта кон айланиш доирасида кон босимининг кутарилиши, упка томирларида қаршилиқнинг ошиши туфайли ва артериал чап коринчадан унги коринчага утиши (артерио-веноз цуци) натижасида аста-секинлик билан упка кон томирларида микдори ва босимининг ошиши юзага келади. Бу ҳолат 30% болаларда уч боскичда кечади:

1. Гиперводемик боскич – бунда упка томирларининг ҳажми ундаги кон микдорига мос келмаслиги, упка кон

томирларидаги кон микдорининг одатдагидан зиёд булиши кузатилади. Упка кон томирларининг каршилиги ошади ва ундаги кон босими одатдагидан ёки биров ошганлиги кузатилади.

2. Аралаш боскич - бунда упка кон томирларининг рефлектор торайиши, упка кон томирларининг каршилиги ва улардаги босимнинг ошиши ҳамда чап коринчадан унг коринчага коннинг утиши (артерио-веноз шунт)нинг нисбатан озаийиши кузатилади.

3. Склеротик (чандикли) боскич - бунда упка кон томирларининг сурункали торайиб туриши, упкада кон босими микдорининг тургун баланд булиб туриши ва натижада упка кон томирларида склероз ривожланади.

Бу нуксоннинг - клиник белгилари бола туғилганидан сунг 1-2 ойда кузга ташланади. Дастлаб (бола хаётининг 1-2 ойларидаан кейин) боланинг она кукрагини ёмиши кийинлашади, у безовта була бошлайди, озади, кун терлаш, эмганда ва йиглаганда чарчаш, тери рангининг узгариши (мармарсимон ёки тупрок рангига кириши), бола безовталанганда ва йиглаганда огиз-бурун учбурчаги ва бармок учларининг кукариши кузатилади. Бундан ташкари нафас олишнинг тезлашуви, боаланинг тез-тез зотилжамга муликкиб туриши ва касалликнинг сурункали кечиши ҳам бу тугма нуксонга хосдир.

Аксарият бу тугма нуксонда кукрак кафаси юрак сохасининг буртиб чикиши аникланади. Юрак чуққиси харакати чапда, одатдагидан пастрокда аникланади. Пайпаслаб курилганда туш суягидан чапда III-IV ковурга оралигида юрак титрогини аниклаш мумкин, бу холат коннинг чап коринчадан унг коринчага утиши натижасида пайдо булади. Юрак чегараси унг ва чап томонга (яъни кундалангангига) кенгаяди. Эшитиб курилганда III-IV ковурга

оралигида туш суягидан чапда дагал систолик шовкин аникланади. Юрак чуққисида мезодиастолик шовкин эшитилиши кучли артерио-веноз кон аралашуви белгисидир. Айрим холларда юрак чуққисида продиастол шовкин эшитилиши мумкин. Бу холат кичик ва катта айланиш доирасида кон босимининг ошиши натижасида юрак келган аорта яримойсимон копоқчасининг ниҳти шовкичилиги туфайли келиб чиқади. Булардан ташқари суягидан чапда II-ковурга оралигида юрак II-товушининг кучайиши ёки булиниб эшитилиши ҳам кузатилади.

Аксарият холларда (79%) бемор бола хаётининг дастлабки кунларида ёки ойларида юрак тотиқ шовкичилигининг белгилари – жигар ва талоқни катталашуви, юрак уришининг ута тезлашуви, шунинг билан булиши, юрак чегараларининг кенгайиши, упкада хириллашлар пайдо булади.

Катта ёшдаги болаларда юкорида кайд этилган клиника белгилар секинлик билан ривожланиши ва узок вақт сакланиши қолиши мумкин. Бемор болалар жисмоний ривожланиши орқада қолишади.

Электрокардиографик текширишлар коринча орасидаги нуксон кичик ҳажмли булиб, кон айланма бузилишининг белгилари булмаган тақдирида, кичик айланиш доирасида босим ошмаган холларда ҳеч қандай узгаришларсиз қолади. Агар ЭКГ-да юракнинг ҳар икки қоринчаси кенгайишининг ва зуриқиб ишланишининг белгилари кузатилса, демак қоринчалар орасидаги туш нуксони ва катта ҳажмлидир. Айрим беморларда булмаган қоринчалар ва қоринчалар ички утказувчанлигининг бузилиши белгилари аникланади.

Фонокардиографияда купол систолик шовкин ва юрак II-товушининг иккига булиниши аникланади. Рентгенологик

кширишларда юрак чегараларининг кенгайиши, упка терияси ёйининг буртиб чикиши, упка илдизи томирлари свирининг кучайиши кузатилади.

Эхокардиографик текшириш усуллари ёрдамида юрак ринчалари ва булмачалари хажмининг кенгайиши, ринчалар деворларининг калинлашуви ҳамда нуксоннинг атта-кичиклиги аникланади, бу эса уз навбатида салликнинг турини тулик аниклаш имконини беради.

Касалликнинг кечиши мавжуд нуксоннинг хажмига оғлиқ: юрак коринчалари орасидаги тусикнинг нуксони ута атта хажмли булса, 50%дан ортик бемор болалар дфстлабки 6 й давомида юрак фаолиятининг етишмовчилиги натижасида шлок булади. Агар бемор боланинг ахволи коникарли булиб, исмоний усишдан оркада колмаса, кон айланиши муътадил олиб ва кичик кон айланиш доирасида кон босими ута баланд улмаса, унда бемор болани эрта ёшда, яъни 3 ёшгача жаррохлик усули билан даволаш тавсия этилмайди, лекин бемор бола болалар хаками ва жаррохи назоратида булмоги озим, чунки коринчалар орасидаги унчалик катта хажмда булмаган нуксон бола 5-6 ёшга киргунча уз-узидан ёпилиб олиши холлари 45% гача кузатилади.

Юракнинг бундай тугма нуксони Эйзенменгер мажмуасига ҳам олиб келиши мумкин. Ушбу мажмуа hozirги айтда коринчалар орасидаги тусикнинг битмай колиши нуксоннинг асорати сифатида каралади. Бу мажмуа хакида астлаб Dalrymple (1847), кейинчалик эса Эйзенменгер мажмуаси куйидаги нуксонлардан иборат: коринчалар орасидаги тусикнинг нуксонининг аорта чиқадиған сохага кин жойлашуви; упка кон томирларидаги склеротик згаришлар; упка артериясининг кенгайиши ва бунинг натижасида аортанинг юракка нисбатан унг томонга силжиши.

Эйзенменгер мажмуаси кичик кон а тизимининг кон томирларида кон хажмининг ва босим доимо баланд булиши туфайли келиб чикадиган томир склеротик (кайтмас) узгаришлар натижаси булиб, у клиник белгилар билан кечади: кичик кон айланиш доираси босим юкори булганлиги учун веноз кон унг коринчадан коринчага ва ундан катта кон айланиш доирасига йуналиши. Бунинг натижасида терининг даставвал зурикиши пайдо (масалан, бола йиглаганда), сунгра эса тургун кунда бармоқлар учининг барабан таёкчалари шаклига келтирилган тирноқларнинг соат ойнаси шаклига кириши ва келтирилиши каби белгилар пайдо булади. Юрак чуқур эшитилладиган систолик шовкиннинг интенсивлиги пасаяди ва аксинча туш суягидан чапда II- ковурга оралиқ юрак II- товушининг кучайиши кузатилади. Веноз конни коринчадан тугридан-тугри чап коринчага ва ундан айланиши йуналганлиги сабабли юракка зурикиш анча кам тургани учун унинг чегаралари бироз тораяди, этишмовчилиги белгилари ва беморнинг кайтас-кайтас зотилжамга чалиниши нисбатан камаяди.

Рентгенологик текширишда — упка илдириш узокрокдаги кон томирларида босимнинг юкори белгилари сусайиб, унинг илдизида эса бу белгиларни кучайганлигини аниклаш мумкин. Бунинг натижасида упканинг илдиз кismi каллакланган дарахтни эса юкорида кайд этилган клиник ва рентгенологик белгилар холларда хакимлар ва ота-оналарни чалгитади, яъни беморнинг ахволи яхшиланмоқда деб уйлашади. Агар олганда эса бу клиник ва рентгенологик белгилар Эйзенмажмуаси ривожлана бошланганидан далолат беради. Эйзенмажмуа ривожланган беморларни жаррохлик усулида даволаш самарасиздир. Касаллик янада чуқурлашиб борганда упка

терияси торая бориши натижасида орттирилган турт нуксонли (тетрадо) Фалло касаллиги юзага келади.

Юрак коринчалари орасидаги тусик нуксонини кўриб олмай қолган артериал тармоқ, умумий артериал ствол, ушма артериал тармоқнинг торайиб қолиши, икки табақали копкакчанинг торайиб қолиши, аорта яримойсимон копкакчасининг торайиб қолиши ва Фалло касаллиги каби юрак тугма нуксонларидан фарқлаш лозим.

1.2. Юрак булмачалари орасидаги тусикнинг кўриб олмай қолиши. Юрак тугма нуксонларининг бу тури 5 гуруҳга бўлинишига эга: 1. Булмачалар орасидаги тусикнинг тугма нуксонли (60%); 2. Юқори ковак вена куйиладиган жойда торайиб қолган нуксон. 3. Пастки ковак вена куйиладиган жойда торайиб қолган нуксон. 4. Барча нуксонларнинг биргаликдаги торайиб қолиши. 5. Булмачалар орасидаги тусикнинг умуман булмаслиги (ягона булмача-1%).

Булмачалараро тусик нуксонининг хажми кичик бўлган ҳолларда артериал қон чап булмачадан унг булмачага ўтиши (артериал-веноз шунт) натижасида аввал унг коринчада, кейинчалик эса кичик қон айланиш доирасида қон қисқорди ва босимининг ошishi кузатилади. Бу ҳилдаги нуксонда ушма томирларида склеротик узғаришлар кечроқ ривожланади.

Болалик уса бориши давомида юрак унг коринчасининг диастолик кенгайishi оша бориши, ушма томирлари қаршилигининг камайishi ва чап коринча диастолик кенгаювчанлигининг камайishi артериал қоннинг чап булмачадан унг булмачага ўтишини кучайтиради. Шу сабабли зуриқиб ишлаш бу нуксонда асосан юракнинг унг қисми зиммасига тушади.

Клиник белгилари. Бемор бола 1-3 ёшга етгунга қадар ташки қуринишдан соғломдек бўлиб қуринади. Фақат

жисмоний зурикишидан сунг уларда юрак уришини тезлашуви, нафас олишнинг юзаки булиши ва тезлашиши к белгилар пайдо булиши мумкин. Бу хил нуксонда касал белгилари бола 2-3 ойлик булгандаёк юзага чика бошлар. Касаллик белгилари ривожлана боргач кукрак кафасин юрак соҳаси буртиб чикади (грудь Девиса), юракнинг чегараси кенгайди, пайпаслаб курилганда эса юрак соҳаси систолик титраш аникланади. Бемор эшитиб курилган юракнинг I-товуши кучайганлиги, II-III- оралигида т суягидан чапда систолик шовкин эшитилади. Бу хилда юракнинг тугма нуксониде юрак етишмовчилиги камдан-к хонларда (2%гача) ривожланиб, у асосан етишмовчили курилишиде намоён булади ва беморнинг тезда но булишига олиб келмаслиги мумкин.

ЭКГ-да асосан юрак электрик укининг унг томон бурилиши, унг булмача ва коринча деворларинин калинлашуви, унг коринчанинг диастолик зурикиш белгилари, Гисс тутамининг унг оёкчаси оркали кузгали утишининг бироз секинлашганлиги, Р-тишчанинг бироз узайиши, юрак уришининг пароксизмал курилиши тезлашуви, экстрасистолия аникланиши мумкин.

ФКГ-да юракнинг I-товуши бироз кучаяди, тугма суягидан чапда I ва II- ковурга оралигида I ва II-юрак товушларининг булиниб эшитилиши, шу соҳасиде ромбсимон ёки урчуксимон урта амплитудали систолик, хамда юрак асосиде мезодиастолик шовкин аникланади.

Рентгенологик текширишлар упка қон томирлариде қон хажмининг ва босимининг ошиши, юрак унг булмачаси ва коринчасининг кенгайганлиги белгиларини аниклаш имконини беради.

Тугма нуксоннинг хилини аниклашда кимёвий контраст моддалар юбориб рентгенологик кузатиш

ангиография), эхокардиография, хусусан юрак кларини эластик катетер ёрдамида тегшириш хал и ахамиятга эга.

Баъзи холларда бу тугма нуксон уз-узидан битиши й.

Агар тугма нуксон кон айланишининг сурункали ши билан кечаётган булса, унда юрак гликозидлари ва хайдовчи препаратлар тавсия этилади. Бу препаратлар натижа берса, нуксонни жаррохлик усули билан ши 3-5 ёшгача кечиктириш мумкин. Аксинча, юрак идлари ва сийдик хайдовчи препаратлар яхши натижа а, зудлик билан жаррохлик усули билан даволаш тавсия и. Юракнинг бу хилдаги нуксони бемор ёшга тулгунча а, у холда у жаррохлар назоратида булмоги ва зарур да (боланинг ахволига караб), жаррохлик усулида нмоги лозим.

1.3. Артериал тармокнинг битмай колиши (ductus us, боталлов проток) барча юрак ва кон томирлари ларининг 10-18%ини ташкил этади. Чала тугилган клар орасида эса бу хилдаги нуксон 37% гача лади. Агар чала тугилган болаларда нафас олиш тининг бузилиши кузатилаётган булса, артериал книнг битмай колиши 80% гача учраб, у асосий книнг кечишини янада огирлаштиради.

Бу хилдаги тугма нуксонда кон айланишининг ши куйидагича булади: бола тугилганга кадар унинг бужмайган холда булганлиги учун унга кам микдорда лаб этилади, натижада юракнинг унг коринчасидан нг асосий кисми шу тармок оркали аортага ва ундан кон айланиш доирасига таркалади. Бола тугилгач, бки нафас билан упка каршилиги камайиб, бу аъзода ланиши тикланади. Лекин аортадаги кон босими упка

артериясидаги кон босимдан баланд булганлиги т аортадан упка артериясига утади. Кислородга коннинг упкага утиб туриши даставвал артериал тораёишига ва кейинчалик эса унинг умуман кетишига олиб келади. Ушбу жараён бола тугма хафтадан сунг амалга ошади. Артериал тармокнинг колиши натижасида куп микдордаги кон (чап кон бир дакикалик хажмидан 45-75%) систолик кие диастолик бушатиш вактида аортадан упка артериясига бу эса кичик кон айланиш доирасидаги кон хажмининг (гиперволтмия)га олиб келади. Кичик кон айланиш до кон микдори ва босимнинг опуви даставвал юракни булмачаси ва чап коринчасига зурикиш беради. Кей упка кон томирларида склеротик узгаришлар рив бориши туфайли упка кон томирларидаги кон аортадаги босим билан тенглашади ва хатто ундан хам булади. Бунинг окибатида аралаш (артериал ва веноз) кон артериясидан аортага утади, беморда цианоз ривожланади.

Клиник белгилари. Касалликнинг белгилари артериал тармокнинг хажми, упка кон томирлари каршилиги ва артериал тармокнинг аортадан чикиш бурча хам боглик — чунки артериал тармок аортадан уткир бурч остида чикса, кон нисбатан камрок, агар утмас бурчак ост чикса купрок микдорда аортадан упка артериясига ут натижасида упкадаги кон микдори ва кон босимининг оп кетиши хам тезлашуви мумкин.

Бундай тугма нуксонли беморларда куп кафасининг юрак сохаси буртиб чикиши, юрак уришин тезлашуви, юрак чуқкисида систолик титрашининг були хамда бола хаётининг 1-1,5 хафталардан туш суягидан чап II-ковурга оралигида дагал систоло-диастолик шовкин

ади. Артериал тармоқнинг битмай қолишида адиган шовкин дағал хусусияти булиб, у «тунель поез утиши» ёки «тегирмон топи харакати овози» ни и. Упка артерияси йуналишида юракнинг II-товуши и. Очик артериал тармоқнинг ҳажми катта булса, тез нида юрак фаолиятининг етишмовчилиги юзага келади: уруши ута тезлашади, упка кон томирларида кон ри ва босими кутарилади, упкада хул хириллашлар булади, жигар ва талок катталашади, шиш пайдо и, сийдик микдори камаяди.

ЭКГда чап коринчанинг кенгайиши ва деворининг лашуви белгилари (юрак электр укининг чапга силжиши, - унг кукрак йуналишларида Т-тишчанинг чуқурлашуви, - йуналишларида R-тишчанинг баландлашуви ҳамда S-T агининг салбий томонга силжиши)ни аниқлаш мумкин.

ФКГда шу тугма нуксонга хос систоло-диастолик л шовкин аниқланиб, у юракнинг I-товушидан сунг бироз ч юракнинг II-товушига томон кучая боради ва диастола рида аксинча бироз сусаяди.

Рентгенологик теширишлар упка кон томирларида нинг димланиши, упка тукималарида шиш пайдо ганлиги, юрак чегараларининг чап томонга кенгайганлиги би белгиларни аниқлаш имконини беради. Бундан ташқари акнинг бу тугма нуксонини аниқлаш учун юрак шликларига эластик катетер, контраст моддалар юбориб нтген ёрдамида текшириш, эхокардиография, ультратовуш дамида текшириш усулларидан фойдаланилади.

Касаллик оғир кечган холларда юрак фаолиятининг тишмовчилиги ривожланади. Бу холда юрак гликозидлари ва ийдик қайдовчи препаратлар билан даволашни бошлаш тавсия этилади.

Чала тугилган чакалоқларда аксарият (75%гача) кузатиладиган бу хилдаги нуксон бола хаётида 5 ойларидан уз-узидан битиб кетиши мумкин. Нуксоннинг битишини тезлаштириш учун кунига 3 вена кон томирига 0,1 мг/кг хисобидан 2 хафта индометацин юбориш тавсия этилади.

Қасаллик юрак фаолиятининг етишимсизлиги ривожланиши ва упкада кон босимининг ошиши билан унинг жаррохлик усули билан даволаш мақсадга мувофиқ. Уз вақтида даволанмаган тақдирда унинг улка томирларида склеротик узгаришлар ривожланади ва унинг жаррохлик усули билан даволаш имкониятидан ҳалқатади, чунки бу шароитда артериал тармоқ унги коринчада энгилаштириш вазифасини утаётган булади.

Артериал тармоқнинг битмай қолиш нуксонига беғиморларнинг уртача хаёти 30-40 йилга тенг булиб, холлардагина у 50-60 йилгача давом этиши мумкин.

2.1. Упка артериясининг юракдан чиқиши торашиб қолиши. Бу тугма нуксон кичик кон артериал доирасида кон микдорининг ва босимнинг камлиги (гиповолемия) билан кечувчи тугма нуксонлар гуруҳига киради. Юракнинг тугма нуксонларига муфта боғланган орасида бу тугма нуксон 6,8-9,0% ни ташкил этади. Тугма нуксон упка артерияси копкакчасининг табакалари билан бири билан ёпишиб қолиши, упка артериясининг юракдан чиқиш жойининг торайганлиги, унги коринча деворларида калинлашуви билан таърифланади.

Упка артериясининг юракдан чиқиш жойида торайганлиги туфайли юракнинг унги коринчасида кон босими ута баланглашиб кетади ва унги коринча ва упка артериясида босим орасида кескин фарк пайдо булади. Бунинг натижасида унги коринча зурикиб ишлаб бошлайди, унинг мушаклари

лади ва калинлашади, ҳамда уч табакали қопқокчанинг ший етишмовчилиги келиб чиқади. Бу эса унг қоринчадан қоринчадан унг булмачага қоннинг қисман қайтиб утиши булмачада босимнинг баянлашуви натижасида овал қанинг қайтадан очилиши, веноз қоннинг қоракнинг унг мачасидан чап булмачасига утиши, яъни веноз артериалнинг аралашувига олиб келади. Натижада бемор боланинг ти дастлабки ойларданок тери ва шиллик пардаларнинг ариши юзага келади.

Клиник белгилари. Упка артериясининг қоракдан иш жойидаги тораиш даражасига боглик ҳолда бемор қани қуздан кечирганда тери ва шиллик пардаларнинг ариши, қурак қасининг қорак соҳасида буртиб туриши, қорнинг жисмоний ва рухий ривожланишдан орқада қиши, айрим ҳолларда сурункали қислород танқислиги белгилари (қул ва оёқ бармоқларининг қалинлашуви, ногларнинг соат ойнаси шаклига қириши) аниқланади.

Пайпаслаб қурилганда, қорак уриши қучининг қайганлигини, туқиллатиб қурилганда эса қорак унг қарасининг аниқланади. Беморни эшитиб қурилганда туш қининг қенгайганлиги, беморни эшитиб қурилганда туш қининг чап томонида II-қовурга оралигида қучди систолик шовкин ва қорак II-қовушининг сусайиши ёки бутунлай қолиши аниқланади. Уч табакали қопқокчанинг нисбий шимовчилиги ривожланган тақдирда IV-V қовурга қлигида туш суягидай чапда систолик шовкин ҳам пайдо қади.

Ақсарият ҳолларда бу тугма нуксонда қорак фаолияти шимовчилигинингунг қоринча етишмовчилиги билан қодаланган тури (жигарнинг қатталашуви, оёқларда шиш қидо булиши, бушлиқларда сув туқланиши, буйин қирларининг буртиб қиқиши ва пульсацияси, сийдик қалишининг қамайиши) юзага келади.

ЭКГ-да асосан унг коринчанинг зурикиб ишиги бу коринча мушакларининг калинлашуви билан кузатилади.

ФКГ-да упка артериясини эшитиш сохасида систолик шовкин ва юракнинг асос кисмида нафис сис- функционал шовкин аникланади.

Рентгенограммада юрак шаклининг юмалок кенгайганлигинини (купрок унг томонга), упка томирларида кон микдори ва кон босимининг камайган ифодаловчи белгилар кузатилади.

Касалликни тулик аниклаш мақсадида бушликларига эластик катетер юбориб куриш, контраст юбориш, эхография, ультратовуш ёрдамида текширусулларидан фойдаланилади.

2.2. Фалло касаллиги. Фалло касаллигининг неча хиллар мавжуд. Агар коринчалар орасидаги тусик битмай-колиши+упка артерияси юракдан чикиш жойи торайиши+унг коринча мушагининг калинлашуви биргаликда кузатилса, бу холат уч тугма нуксонли **Фалло касаллиги** дейилади. Бу нуксонларга яна аорта кон томирининг юрак томонига нисбатан силжиши ҳам кушилса, бу холат **нуксонли Фалло касаллиги** дейилади. Турт нуксонли **Фалло касаллиги**га булмачалар орасидаги тусикнинг битмай колиши ҳам кушилса, бу мураккаб холатга **беш тугма нуксонли Фалло касаллиги** дейилади. Бу хилдаги тугма нуксонларга хақида дастлаб 1673 йилда N.Stensen ва сунгра 1883 йили A.Falot маълумот беришган. Барча тугма нуксонлар орасида турт нуксонли **Фалло касаллиги** 12-14% га яқинини ташкил қилиб «кукариш» белгиси билан кечувчи тугма нуксонлар орасида эса 50-75% ини ташкил этади.

Фалло касаллигининг 3 хил анатомик ва клиник шакли куриниши фаркланади: 1. Упка артериясининг юрак унг

часидан чикиш жойида бекилиб қолиши (атрезияси) кечувчи шакли; 2. Упка артериясининг турли жерида торайиши билан кечувчи фалло касаллиги; 3. Упка артериясининг кукариши (цианоз) сиз кечувчи шакли.

Фалло касаллигида упка артериясининг юракдан юракка жойи торайганлиги сабабли аралаш (веноз ва артериал) қан қосан аортага йуналади. Айни пайтда упка артериясига кам қан микдорда кон оқиб утади. Коринчалар орасидаги нуксоннинг хажми катта булса ва упка артериясининг юракдан чикиш жойидаги торайиш кучли булмаса, юрак қанни нисбатан мувозанатлашуви мумкин. Аксинча коринчалар орасидаги тусикнинг нуксони ута кичик ва упка артериясининг юракдан чикиш жойи ута тор булса, бола тузилган пайтидан бошлаб нихоятда огир кечувчи юрак қаннинг етишмовчилиги ривожланади. Бундай қанларни жаррохлик усули билан даволамаса, улар тез ва нобуд булишади.

Юракдан чикувчи упка артериясининг жойи торайиши унчалик сезиларли булмаса, упка кон артериаларидаги босим аортадагига нисбатан кам булса цианоз келтирилмайди ва бу холат «цианозсиз» кечадиган Фалло касаллиги дейилади.

Клиник белгилари. Фалло касаллиги ва унинг торайиш белгиси билан кечадиган хиллари огир кечадилар. Касалликни аниқлаш бола хаётининг дастлабки 6 ойида нафас қисилиши, хансираш, терининг кукариши ва упка артериясининг яримойсимон копкокчаларини эшитиш орасида (туш суягидан чапда II-ковурга ораллигида) дагал қан толик шовкиннинг эшитилишига асосланади. Касаллик белгилари упка артериясининг торайиш даражасига боглик. Касалликни ва шиллик пардаларнинг кукариши белгиси нуксонли фалло касаллиги учун хос. Боланинг узиши мобайнида 6

ойликдан 1 ёшга тулгунга қадар кукариш белгиси боради. Кейинчалик эса беморда камқонлик пайдо бўлганда туфайли кукариш биров камаяди ва 13,8% ҳолларда кузга ташланади.

Бемор бола 1,5-2 ёшга тулганда оёқ бармоқларининг қалинлашиб «думбира таёқча» тирноқларнинг буртиб «соат шишаси» шаклига кирдириш мумкин. Аксарият ҳолларда турт нуксон касаллиги бор булган беморлар оёқларини букиб яқинлаштирган ҳолда ётишни афзал қуришади, ҳолатда юракка келувчи қон миқдори биров натижада нафас олиш бирмунча енгиллашади ва белгиси камаяди. Касалликнинг яна бир клиник белгиси сиккилишининг хурожсимон, вақти-вақтида таққуришидир. Бу клиник белги ушбу артерияси қон соҳанинг торлиги натижасида веноз қон тугриқ аортага йуналиши бузилиши сабабли келиб чиқади. Бемор тусатдан безовталади, кукариш ва нафас қисқичаяди, бемор хушини йукотади, қалтираш пайдо бўлади. айрим ҳолларда қун ва оёқларнинг фалажи ҳам кузади. Шу ҳолатда беморга тез ёрдам курсатилмаса, у ҳалок бўлиши мумкин. Бу ҳолат қупинча тугрик асоратлари булган болаларда кунпроқ юз беради. Фалло касаллиги билан тугилган болаларда жисмоний ривожланишдан орқада қолади ва озиб кетган беморларда юрак соҳасининг буртиб чикиши кам кузатилади, чунки бу касалликда юрак ҳажми унчалик катталашмайди.

Беморни эшитиб қурилганда туш суягидан чақда қовурга ораликларида ва II-қовурга оралигида қучли, систолик шовқин аниқланади, II-қовурга оралигида суягидан чақда юрак II-товушининг сустлашиши кузатилади. Турт нуксонли Фалло касаллигида юрак унги қоринчаси

иятининг етишмовчилиги камдан-кам ҳоллардагина ривожланади. Бу касалликда кузатиладиган юрак уруши ва нафас олишнинг тезлашуви белгилари конда кислород ёқдорининг камайиши (гипоксемия) натижасида келиб чиқади. Баъзан кукариш билан кечмайдиган Фаллоидида оғирлигида юракнинг унг ва чап қоринчалари фаолиятининг етишмовчилиги ривожланади. Бу ҳилдаги юрак фаолиятининг етишмовчилигини даволаш анча мураккаб, чунки уни даволашда юрак мушаклари таранглигини яхшиловчи препаратлар унчалик яхши натижа бермайди.

Периферик конда камконлик, ретикулоцитларнинг куйайиши, кейиналик нисбий мослашув (компенсатор) эритроцитоз ва гемоглобин микдорининг ошиши кузатилади.

Касалликнинг клиник белгилари 3 боскичда кечади: I-боскич бола туғилгандан 6 ойлик булгунга қадар булган вақтда юрак уруши уз ичига олади ва нисбатан енгил кечади. Бу боскичда юракнинг умумий аҳоли қоникарли булиб, у жисмоний ва умумий ривожланишдан деярли ортда қолмайди.

Касалликнинг II-боскичида – бемор хаётининг 6 ойдан 24 ойлигигача булган даврда нафаснинг қисилиши ва юрак уруши хурожимон такрорланиб туриши, марказий асаб системаси томонидан бемор хаётига хавф солувчи асоратлар пайдо булиши кузатилади. Шунингдек бу боскичда камконлик ривожланиб, организмнинг кислород билан таъминланиш қийинлашади, натижада туқима ва аъзоларда муҳим юрак урушлар юзага келади. Касалликнинг III-боскичида туғма юрак касалликларнинг клиник белгилари катта ёшдаги болаларга хос юрак уруши боради (терининг кукариш қучаяди, юрак уруши ҳаётда тезлашади, нафас қисилишининг вақти-вақтида такрорланиши камайди, периферик конда эритроцитоз пайдо булади). Боланинг жисмоний ва рухий заифлиги орта боради.

ЭКГда унг коринча деворининг калинлашу мушакларида модда алмашинуви бузилганлиги аникланади.

ФКГда туш суягидан чапда II-ковурга ромбсимон систолик шовкин аникланиб, у систолярмини эгаллайди. Шу сохада юракнинг II-товуши эшитилади.

Ретенограммада юрак чегарасининг унги кенгайганлиги ва юрак шаклининг «чорик» кенгайганлиги никланади.

Эхокардиограммада упка артериясининг чикиш кисми торайганлиги, юрак коринчалари остида тусикда катта хажмли нуксон мавжудлиги, аортанинг унги томонга силжиганлигини ва унги коринча деворининг калинлашганлигини аниклаш мумкин. Бундан ташқари тугма нуксонни аниклашда юрак бушликларига катетер юбориш, контраст моддалардан фойдалануш ультратовуш ёрдамида текшириш усулларидан фойдаланилади.

3. **Аорта кон томирининг жойлардаги таркиби** (аорта коарктацияси) – катта кон айланиш доирасида кон микдори ва босимнинг камайиши билан кон нуксонлар каторига киради. Бу нуксон барча юрак ва томирлар тугма нуксонлари орасида 6,3 – 15% ни ташкил қилган болаларда нисбатан купрок учрайди.

Аортанинг торайиб колган жойидан юкорида – томонида кон микдори ва босимнинг ошиши, аорта торайган жойидан пастда аксинча кон босими ва микдор камайиши кузатилади. Аортанинг торайиб колиши жойидан кейинда жойлашган булса, битмай колган артерия тармок оркали кон аортадан упкага артерио-веноз аралашуви) утиши натижасида упка кон томирларида кон

қдорининг ва босимининг ошиши кузатилади. Агар
ртанинг торайиб қолиши унинг ёйидан олдин ҳосил бўлган
ўлса, упка томирлари билан аорта орасида артерио-веноз ва
ноз-артериал (икки томонлама) қон алмашинуви юзага
лади. Бундай артериал ва веноз қоннинг бир-бири билан
алашувининг клиник белгиси сифатида гавданинг юқориги
қисмида куқариш ҳолатининг қамрок ривожланганлиги,
қисинча гавданинг пастки қисмида куқариш қучли
ривожланганлигини кузатиш мумкин.

Бу тугма нуксоннинг клиник белгилари боланинг
қисмига, нуксоннинг жойлашган урнига ва бошқа хил нуксонлар
билан биргаликда учрашига боғлиқ. Эрта ёшдаги болаларда
тез-тез шамолдаб туриш, нафас қисилиши, тез чарқаш, йўтал,
юрак уришининг тезлашуви, оёқ ва қулларнинг тез совукотиб
қолиши каби белгилар билан бир қаторда гавдасининг юқори
қисми яхшироқ ривожланиб, пастки қисми эса
ривожланишдан орқада қолиши ҳам кузатилади.

Томир уриш қулларда оёқлардагига нисбатан қучди
қолади. Шунингдек систолик қон босими қулларда жуда
юқори (130-180 мм. с.м. уст.), диастолик босим (80-
100 мм. с.м. уст.), оёқларда эса қуллардагига нисбатан 50-
60 мм. с.м. устунига паст бўлади. Бундай беморлар аксарият
болларда бош оғриғи, бурундан қон кетиш, тез чарқаш, қиш
кунларида оёқларнинг тез совукотиши қабиларга шикоят
қилишади. Юрак чегаралари чап томонга кенгайди, юракнинг
қуққисиди, аорта йуналишида дағал систолик шовқин
аниқланади.

ЭКГда эрта ёшдаги болаларда ун қоринча
қушакларининг зуриқиб йшлаши ва унинг қалинлашуви
белгиларини, қатта ёшдаги болаларда эса аксинча бундай
ўзгаришлар чап қоринча томонидан кузатилиши аниқланади.

Рентгенограммада упка кон томирларининг кон оута туйиниши белгилари, аортанинг торайган жойидан томонидаги кисмининг кенгайганлигини, юракнинг шарсшаклига кирганлигини ва ковурагалараро кон томирлар кенгайганлигини куриш мумкин. Бу тугма нуксон аниқлашда юрак бушликларига эластик катетер юбориб контраст модда юбориб куриш каби усулларнинг ахамияти катта.

Юракнинг тугма нуксонларини даволаш. Беморларнинг коринчалар орасидаги тусикнинг ёпидмай колиши билан кечувчи тугма нуксон булса, у бола хаётининг дастлабки йилида жаррохлик усули билан куйидаги холларда даволанади: а) упка кон томирларида кон босимини кутарилиб кетиши; б) беморда юрак фаолиятининг етишмовчилиги ривожланиши; в) упка зотилжами тез-тез кайталаниб туриши.

Беморда юрак фаолиятининг етишмовчилиги ривожланган булса, уни оператив даволашга тайёрлашда куйидаги муолажалар утказилиши дозим:

- юрак гликозидларини тайинлаш: аксарият холларда дигоксин кулланилаб, унинг туйинтирувчи микдори 0,05-0,075мг/кг, куллаб турувчи микдори эса 0,01мг/кг га тенг. Юрак гликозидлари билан туйинтириш асосан секин усул билан, яъни 6-7 кун давомида утказилади;

- упка кон томирларида кон босими баланд булганлиги учун резерпин тавсия этилади(0,003-0,005мг/кг 3-4 марта берилади); эуфиллин 1 ёшгача булган болаларга 0,1мл/кг, каттарок болаларга эса 0,5мл/кг дан тавсия этилади (2,4% ли эритмаси).

- Калий препаратларидан панангин, калий хлорид ёки аспаркам берилади;

- кон айланишининг бузилиши белгилари кузатилганда,

сийдик хайдовчи препаратлар (лазикс, 1-3мг/кг) тайинланади.

- юрак мушакларида модда алмашинувини яхшилаш мақсадида кокарбөксилаза, витаминлар, анаболик гормонлар ишлатилади.

Баталов артериал тармоги битмай қолганда артериал тармокнинг битишини тезлаштириш мақсадида чакалокка индометацин бериш тавсия этилади. Ушбу препаратнинг миқдори ҳар бир кг оғирлигига 0,1 мг га тенг бўлиб, у кунига 3-4 марта вена қон томирига юборилади. Индометацин бола ҳаётининг дастлабки 14 кунда берилса, яхши натижа беради. Даволаш муддати 8-10 кунга тенг.

Турт нуксонли Фалло касаллигида беморнинг безовталаниши ва куқариши ҳолатларининг олдини олиш мақсадида тинчлантирувчи дорилар ҳамда обзидан (1мг/кг) тавсия этилади. Аксарият юрак тугма нуксонлари камқонлик билан кечиши мумкин, бу ҳилдаги асорат қузатилса, камқонликка қарши даволаш чора-тадбирлари қўлланилади.

Юрак нуксонлари барча турларининг асосий муолажаси жарроҳлик усулидир.

Юрак ва қон томирлари тугма нуксонлари ривожланишининг олдини олиш тадбирлари аёлларнинг ҳомиладорлик даврида бошланади. Ҳомиладор аёллар ҳомиладорликнинг дастлабки ойларида бошлабқў акушер-гинекологлар назорати остида бўлишлари, вақтида ва сифатли овқатланишлари, тоза ҳавода етарлик бўлишлари, жисмоний ва рухий зуриқидан сақланишлари лозим.

Булардан ташқари касалманд аёлларнинг уз вақтида даволанишлари уларнинг айниқса ҳомиладорлик пайтида ҳар ҳил касалликлардан сақланишлари, яқин қариндошларнинг узаро турмуш қуришларга йул қуймаслик каби тадбирлар ҳам юрак тугма нуксонларининг олдини олишда катта аҳамиятга эга.

Шунингдек хомиладор аёлга чекиш, оичимликлар истеъмом қилиш, рентген нурлари ва таъсир этувчи дори-дармонларнинг хомилага салбий таъсири хақида уз вақтида тушунтириш ҳам муҳим омилдир.

Юрак ва қон томирлари тугма нуқсонлари билан булган ва жарроҳлик усули билан даволанган беморларнинг участка болалар хақими ва хақим кардиолог назорати остида бўлишлари шарт.

ЮРАК РИТМИ ВА УТКАЗУВЧАНЛИГИНИНГ БУЗИЛИШИ

Юрак ритми ва утказувчанлигининг бузилиши болаларда турли ёшларда кузатилиб, аксарият қатта ёшда болалар учун хосдир. Юрак ритми ва утказувчанлигининг бузилиши тугма ва ортирилган, юрак фаолиятининг функционал ва органик бузилишларидан кейин келиб чиқувчи турларга бўлиниб, клиник педиатриянинг энг мураккаб бўлимларидан биридир. Бу ҳол касалликнинг ранг-баранглиги, таъхис қилинишидаги қийинчиликлар, ҳар қандай пароксизмаларнинг пайдо бўлиши ҳамда қўтилмаганда бевақоликнинг оғирлашиб, хаттоки улим билан тугаши билан алоҳидан алоҳидан ифодаланади.

Одатда юрак мушаклари қуйидаги хусусиятларга эга бўлади: автоматизм, қўзғалувчанлик, утказувчанлик, қисқарувчанлик. Бу хусусиятлардан ҳар бирининг бузилиши алоҳидан алоҳидан қўрилишидаги аритмияларга олиб келади.

Этиологияси. Юрак ритми ва утказувчанлигининг бузилишини чақирувчи сабабларни уч гуруҳга бўлиш мумкин: а) юракнинг узига боғлиқ булган сабаблар; б) юракка бевосита боғлиқ булмаган сабаблар; в) аралаш келиб чиқишидаги сабаблар.

Юрак фаолиятининг бевосита бузилишидан келиб чиқадиган аритмиялар унинг органик касалликлари (тугма ва

рилган юрак нуксонлари), яллигланиш касалликлари (ардитлар, ревматизм), усма шишлар, кардиопатиялар, мушакларининг зуриқиш натижасида чарчаши, уларнинг фофик узгаришларга (кардиомиодистрофиялар) учраши касида ривожланади. Булардан ташқари организмда стролитлар алмашинувининг бузилиши, юрак мушакларининг жароҳатлари, токсико-аллергик ҳолатлар, аъзолар ва ички секреция безларининг ҳар хил касалликлари, қушувчи туқиманинг тизимли касалликлари, ис, зотилжам касалликларида ҳам юракнинг ритмик бузилиши ва утказувчанлигининг бузилиши пайдо бўлади.

Юрак ритми ва утказувчанлиги бузилишининг юрак фаолиятига боғлиқ бўлмаган сабаблари қуйидагилардан бўлади: марказий ва вегетатив асаб тизими фаолиятининг бузилиши, қон орқали юракқа токсик таъсир этувчи моддалар, юракнинг касалликлар, ички аъзоларининг сурункали касалликлари (холецистит, сурункали аппендицит, ут ва билирик тош касаллиги), меъдидан ортик юборилган айрим моддалар (юрак гликозидлари, катехоламинлар).

Арадаш келиб чиқишга эга бўлган сабабларга қараганда келтирилган сабабларнинг юракка бир вақтда таъсири киритилади.

Патогенези. Юрак ритми ва утказувчанлигининг бузилиши мушакларида қузғалиш ҳосил бўлиши ва орқалиқининг бузилиши оқибатида келиб чиқади. Ҳозирги вақтда юрак ритми ва утказувчанлигининг бузилиш механизми қуйидагича тушунтирилади: юрак мушакларида импульс ҳосил бўлишининг бузилиши (деполяризация потенциалининг секинлик билан юзага чиқиши ҳолати, потенциалларнинг ҳосил бўлиши, асинхрон деполяризация ҳосил бўлиши); юрак мушакларида қузғалиш утказилишининг бузилиши (қузғалишнинг оддий тусиқ ҳосил

булиши натижасида бузилиши, бунда кутказилишининг ёпик халка хосил килиб, айланиб натижасида бузилиши кузатилади); юрак мушак импульс хосил булиши ва кузгалиш хосил булишининг вақтда бузилиши.

Импульс хосил булишининг бузилиши фаолиятининг сусайиши натижасида юрак мушакнинг сохаларида кучимча кузгалиш хосил килувчи учоқлар пайдо булиши ва улар фаоллигининг юкорилиги натижасида каскариши туфайли пайдо булади.

Юрак ритми ва утказувчанлигининг бузилиши утказувчи тизимида оддий тусик (блок) хосил булиши натижасида юзага келиши рефрактерлик (кузгалишга қарши бера олмаслик хусусияти) билан боғлиқ. Бунда рефрактерлик хусусияти синус тугунидан узоклашган сари (булмачалар, коринчалар орасидаги тугунга ва ундан Гис тутами, устунча оёкчалари ҳамда юрак мушакларига кириб борувчи Пуркинш тодаларига томон кучайиб боради. Агар кузгалишининг бузилиши булмачалар (суправентрикуляр) сохасида жуда узок юзага кела бошласа коринчалар сохасида аксикуляр рефрактерлик юзага келиши натижасида оддий тусик хосил булиши мумкин.

Бошқа хил тусикнинг хосил булиши утказувчи тизимдан кузгалиш утишининг пасайиб қолиши, юрак мушаклари тодаларидан кузгалишининг берилишида таъсир потенциалли ва депольризация тезлигининг камайиб бориши билан боғлиқ. Бу хилдаги тусикларнинг пайдо булишида юрак мушакларида жойлашган тез кузгалувчи хужайралар (пейсмейкерлар)нинг зарарланиши, хозиржавоб кальций натрий каналлари фаоллигининг пасайиши ва тез жараёни бериш хусусиятига эга булмаган кальций-натрий каналларининг фаоллашуви мухим ахамиятга эга.

Кон ва юрак мушакларидаги калий, кальций каналлари микдорининг камайиши, кислород танқислиги, пер нерв толаси кузгалувчанлигининг ошиши, декремент қилдаги тусикнинг пайдо булишига олиб келади, бунда АВ тусик, навбатдан ташкари кискариш (страсистолия), юрак уришининг проксизмал холда бўлиши ва юрак булмачалари ва коринчалари мушакларининг тартибсиз холда кискариши ҳолатларини кўрсатиши мумкин.

Айрим ҳолларда юрак утказувчи тизими ва мушакларидан кузгалиш яширин холда утказилиши мумкин. Қанда кузгалиш юракнинг ташки кавати (эпикард) га етиб бормаганлиги учун бу ҳолатни фақат электрокардиограммада кўриш имкони тугилади.

Юракнинг айрим органик касалликларида ва қўрилганлиги хасталиклари (миокардитлар, тугма ва қўрилган декомпенсация босқичи, юрак инфаркти, юрак мушакларида склеротик узгаришлар юзага келиши) да юрак ритми ва утказувчанлигининг бир вақтда бузилиши кузатилади.

Қадвал №9.

Юрак ритми ва утказувчанлиги бузилиши (аритмиялар)нинг классификацияси

(В.Л.Дошицина, 1982).

Импульс ҳосил бўлишининг бузилиши:

А. Юрак ритмининг номатоқ (яъни синус тугуни ҳолатида) бузилиши:

1. Синус тугуни фаолиятининг бузилишидан келиб чиқувчи аритмия (синусли аритмия).

2. Синус тугуни фаолиятининг сусайиши натижасида юрак уриқи сонининг камайиши (синусли бракардия).

1. Синус тугуни фаолиятининг кучайишига юрак уриши сонининг кучайиши (тахикардия).

2. Юрак ритми бошқарувчисининг алмаштириб туриши.

Б. Юрак ритмининг гетеротоп (синус тугунидан ташқаридаги кузгалувчан учоклар хисобига) бузилиши:

1. Юракнинг навбатдан ташқари кискариши (экстрасистолия):

а) булмачаларда, булмачалар ва коринчалар орасидаги тугунлардан ва коринчаларда хосил булган кузгалишларга жавобан юракнинг навбатдан ташқари кискариши;

б) алохида-алохида, гурух холида, ажралган кушилган ҳолда, парасистолик ҳолатдаги юракнинг навбатдан ташқари кискариши;

в) эртарок ва кечикиб хосил булувчи навбатдан ташқари юрак кискариши.

2. Пароксизмал ҳолдаги юрак уриши тезлашуви:

а) юрак коринчалари устки қисми кискариши (булмачалар, булмача ва коринча оралигининг) пароксизмал ҳолдаги тезлаши;

б) булмачалар ва коринчалар орасидаги туси хосил буладиган пароксизмал ҳолдаги юрак уриши тезлашиши;

в) коринчалар кискаришининг пароксизмал ҳолдаги тезлашиши.

3. Пароксизмал хусусиятга эга булган юрак уришининг тезлашиши:

а) булмачаларда хосил буладиган, булмача-коринча тусигининг пайдо булмаслиги ва тусик пайдо булиши билан

мадиган пароксизмал хусусиятга эга булмаган юрак уришининг тезлашиши;

б) булмача-коринча тусиги сохасида хосил буладиган пароксизмал хусусиятга эга булмаган юрак уришининг тезлашиши;

в) коринчаларда пайдо буладиган пароксизмал хусусиятга эга булмаган юрак уришининг тезлашиши.

Юрак булмачаларининг титраши ва тебранияши.

Юрак коринчаларининг титраши ва тебранияши.

II. Юрак утказувчанлигининг бузилиши:

Синус тугуни атрофида тусик хосил булиши.

Юрак булмачаларининг мушакларида тусик хосил булиши.

Булмачалар-коринчалар оралигида АВ тусиклар хосил булишининг I, II, III-даражалари.

Коринчаларнинг мушаклари ва утказувчи мушакларида тусиклар хосил булиши.

а) бир томонлама, икки томонлама;

б) қисман ва тулик тусикнинг пайдо булиши;

в) доимий, утиб кетувчи ва узгариб турувчи (жойни алмаштирувчи) тусикларнинг пайдо булиши

III. Юрак ритмининг умумлашган ҳолда бузилиши.

Синус тугуни фаолиятининг сусайиши синдроми.

Булмача-коринча диссоциацияси

Юрак коринчаларининг навбатдан олдин кўзгалиш синдроми.

Клиник куриниши. Юрак мушаклари автоматизм хусусиятининг бузилишидан келиб чикувчи, унинг ритми ва утказувчанлигининг бузилишига синус тугуни фаолиятининг бузилиши натижасида хосил буладиган юрак кискаришининг тезлашуви кириб, у синус тугунида кўзгалишнинг меъридан

куп ва тез-тез хосил булиши ва натижада юрак кискаришини тезлашуви билан намоён булади. Бунда юракнинг одатда синусли ритми ЭКГда сақланиб қолади, лекин P-P ва типчалари орасидаги масофа кискаради. Синус тугуни кузгалишининг тез-тез пайдо булиши натижасида юрак уришининг тезлашуви деб, синусли ритм сақланган ҳолда болаларда юрак уриши сонининг ҳар дақиқада (ёшига қараганда) 90 да 180 тагача қупайишига айтилади.

Юрак уришининг синусли тезлашуви функционал юрак ишига боғлиқ булмаган (жисмоний ва рухий зуриқлар билан бадан харорати кутарилганда, айрим дориворлар – адреналин, атропин, эуфиллин қабул қилинганда, баъзи юқумли касалликларнинг бошланиш даврида) ва органик сабаблар билан кура юрак фаолиятининг бузилиши (юракнинг яллиғланган касалликларида, тугма ва орттирилган юрак нуксонлари, кардиосклероз ва кардиопатияларда) натижасида юрак келиши мумкин.

Юрак уришининг синусли тезлашуви тез чарчаганда юрак уришининг тезлашувини сезиш, юрак соҳасида оғрикнинг пайдо булиши, уйқунинг бузилиши, вақти-вақти билан нафаснинг қисилиши каби белгилар билан намоён булади. Беморларда артериал қон босимининг кутарилгани аниқланади. Эшитиб қурилганда юрак чуққиси соҳасида товушнинг кучайиши кузатилади.

ЭКГда юрак уриши сонининг боланинг ёшига боғлиқ ҳолда 1 дақиқада 90 тадан 200 тагача қупайиши, P-P ва R-R ораликларнинг кискариши одатдаги синус ритмининг сақланганлиги ҳамда P-Q ораликнинг кискарганлиги аниқланади.

Синусли тахикардияни пароксизмал ва нопароксизмал тахикардиялардан фарқлаш лозим.

Синусли тахикардия беморда шикоятлар булган

дагина муолажа талаб этади. Бунда дам олишни ташлаштириш, седатив (тинчлантирувчи) дориворлар қўйиш яхши натижа беради. Агар юрак уришининг кўпашуви муқом ушланиб турган бўлса, киска муддат (2-3 сутка)га оз микдорда (0,5-1мг/кг) оуздан бериш тавсия қилинади.

1. Синус тугунидан импульсларнинг секинлик билан кўпайиши бўлиши натижасида юрак уришининг секинлашуви. Синусли бракардия соғлом одамларда жисмоний тарбия билан татазам шугулланганда кузатилиши мумкин. Шунингдек синусли брадикардия чала тугилган чакалок болаларда вегетативизм, кон томирлари таранглигининг узилиши-гипотонияси, вирусли гепатит, корин терламаси, грипп, бош оғриги ва асаб тизимининг жарохатлари, калконсимон без фаолиятининг сусайиши, обздан ва дигоксин каби дориларни қабул қилишдан (булардан ортик кабул қилишда) ҳам кузатилади.

Катта ёшдаги болаларда юрак уриши сони 1 дақиқада 60-70 тадан ва ундан кам, эрта ёшдаги болаларда эса 100 тадан камрамай синусли брадикардия дейилади.

Синусли брадикардия юрак фаолиятининг функционал ва органик узгаришлар натижасида бузилиши билан боғлиқ бўлиши мумкин. Бу узгаришларни фарқлаш учун синусли брадикардия синамаси утказилиб, агар ушбу синамадан сунг синусли брадикардия сақланиб қолса, демак беморда синус тугуни фаолиятининг кескин сусайиши синдроми мавжуд.

Синусли брадикардия унчалик кучли бўлмаса беморда синусли брадикардия синдроми бўлмайди. Брадикардия кучли ривожланган болаларда юракнинг минутлик хажми камайиши натижасида беморлар бош айланиши, тез чарчаш, кам кувватликка шикоят қилишади. Айрим ҳолларда беморларда жисмоний фаолиятдан сунг Морганьи-Адамс-Стокс синдроми (тусатдан юракнинг тоқатиш, тутканок шаклидаги калтираш, юрак

уришининг кескин секинлашуви, тулик булмача-қо
блокининг хосил булиши) пайдо булиши кузатилади.

ЭКГда Р-тишчанинг одатдагидек булиши,
комплексининг QRS узгармаганлиги, P-Q, R-R
ораликларнинг чузилиши аникланади.

Даволаш: Ушбу ҳолат беморда шундай
булмаганда муолажа талаб этмайди. Беморда бош а
камкувватлик ҳолатлари кузатилаётган булса
касалликнинг даволаш билан бир каторда симпат
тизими фаолиятини оширувчи (симпатомиметик) дор
тавсия этилади.

2. Синус тугуни фаолиятининг узгариши нати
юзага келувчи аритмия. Бу аритмия синусли ритм сак
ҳолда унинг вақти-вақти билан тезлашиши ёки секинла
билан кечади.

Синусли аритмия икки қуринишда: нафас жа
билан боглик ва нафас жараёнига боглик булмаган бу
Нафас жараёнига боглик булган синусли аритмиялар
тулик изохи ҳозирги пайтгча аникланган эмас, шу тугу
турлича фикрлар мавжуд: а) марказий ва периферик рефле
сохалардан келиб турувчи таъсирлар натижасида; б) с
туғунидаги кузгалувчан хужайралар (пейсмейкер)
фаолиятининг узгариб туриши натижасида синус
аритмиялар ривожланиши мумкин.

Синусли аритмиялар беморларда бош миёда бо
ошган ҳолларда, дигоксин, хинидин каби дорилар
назоратсиз меъридан ортик қабул қилганда ва юку
касалликлардан тузалиш даврида кузатилади.

ЭКГ-да нафас жараёнига боглик булган ва R
ораликнинг 0,15' дан ошган ҳолдаги кенгайиши ва торайиш
синусли ритмнинг сакланиб қолиши (P, R, T тишчаларнинг
жойи ва ҳолатларида мунтазам ҳамда тугри алмашиниб

) аникланади. Бундай аритмия муолажа талаб этмайди.

3. Юракнинг ритмик кискаришини бошқарувчи нг кучиб юриши холати. Бу турдаги аритмияга хос ят юрак ритмик кискаришини бошқарувчи учокнинг тугуни атрофида, булмача утказувчи тизими ва булмача на оралиги сохаларида кучиб юриши хисобланади. синус тугуни узининг бошқарувчанлик (пейсмейкрийк) ятини йукотади. Бундай аритмия сайёр асаб толаси ятининг ошиши туфайли келиб чикиб, асосан жисмонан кан спортчиларда, бош мияда босим кутарилганда олиши мумкин.

Беморларда клино-ортостатик синамалардан, огеметрия ва атропин юборилгандан сунг бу яининг йуколиши унинг вегетатив асаб тизимига, ан сайёр асаб толаси фаолиятининг узгаришига боглик иги аникланади.

Юрак мушакларининг яллигланиш касалликлари (итлар, ревматизм касаллиги) хар хил тугма ва ирилган нуксонларда бу хилдаги аритмияларнинг пайдо ши синус фаолиятининг сусайишидан далолат беради.

Бундай аритмияларнинг бир куриниши юрак ачасининг пастки қисмидан хосил буладиган ритм бланиб, бунда кузгалишнинг пастдан юкорига таркалиши жасида ЭКГда Р тишчанинг II, III aVF-улаш усулларида бий» булиши ва бундан ташқари юрак уриши сонининг инлашуви билан намоён булади. Юрак уриши кескин инлашмаган холларда беморда шикоятлар булмайди ва инг учун алохида даволаш муолажалари талаб этилмайди.

II. Синус тугунидан ташқарида кузгалувчи учоклар до булиши натижасида юрак ритмининг бузилиши. Бундай ритмияларга юракнинг навбатдан ташқари кискариши (страсистолия), пароксизмал хусусиятга эга булмаган

холдаги юрак уришининг тезлашиши, юрак булмаган коринчаларининг титраши ва тебрайиши киради. Бу аритмиялар юрак мушакларида кузгалиш ва бир вақт кузгалиш ҳам кискариш фаолиятининг бузилиши натижасида пайдо булади.

1. Юракнинг навбатдан ташқари кискариши (экстрасистолия).

Юракнинг навбатдан ташқари кискариши экстрасистолия дейилиб, у болаларда барча аритмияларнинг 75%га яқини ташқаранли бўлади. Экстрасистолиянинг келиб чиқиши болаларда юракнинг органик ва яллиғланиш касалликлари, юрак мушакларига захарли моддаларнинг таъсири, тугималарда кислород танқислиги (гипоксемия ва гипоксия) организмда кислота-ишқорий муҳитининг бузилиши, жароҳатларда, болаларнинг балогатга етиш ёши билан боғлиқ бўлади.

Экстрасистолия синус тугунидан бошқа кузгалиш учоклардан берилаётган импульслар юрак мушакларида кузгалиш (нисбий рефрактерлик) даврига тугри келганда пайдо келади. Агар кузгатувчи таъсир юрак мушагининг кискариши (абсолют рефрактерлик) даврига тугри келса, юрак мушаклари навбатдан олдин кискармайди, чунки мушаклар узларидаги абсолют рефрактерлик даврида (уларнинг кузгалудчанлиги кескин паст булганлиги учун) синус тугунидан бошқа кузгатувчи таъсирга жавоб бермайди.

Юракнинг навбатдан олдин кискариши секин-секин билан юзага келса, катта ёшдаги бемор болаларда ҳеч қандай шикоятлар булмайди, агар экстрасистолия тез-тез кайтарилиб бемор юрак соҳасида ноҳуш сезги, унинг вақти-вақти билан тез уриши ёки аксинча тухтаб қолишидек сезги, нафас олишнинг қийинлашуви, йутал, тез чарчаш кабиларга шикоят килади.

Юракнинг навбатдан ташқари кискаришини
 вчи қузгатувчи учокнинг жойини ва унинг ташхисини
 никлашда ЭКГ текшириш алоҳида аҳамиятга эга.

Булмачаларда ҳосил булган экстрасистолия ЭКГда
 ги белгилар билан намоён булади: P ва QRS
 ларнинг навбатдан олдин ҳосил булиши, P-тишча
 судаси пасайиши, P-Q ораликнинг кискариши, QRS-
 анинг узгармаслиги, QRS-мажмуа шаклининг
 агани холда тулик булмаган мослашув паузасининг
 булиши; T-P — ораликнинг жуда яқинлашуви, айрим
 да бу тишчаларнинг бир-бирига кушилиб кетиши
 лади.

Булмача-коринча тусигида ҳосил буладиган навбатдан
 кискариш ЭКГда; P-тишчанинг пайдо булмаслиги ёки
 QRS —мажмуасидан кейин «манфий» холда пайдо
 (бу холат II, III ва aVF-уланиш усулларида кузатилади),
 —мажмуанинг холати узгармаслиги, мослашув
 нинг тулик булмаслиги, билан намоён булади.

Атриовентикюляр тугун шартли равишда уч қисмга
 ди: атрионодал (булмачага яқин қисми), нодал (оралик
), нодал Гисс тутам (коринчага яқин) қисмларга
 ди. Кузғалиш учокларининг шу қисмларнинг қайси
 а жойлашаганлигига боғлиқ холда P-тишча QRS
 адан олдин «манфий» булиб (атрио-нодал кузғалишда),
 нанинг йуқолиши, (бу хол булмача ва коринча
 иши бир вақтда пайдо булса, яъни кузғалиш нодал
 н келиб чиқайтган булса) ва P-тишчанинг QRS-
 адан кейин «манфий» холда ҳосил булиши (нодал-Гисс
 кузғалиши) кузатилади.

Уччаларда ҳосил буладиган навбатдан ташқари кискариш.

Бундай экстрасистолия болаларда тез-тез учраб
 ган аритмияларга кириб, у ҳам функционал сабаблар

(рухий зуриқиш, хирургик операцияларидан сунг, электролитлар алмашинуви бузилганда, кислород таъқура пайдо булиши мумкин. Бундан ташкари мушакларининг яллигланиш ва органик касалликлар хам аксарият холларда хар иккала коринчаларнинг ташкари кискариши кузатилади.

Коринчалар экстрасистолияси ЭКГда белгилар билан намоён булади: QRS мажмуанинг олдин хосил булиши, унинг чузилиши (0,12' ва ундан одатда коринча мажмуасининг вакти 0,06-0,09', S-T ва T-тишчасининг узгариши, P-тишчанинг мажмуадан жойлашуви, тулик мослашуви, тулик мослашув пайдо булиши. Бир одатдаги кискаришдан сунг кузатилади экстрасистолик (бигеминия), икки одатдаги кискаришдан пайдо буладиган экстрасистолия (тригеминия), уч одатдаги кискаришдан кузатиладиган экстрасистолия (квадригеминия) хамда гурух-гурух булиб пайдо буладиган экстрасистолия фаркланади.

Экстрасистолияларни даволаш уларни келиб чиқарган асосий касалликларни даволашдан бошлаш. Шунингдек экстрасистолияларни даволаш мақсадида хроникали мембраналарини стимулловчи дориворлар (улар тугунидан ташкарида хосил булган кузгатувчи учоклар «эктопик» учокларнинг фаоллигини пасайтиради: новокаинамид, этмозин, аймалин); β -адреноблокаторлар: пропранолол, обзидан, индерал, анаприлин; кордарон антиадренергик таъсирга эга: кальцийга карши таъсир курсатадиган препарат: изоптин бу препарат булмача-коринча сохасида кузгалини таркалишини камайтиради).

Булмачаларда хосил булган навбатдан ташкари кискаришда изоптин 1-3 мг/кг хисобидан 3-4 марта, обзидан 2 мг/кг 4 марта бериледи. Кордарон кунига 0,2-0,4 г,

иччилик кудлаб турувчи миқдорда (кунига 0,1-0,2 г) ҳам
 иланиб, унинг терапевтик таъсири 5-7 кундан сунг юзага
 ади.

Клиник жиҳатдан яшириш кечадиган
 трасистолияда антиаритмик препаратлар тавсия этилмайди.
 ыдай аритмияларни даволашда психо-, гидротерапия, нина
 амида муолажалар утказиш яхши натижа беради.

Пароксизмал холдаги юрак уришининг тезлашуви
 (пароксизмал-тахикардия) тусатдан пайдо булувчи ва тусатдан
 уқолувчи юрак уриши сонининг ута тезлашуви булиб, бунда
 рак уришининг сони 140та дан 250-300та гача етади. Бу
 олат юракнинг булмачалари, булмача-коринча сохалари ва
 оринчаларидан пайдо булиб, атрофга жуда тез ва куп
 миқдорда кузгатувчи учоклар фаолият натижаси кузгалиш
 таркалишининг окибатиدير.

а) юрак булмачаларида хосил булувчи проксизмал
 холдаги юрак уришининг тезлашуви – болаларда аксарият
 холларда юрак фаолиятининг функционал бузилиши
 (гипоталамус фаолиятининг етишмовчилиги, симпатико-
 андерал криз, кон томирлари дистониялари, эндокрин безлари
 касалликлари, ички аъзоларнинг касалликлари) да кузатилади.

Болаларда рухий бекарорлик, юрак уришининг ута
 тезлашуви, куркув хисининг пайдо булиши, куз унгининг
 коронгулашуви, кунгил айнаши, кушиш, нафас кисилиши каби
 элгилар кузатилади. Тери окаради, огиз атрофи, кул ва оёк
 бармоқларининг бироз кукариши (акроцианоз) пайдо булади.
 Беморда куп терлаш ва полиурия кузатилиши мумкин. Юрак
 товуши узгармайди, лекин буйин веналарининг буртиб
 чикиши кузатилади.

ЭКГда синусли ритмдан фарк килувчи, уз шаклига
 хшмамаган баъзида икки фазали Р-тишчанинг пайдо булиши,
 эта ёшдаги болаларда юрак уриши сонининг 200 тадан, катта

ёшдаги болаларда эса 150 та дан куп булиши, 2-3 кискаришдан сунг пароксизмал юрак кискаришини болиши, P-тишчанинг QRS-мажмуадан сунг келиш оралик нормал холда ёки биров чузилган холда бул оралиги ва T-тишгчада иккиламчи узгаришлар пайдо аникланади.

б) юрак коринчаларида хосил булувчи пароксизмал холдаги юрак уришининг тезлашувининг келиб чикиши юракнинг яллигланиш касалликлари (миокардиал ревматизм, кардиомиопатиялар), органик касалликлар (юракнинг тугма ва орттирилган нуксонларида буладиган юрак фаолиятининг етишмовчилиги) натижасида юзага келади.

Клиник жихатдан коринча пароксизмал тахикардия бемор ахволининг огирлиги, нафас олишнинг кийинлашуви юрак сохасида огрик ва юрак уришининг ута тезлашуви билан намаён булади. Бундан ташкари туш суюги ортида огрик юрак фаолияти етишмовчилиги белгилари пайдо булади.

ЭКГ-да QRS мажмуанинг кенгайиши ва узгартирилиши юрак уриши сонининг бир дакикада 150-200 та ва ундан ортик куп булиши, P-P ораликнинг узгармаганлиги, кутилмаганда бошланиб, худди шундай кутилмаганда йуколади пароксизмал хуруж, атриовентрикуляр диссоциация хосил булиши, рефлексоген учокларни кузгатишнинг фоюда бермаслиги аникланади.

Даволаш: юрак булмачаларидан хосил булган (суправентрикуляр) пароксизмал холдаги юрак уришининг тезлашувини даволашда аввало рефлектор учокларни кузгатиш, тинчлантирувчи дориворлар (Павлов микстураси) уйку ва укувни тугри ташкил этиш лозим. Шунингдек холдаги ритмияларни даволашда изоптин 1мг/кг, пананингин ?-1 таблеткадан кунига 2 махал ичишга тавсия этилади. Вена

н томирига аймалин — 1 мг/кг юбориш ҳам правентрикуляр пароксизмал тахикардияни даволашда яхши натижа беради. Бемор жуда безовта булган холларда садуксен 1 мл/кг, юрак фаолияти етишмовчилиги белгилари узатилаётган холларда юрак гликозидлари тавсия этилади. Юрак гликозидларининг миқдори боланинг ёши, вази ва юрак фаолияти етишмовчилигининг даражасига боғлиқ холда тайинланади. Юрак гликозидлари глюкозанинг 10-20% ли эритмаси билан аралаштириб вена кон томирига юборилади. Шунингдек бу хилдаги аритмияларни даволашда новокаинамид (10% ли эритмасидан 0,1-0,2мл/кг) физиологик эритмага кушилиб вена кон томирига юборилганда беморга мезатон (1% ли эритмасидан 0,3-0,5 мл) ҳам тайинлаш мумкин. Новокаинамидни юрак гликозидлари билан бир вақтда тайинлаш тавсия этилмайди, чунки улар бир-бирининг таъсирини кучайтириб, юрак ишини тухтатиши мумкин. Кён босими пасайганда мезатондан ташкари адреналин гидротартарат (0,1%ли эритмасидан 0,1 мг боланинг ёшига) физиологик эритмада вена кон томирига юбориш яхши натижа беради.

Коринчаларда хосил буладиган пароксизмал тахикардияни даволаш кон босими узгармаганда лидокаин 1-2 мг/кг юборилади, агар хуруж давом этаверса аймалин 1-2 мг/кг, кейинчалик изоптин — 0,1-0,16 мг/кг хеч нарсага аралаштирмай венага юборилади. Юрак гликозидлари тавсия этилмайди, чунки улар юрак мушакларининг фибрилляциясини чақиритиши мумкин.

Ш. Пароксизмал хусусиятга эга булмаган юрак аритмиясининг тезлашуви. Узининг куйидаги хусусиятлари билан пароксизмал тахикардиядан фарк қилади: кутилмаганда тусатдан бошланиш ва тугаш бунда кузатилмайди; юрак аритмиясининг тезлашуви бир неча хафтадан бир неча ойлар ва

хаттоқи йилларгача давом этиши мумкин; юракнинг сони пароксизмал хусусиятга эга булмаган тахикардия 150 талар атрофида булса, пароксизмал тахикардия 200 тадан ортик булади; аритмияга карши дорилар аритмияда кам фойда беради.

Эктопик (синус тугунидан бошқа) жойлашган соҳасига караб булмачадан, булмач соҳасидан ва қоринчалардан пайдо буладиган пароксизмал хусусиятга эга булмаган тахикардиялар фаркланади.

а) булмачалардаги эктопик учоклардан ҳосил бўлган пароксизмал хусусиятга эга булмаган тахикардиялар ҳолдаги тахикардияга нисбатан камроқ кузатилиб, тахикардияларнинг 13,9% гачасини ташкил қилади. Пароксизмал хусусиятга эга булмаган тахикардия бўлиши мумкин (бунда синус тугунидан келувчи импульслар таъсири булмайди) ва вақтинчалик ҳам бўлиши мумкин (эктопик учокларнинг импульслари синус тугунидан импульслар томонидан булиниб туради).

Нопароксизмал тахикардияга йуликкан беморларнинг хомилдорлик пайтида оғир таъсир кўрсатиши, боланинг вақтидан олдин тутилганлиги ва туғма гипотрофиянинг мавжуд булганлигини билдириши мумкин. Шу сабабли бундай болаларда юрак томирларининг, айниқса юрак утказувчи тизимининг ривожланмаганлиги кузатилади. Булардан ташқари, нопароксизмал тахикардиялар юракнинг яллиғланган органик хасталикларидан сунг ҳам ривожланиши мумкин.

Асаб тизимининг тулик ривожланмаганлиги, айрим касалликлари (гипертензион-гидроцефал синдром) ва юрак томирлари дистониясида ҳам нопароксизмал тахикардия кузатилиши мумкин.

Нопароксизмал тахикардиялар аксарият ҳолларда

да Р-тишчанинг QRS мажмуаси билан кушилиб кетгани
ундан кейин «манфий» булиб келиши, QRS мажмуанинг
м холларда узгармаслиги, ёки бироз кенгайиши билан
ён булади.

Даволаш. Булмачаларда хосил булувчи
равентрикуляр) тахикардияларни даволашда уни келтириб
рган сабабларини бартараф этиш билан бир қаторда асаб
дини тинчлантирувчи дориворлар фенибут, тазепам,
оид; бош мия ичидаги босим юкори булганда диакарб
ия этилади. Агар юрак уриши 140-150 ва ундан ҳам
рок булса, аритмияга карши дориворлардан хинидин ёки
дарон тайинланади. Аритмия натижасида кардиопатия
тмоген кардиопатия) ривожланганда юрак гликозидлари
наболик гормонлар кулланилади.

б) Коринчаларда пайдо булувчи эктопик учоклардан
увчи импульслар натижасида юзага келувчи нопароксизмал
кардиянинг келиб чикиш сабаблари юкорида кайд этилган
равентрикуляр нопароксизмал тахикардияларни кига
ашдир, лекин бу хилдаги тахикардиялар болаларда
батан кам кузатилади.

ЭКГда тартибли ритм кузатилиб, юрак уриш сони 80-
атрофида, QRS мажмуанинг шакли бузилган, кенгайган
ади. Аксарият холларда Гисс тутамининг чап ва унг
чалари тусигининг белгилари кайд этилади.

Касалликнинг ташхиси унинг клиник белгилари ва
даги узгаришларга асосланиб куйилади.

Даволашда асаб тизимини тинчлантирувчи дорилар,
уж пайтида антиаритмик дорилар (обзидан, кордарон)
сия этилади.

4. Юрак булмачалари ва коринчаларининг титраши ва
раниши билан кечувчи аритмиялар.

а) Юрак булмачаларининг титраши юрак уруши

сонининг 200-400 тагача купайиши билан кечиб, бун мунтазам булмача ритми сакланиб туради. Булмачаларининг титраши билан кечадиган ар аксарият ҳолларда унинг яллигланиш ва хасталиклариде кузатилади.

Бунда ЭКГ-да тез ва мунтазам (арра тишига тишчаларнинг II, III, aVF, V₁-V₂ улаш усуллариде аниқ мазкур тишчаларнинг сони бир дакикаде 250-300 та булиши, улар орасиде тутри (изоэлектрик) чизикнинг коринча мажмуаси (QRS) нинг АВ-утказувча богликляги, QRS айрим пайтлариде кенгайган ва бузилганлигини аниклаш мумкин.

Касалликни да толацда унинг асосий са хисобга олган холда антиаритмик дорилар тавсия этила.

б) Булмачалар тебрацшиде хар бир юрак муша толалари алохиде-алохиде кискариши кузатилиб, у ЭКГ тишчани аниклашнинг кийинлашганлиги холда а тулкинлар (f) нинг хар хил амплитудалариде ёзи мунтазам равишде QRST нинг ёзилиши, ушбу мажму узгармаганлиги билан намоён булади. Бу хилдеги аритм юрак булмачасининг бир дакикадеги кискариш сони 4 тадан ҳам купрок булиб; унинг келиб чикиши ак юракнинг органик ва яллигланиш касалликлари билан бо

Касалликни даволаш унинг сабабларини бар этиш, антиаритмик дорилар ва дефибрилляция уткази иборат.

в) Коринчаларнинг титраши ва тебра организмнинг огир касалликлариде кузатилиб, ЭКГ-да кенгайган тулкинларнинг пайдо булиши, QRS, S-T тишчаларни фарк килишнинг мураккаблашуви, коринчасининг кискариш сони бир дакикаде 250-400 тагача булиши билан намоён булади. Айрим пайтларде

страсистолия ҳам кузатилиши мумкин.

Даволаш. Асосий касалликни даволанг билан бир торда дефибрилляция утказилиш, антиаритмик дориворлар есия этилади.

II. Юрак мушакларида утказувчанликнинг бузилиши.

Бундай аритмиялар юрак мушакларининг ялтиғлини салликлари (миокардитлар, кардиопатиялар), тугма ва ттирилган юрак нуксонлари, кардиосклерозда кузатилади. утказувчанлик бузилишининг куйидаги турлари ажратилади:

4. Синус тугунида утказувчанликнинг бузилиши — ндай аритмия факат ЭКГ ёрдамида аникланади. (ЭКГда кти-вакти билан тулик булмача ва коринча мажмуаси тугнаб лади). Тулик мажмуанинг тушиб колиши тез-тез ватилмаса, беморларда шикоятлар булмайди.

5. Булмача ичидаги утказувчанликнинг бузилиши КГ-да Р-тишчанинг чузилиши (Р-тишча 0,1' ва ундан кая ёд) билан намён булиб, одатда унинг вакти 0,06-0,09' га кая КГдаги бошка типчалар ва ораликлар узгармайди.

6. АВ-блокада (булмача-коринча оралигида кая олган тусик) нинг уч хил тури фаркланади. Тулик булмаган I, II-даражали тусиклар хамда тулик АВ-тусик булмаган мкин.

а) тулик булмаган I-даражали АВ-тусикда Р-Q оралиги 20' дан ошади (одатда у 0,12-0,18' га тенг).

б) тулик булмаган II-даражали АВ-тусикда хар кейинги иб олинган Р-Q оралик чузила боради (0,25-0,30' ва ундан ёд), маълум вақтда QRST-мажмуа тушиб қолади (бу ҳолда мойлов-Венкебах оралиги деб ном олган), кейинчалик Р-Q кланади.

в) тулик булмаган АВ-тусикнинг III-даражаси булмачадан келувчи баъзи кузгалиш коринчаларга рилмайди.

г) тулик АВ тусикда булмача узининг тез ритмида ва

коринча узининг секин ритмида кискарганлиги ушундан P-тишчанинг тез-тез ёзилиши ва QRST мажмуи секинлик билан ёзилиши ҳамда улар орасида боғлаш йуклигини аниқлаш мумкин. Юрак сони кескин секки Беморларда вакти-вакти билан юрак уришининг колиши сезгиси пайдо булади.

1. Коринчалар ичидаги тусикларда мажмуаси QRS чузилган (0,10' ва ундан хам зиёда) шакли хам узгарган булади. Юрак уриши сони кескин (бир дақиқада 30-40 тагача).

2. Вольф-Паркинсон-Уайт синдроми коринчаларининг навбатдан олдин кискариш синдроми йилда ёзилган булиб, у P-Q орадикининг жуда кискариши (0,09-0,10' (одатда у 0,12-0,18' га тенг), QRS нинг кескинлиги (0,10-0,12' (одатда у 0,06-0,09'), шаклининг бузилиши тишчанинг манфий булиши билан намоён булади.

3. Гис тутами оёкчаларида хосил булган тусик Гис тутамининг чап оёкчасида тусик булса, ЭКГ - I усулида T-пастга ва III-уданиш усулида T-юкорига йук булади, юракнинг кискариш сони камаяди (бир дақиқада тагача).

Юрак утказувчанлигининг бузилиши (блокадалар) даволашда уларни келтириб чикарган сабабларни барга этиш, симпатик асаб тизими фаолиятининг фаоллаштирувчи дориворлар (атропин, андреналин, эфедрин) тайинланади. Шунингдек калий препаратлари, стероид гормонлар, сийдик хайдовчи препаратлар бериш мумкин. Огир холатларда кардиостимуляторлардан фойдаланилади.

IV. Мураккаб шаклдаги юрак ритми утказувчанлигининг бузилиши. Бу хилдаги аритмия юрак мушакларида кузгалишнинг хосил булиши ва унинг

казидиши бузилиши бир вақтда кузатилади. Мураккаб ритмияларга куйидагилар киради:

1. Синус тугуни фаолиятининг сусайиши синдроми — синус тугунида жойлашган кузгалувчан (ейсмейкр) хужайралар фаолиятининг бузилиши натижасида олиб чиқиши билан таърифланади. Бу ҳолат тугма ва олтирилган булиши мумкин. Ушбу синдром клиник ва ЭКГ жиҳатида синусли брадикардия, синоаурикуляр тусик, асистолия ҳолатида намоён булади. Брадикардия ва асистолияга қудшимча ҳолатда иккиламчи равишда эктопик учоклардан ҳосил булган импульслар булмачаларнинг титраши ва тебранишини юзага келтириши мумкин. Бундан ташқари экстрасистолия, пароксизмал хусусиятга эга булмаган тахикардия ҳолатларининг пайдо булиши уз навбатида секин кискараётган юракнинг мослашиш хусусиятига эга эканлигидан далолат беради.

Синус тугуни фаолиятининг сусайиши синдроми куп ҳолларда юракнинг огир яллигланиш касалликлари (миокардитлар, кардиопатия, миокардиосклероз) ва органик касалликлари (юрак нуксонлари) да кузатилади.

Даволаш. Касалликни чакирган сабабларини бартараф қилиш, симпатик асаб тизими фаолиятини оширувчи дориворларни тайинлаш мақсадга мувофиқдир.

2. Булмача-коринча диссоциацияси, жуда мураккаб аритмия ҳисобланиб, ЭКГда булмача ва коринчаларнинг алохида-алохида фаоллашуви, коринчалар кискариши булмачалар кискаришидан кура тезроқ булиши, булмачаларнинг пастдан юқорига боровчи кузгалишга нисбатан кискариб жавоб бериш белгисининг булмаслиги билан намоён булади.

Атриовентрикуляр диссоциацияси булмачаларниқидан секин булади. Ақсарият ҳолларда АВ-тусик АВ-диссоциацияни чакириши мумкин.

Касалликни юракнинг ядлгяниш ва касалликлари ва асаб тизимидаги нуксонлар чақмумкин.

Давоси. Асосий касалликларни даволаш, антиардориларни бериш яхши натижалар беради.

Юрак ритми ва утказувчанлиги бузилган бемор участка хаками ва кардиологнинг доимий назоратулишлари лозим.

ЮРАК ФАОЛИЯТИНИНГ УТКИР ЕТИШМОВЧИЛИГИ

Юрак фаолиятининг уткир етишмовчилиги мушаклари фаолиятининг кескин сусайиши ва кон айланузулишнинг тез ушиб бориши билан таърифланади.

Этиологияси. Юрак фаолиятининг етишмовчилигини чакирувчи сабаблар орасида мушакларининг огир кечувчи юкумли касалликлар (туберкулез, дифтерия, корин, терламаси, уткир ичак касалликлари ва да токсик зарарланиши мухим урин эгаллайди. Миокардиал кискариш хусусиятининг бузулиши миокарднинг зарарланишидан даражасидан боглик булиб, юрак фаолияти етишмовчилик белгиларининг кай даражада намоён булиши ҳам шу хобоглик.

Аксарият холларда юрак фаолиятининг етишмовчилиги миокарднинг гемодинамик зурият натижасида юзага келиб, зуриятнинг сабабидан бундай холда юракнинг чап ёки унг булимлари етишмовчилик тарзида намоён булиши мумкин. Бундай юрак фаолият етишмовчилигининг асосий сабабларидан булиб, юрак тугма ва ортирилган нуксонлари, уткир касалликлари (бронхиал астма, сурункали зотилёган эмфизема) хисобланади.

Айрим холларда юрак фаолиятининг уткир

овчиллиги организмда сув-электролитлар биллигининг бузилиши (сувсизланиш-эксикознинг оғир шакллари, уткир ичак утказувчанлигининг бузилиши) ёки витаминларнинг бузилиши (В авитаминози) ҳақида ҳам ривожланиши мумкин. Шунингдек беморнинг ва анамнестик курсатмаларни ҳисобга олмасдан олган даволаш муолажалари (зотилжам билан оғриганларга тез ва куп микдорда суюкликларни вена қон оғирига юбориш, совук қонни юбориш, куп микдорда тиз қон куйиш ва б.к.) ҳам юрак фаолиятининг уткир мовчиллигига сабаб булиши мумкин.

Патогенези. Юрак мушаклари кискаришининг бузилишига асосий сабаб ундаги нейро-трофик иннервация ва қислород танқислиги ҳисобланади. Булар ҳақида энергиянинг макроэргик фосфорли бирикмалар (адренотрифосфор кислотаси, фосфокреатинин ва б.к.) миқдорини камайтириш билан боғлиқ бўлади.

Миокардда модда алмашинувишнинг бузилиши ҳақида ривожланган юрак мушакларининг кискариши ҳақида камайтирилади, оқибатда юрак бушиқларидан қонни қўриқ ташлаш камайтирилади, бу эса гемодинамиканинг оғир шакллари (қоннинг бир дақиқалик ҳажмининг камайтириши, қон босимининг кутарилиши, циркуляциядаги қон миқдорининг кўпайиши) га олиб келади.

Юрак фаолияти етишмовчилигида сув электролитлар таъдиллиги бузилади, организмда сув ва тузлар йиғилади, бу эса нисбатан натрий ионлари купрок ушланиб қолади. Улар қўриқ қўжайра ичидак йиғилиб, ундан калий ионларини қўриқ чикаради. Бундай ўзгаришлар буйракдан натрий ва калий экскрециясининг бузилиши натижасида янада кучаяди.

Юрак фаолиятининг етишмовчилиги буйракдан қоннинг бузилишига олиб келади, натижада филтрация

камаяди, натрий реабсорбцияси эса аксинча куча.
Калийнинг организмдан чиқарилиши кучаяди.

Юрак фаолиятининг уткир бузилиши чап ва коринча фаолиятининг етишмочилиги ҳамда тотал, яъни вақтда унг ва чап коринчалар фаолиятининг етишмовчили тарзида кечиши мумкин.

Клиник куриниши. Касалликнинг клиник куриниши юрак чап ёки унг коринчаси етишмовчилиги устулига боғлиқ холда турлича булиши мумкин. Болаларда чап коринча фаолияти етишмовчилигининг хавфли куринишларидан бири **упка шишидир**. Упка шиши жуда тез ривожланиб, асосан кечки пайтда юзага келади. Бемор бола уйкусидан уйғонадиган урнидан туриб утиради, бугилиш хуружи бошланганлигидан болада куркув хисси пайдо булади. Бу хол гормонал «стресс» билан биргаликда кечиб, конга куп микдорда адреналин норадреналин ажралиб чиқиши, гистамин чиқарилишига олиб келади, натижада кон томирлар спазми ва утказувчанлиги янада ошади.

Бугилиш хуружидан сунг саргиш ёки кизгиш рангли купикли балгам ажралиб чиқа бошлайди. Хансираш кучаяди, йутал пайдо булади, масофадан эшитилиб турадиган шовкинли нафас юзага келади, цианоз ва кучли тахикардия аниқланади. Куп микдордаги купикли балгам бугилиш холатини кучайтиради ва юрак фаолияти етишмовчилигини янада оширади. Упкани эшитиб курилганда куп микдорда йирик хажмли хул хириллашлар эшитилади, улар туфайли юрак товушларини эшитиш кийинлашади. Пульс тезлашган кучи ва таранглиги пасайган булади.

Кон босими упка шишини чакирган сабаб ва юрак мушаклари холатидан боғлиқ. Беморда юрак иши декомпенсацияга учраган булса, артериал кон босими пасайган, декомпенсация холати булмаса аксинча кон босими кутарилган булади.

Юрак унг коринчаси фаолияти етишмовчилиги периферик шишлар, жигарнинг катталашуви ва оғрикли булиши, марказий веноз босимининг кутарилиши билан намоён булади. Беморда буйин томирларининг уриб туриши кузатилиб, бу ҳолат жигар соҳасини босганда кучаяди (жигар-буйинтурук рефлюкси). Циркуляциядаги қон қупайган.

Юрак фаолиятининг тоталь уткир етишмовчилигида бир вақтнинг узида унг ва коринча фаолиятининг етишмовчилиги белгилари, яъни упка шиши ҳамда катта қон айланиши доирасиде қоннинг димланиш белгиларини қуриш мумкин.

Давоси. гипоксия ва гипоксемия ҳолатлари, кичик ва катта қон айланиш доираларида димланиш ҳолатини бартараф этиш, миокарднинг қисқариш фаолиятини қучайтириш, электролитлар алмашинувини муътадиллашга қаратилган булиши лозим.

Гипоксемия қислород билан даволаш ёрдамида бартараф этилади. Намланган қислород билан нафас олиш миокардда қислород миқдорини оширади, юрак мушаклари туқималарининг нафас олишини тиклади; миокарднинг қисқариш хусусиятини қучайтиради.

Юракка келатган қон миқдорини қамайтириш мақсадида оёқларни паётга осилтириш еки уларни боғлаш (веналаргина босилиши керак), сийдик хайдовчи препаратлар (лазикс 1-3 мг/кг, манитол 0,5-1,5 мг/кг 5% ли эритмаси) тайинланади.

Миокарднинг қисқариш фаолиятини яхшилаш юрак фаолияти етишмовчилигини даволашнинг асосий қисмларидан бири булиб ҳисобланади. Бу мақсадда юрак гликозидлари тавсия этилиб, улар юрак фаолияти ритмига қуп томонлама таъсир қурсатади: миокарднинг қисқариш фаолиятини унинг энергия билан таъминланишини,

электролитлар ва гормонлар алмашинувини, кон айла бошкарувчи экстракардиал аьмолларини муьтадиллаш. Юрак гликозидларидан строфантин ва коргликон этилади. Уларнинг элимена ция коэффиценти юкори шунинг учун организмнинг захарланиш хавфи. Строфантиннинг тулик клиник таъсири организмга юбо 1-1? соатдан сунг юзага чикади, унинг асосий буйраklar оркали 6-8 соатдан сунг чикариб юборилади. ёшдаги болалар учун строфантиннинг тайини. Тахикардия холати тургун ушланиб турган холларда гликозидларини юбориш орасидаги интервал (орал соатгача камайтиралади. Терапевтик натижага эриш куллаб турувчи микдорга утилади (у туйин микдорининг 1/5 кисмини ташкил этади).

Барча юрак гликозидлари калийнинг микдори узгармаган холдагина яхши натижа беради. Шунинг учун гликозидларини бериш билан бир вақта гипокали холатини хам бартараф этиш лозим. Юрак гликозидлари кон томирга секин 2-5 дакика смбайнида ююрилиши кера холда экстрасистолия, юрак уриши сонининг тус камайиши кунгил айнаиши, кусиш каби белгилар пайдо бу. Гликозидлар билан захарланиш анорексия, брадика кусиш, мадорсизлик каби белгилар, ЭКГ- да эса ораликнинг изоэлектрик чизикдан пастга тушиши, тишчанинг узгариш, Q-T ораликнинг кенгайиши, ораликнинг чузилиши, экстрасистолиянинг пайдо бул булмачалар ва коринчаларда утказувчанликнинг бузи билан намоён булади.

Юрак фаолияти етишмовчилигида кардиот таъсирга эга булган зуфиллин хам тайинланиб, у хужайраларидаги нафас ферменти сукцинилгидрогеназ цитохром тизимидаги ферментларни фаолаштиради,

унингдек эуфиллин бронхлар ва томирларни кенгайтиради. Уретик таъсир курсатади, миокарднинг кискаришини яхшилайди, кичик кон айланиш доирасида гемодинамикани муътадиллаштиради. Ушбу препарат 2,4% эритма шаклида 1-0,15 мл/кг хисобидан кунига 1-2 марта тайинланади. Кон осими пасайган ва кучли тахикардия кузатилаётган холларда эуфиллин тайинлаш мумкин эмас.

Юрак фаолиятининг уткир етишмовчилигини даволаш мақсадида глюкокортикоид гормонлар ҳам тайинланиб, улар кон томирлар утказувчанлигини яхшилайди, периферик кон томирлардаги қаршилиқни яхшилайди ва юракнинг чиқариш фаолиятини яхшилайди. Шундан ташқари юрак-кон томирлар тазимидаги чуқур ўзгаришлар кузатилаётган холларда адренкортикал етишмовчиликни муътадиллайди.

Болаларда преднизолон (ёки унинг эквивалент миқдоридagi бошқа гормонлар), 1 кунда 1-2 мг/кг хисобидан тайинланади.

Юрак мушакларида модда алмашинувини яхшилаш мақсадида поляризациян аралашма (А. Лабори аралашмаси) тайинланиб, унинг таркибига куйидагилар киради: глюкоза 10% ли эритмаси 10-15 мл/кг, новокаин 0,25% ли эритмаси 2 мл/кг, панатин 3-5 мл (боланинг ёшига боглик холда), инсулин (хар 5 г курук глюкозага 1 бирлик хисобидан), кокарбоксилаза 100-50 мг.

Юрак мушакларида метаболизмни яхшилаш мақсадида В₁ витамини, кокарбоксилаза, гидрокарбонат натрий, РР витамини, В₂, В₆, В₁₅ витаминлари ҳам тайинланади.

Юрак фаолиятининг уткир етишмовчилигини даволашда шунингдек уни келтириб чиқарган асосий касалликни даволаш ҳам мухим ахамиятга эга.

ЮРАК ФАОЛИЯТИНИНГ СУРУНКАЛИ ЕТИШМОВЧИЛИГИ

Юрак фаолиятининг сурункали етишмовчилиги юрак мушқлари қисқариш қобилятининг секин (баъзан йил давомида) ривожланувчи бузилиши булиб, унга олиб келувчи сабаблар хилма-хил. Бундай сабабларга: юрак каватлари (ички, мушак, ташки) нинг яллирланиши (эндокардит, миокардит, курук ва экссудатив перикардитлар, панкардит) юрак ва қон томирларнинг тугма ва оттирилган нуксонлари, упканинг сурункали касалликлари (сил, бронхиал астма, сурункали зотилжам, упка туқимасининг склеротизацияси, узғаришлари); сурункали сепсис, қон касалликлари, қушувчи туқима касалликлари, усма шишлар, ички секреция безлари, жигар, буйрак ва асаб тизими касалликлари қиради.

Касаллик чакирувчи аъмолларнинг юрак мушак каватини зарарлашига қараб уч хил шаклдаги юрак фаолиятининг сурункали етишмовчилиги фарқланади:

1. Юрак мушакларига касаллик чакирувчи аъмолларнинг токсик, аллергик таъсири натижасида ва модда алмашинувининг бузилиши оқибатида қелиб қиқувчи юрак фаолиятининг сурункали етишмовчилиги.

2. Юрак бушлиқларида қон қажми ва қосимининг қупайиши билан қерувчи юрак тугма ва орттирилган нуксонлари, ички секреция безлари касалликлари натижасида ривожланувчи юрак фаолиятининг сурункали етишмовчилиги.

3. Аралаш шаклдаги юрак фаолиятининг сурункали етишмовчилиги.

Сунгги йилларда юрак фаолияти сурункали етишмовчилигининг алоҳида энергетик-динамик шакли ҳам ажратилади. Бу шаклдаги юрак мушакларида модда алмашинувининг бузилиши натижасида ривожланади. Юрак фаолиятининг сурункали етишмовчилиги энергетик-динамик,

модинамик (Хеглин) шаклда организмда калий миқдорининг майини (гипокалиемия), диабетик кома, хар хил юкумли салдикларда организмнинг кучли захарланиши оқибатида олиб чиқиши мумкин.

Юрак фаолияти сурункали етишмовчилигининг систолик ва диастолик шакллари тавофут этилади. Юрак фаолиятининг систолик шаклдаги сурункали етишмовчилиги юрак мушаклари ялтирлаганда ва зурикиб ишлаши оқибатида явжланади. Диастолик юрак фаолиятининг етишмовчилиги юрак бушликларининг диастола даврида кон билан олмаслиги билан ифодаланиб, у аксарият констриктив перикардитлар, экссудатив перикардит, юрак бушлигида усма ишлар булганда, обструктив кардиомиопатиялар ва систолик турдаги пароксизмал тахикардияларда явжланади.

Патогенези. Юрак мушакларидаги ионларнинг диастолада бир жойдаг иккинчи жойга алмашилиб туриши АТФ ва креатин – аъмоллар иштирокисида амалга ошади. Турли сабабларга кура юрак мушакларида модда алмашинувининг бузилиши ва тукумаларда кислород танқислиги ҳолати явжланиши туфайли юрак фаолиятининг мослашувчи механизми ишга тушади. Миофибриллалар ультратузулиши фаолиятининг фаоллашуви аксарият ҳолларда уларнинг бир қисмининг нобуд булишига олиб келади, ва унинг фаолиятининг фаоллашувининг биринчи босқичда энергия берувчи моддалар (АТФ, креатин-фосфат) нинг фаолиятини ҳам фаоллаштиради, кейинчалик эса миофибриллаларда модда алмашинувининг кескин бузилиши ҳамда энергия берувчи моддаларнинг тугаб бориш натижасида миофибриллалар айта тикланиши бузилади. Натижада юрак мушакларида электролитлар алмашинуви кескин бузилади, бу эса юрак фаолияти етишмовчилигининг бошланиш даври ҳисобланади.

АТФ, креатин-фосфатларнинг хужайраларда камаядиган даврида миофибрилларда қаялган туланиши, яъни юрак мушаклари бушати кийинлашувига олиб келади. Бунда «натрий-кальций» насосларининг бузилиши оқибатида нафақат мушаклари кискариши тезлиги ва кучининг камайиши, балки бушалишининг кийинлашуви юзага келади.

Юрак мушакларида юзага келган чуқур электр алмашинувининг бузилиши натижасида ҳосил бўлган узгаришлар организмдаги бошқа мослашув механизмлари ҳам ишга тушишига олиб келади. Бундай мослашув механизмларига қуйидагилар киради: а) Франк-Семтер механизми; б) симпатико-адренал тизимнинг фаолияти юрак мушак каватининг гипертрофияси.

Франк Старлинг механизми — юрак мушак бушатиш даврида қанчалик қуқ чизилса, у кискариш шунчалик қучли кискаради, деган қондага асосланган бу механизм юрак қўрағоннинг вақтинчалик мослашуви олади, чунки юрак бушакларида диастолик босимнинг қуқая бориши натижасида юрак мушакларининг қуқашуви механизмининг бузилишига олиб келади.

Симпатико-адренал тизим ҳам юрак фаолияти етишмовчилигини бартараф этувчи мослашув механизми сифатида ишга тушади. Бунда қон плазмасида адреналин, норадреналин, дофамин ва ванилин-миндал кислоталари қуқайиши билан бир қаторда уларнинг сийдик чиқарилиши ҳам қучаяди. Бу мослашув тизимининг қуқашуви натижасида юракнинг кискариши тезлиги фаоллашуви натижасида юрак мушакларида оксиллар қуқашуви қучаяди, юракнинг мушак кавати қалинлашади. Юрак каватининг қалинлашуви юрак фаолияти етишмовчилиги қуқажганини олдини маълум вақтга олади. Лекин қайд

ган мосашув механизми вақт утиши билан издан чиққан, секинлик билан юрак фаолиятининг сурункали етишмовчилиги ривожланади.

Юрак чап қоринчаси фаолиятининг етишмовчилиги ан кичик қон айланиш доирасида, ун қоринча фаолияти етишмовчилиги қушилганда катта қон айланиш доирасида, қоннинг ҳар иқкала қоринчалари фаолияти доираларида қоннинг димланиши пайдо булади.

Юрак фаолиятининг етишмовчилиги ривожланиши билан иккиламчи мосланиш механизми ишга тушади. Бу мослашиш механизми қон томирлар таранглигининг оқибатланиши ва ҳаёт учун жуда муҳим бўлган аъзоларнинг қондан таъминланишига қаратилган булади. Юрак фаолиятининг етишмовчилиги ривожлана бориши билан қон томирлари таранглигим узгара боради. Симпатико-адренал систем фаолияти қучайиши натижасида периферик қон томирлар қисқариши юзага келган бўлса, кейинчалик бу фаолият ренин-ангиотензин-альдостерон тизими таъсирида кенгайтирилади.

Юрак фаолиятининг сурункали етишмовчилигида атеросклероз вена қон томирларига нисбатан кўпроқ торайган булади. Бунинг натижасида қон томирлар тизимининг атеросклероз қисмидан вена қисмига қоннинг утиши оқибатида қўпроқ вена қонининг кўпроқ келишига сабаб булади. Бу эса қўпроқнинг тез қарчилишига олиб келади. Қон томирлари тизимида қон ҳажмининг қучайишига туқима оралик қўпроқликларининг қон томирларига утиши, депо аъзолардаги қон миқдорининг қисман қон томирларга утиши ва электролитлар алмашинувининг бузилиши сабаб булади.

Қон томирларида қон ҳажмининг қучайиши, периферик қон томирлари таранглигининг ошиши уларда қоннинг оқибатини секинлаштиради ва майда капиллярлардаги

ва тукима билан капиллярлар орасидаги кон ва алмашинуви бузилишини юзага келтиради. Бу эритроцитлар ва тромбоцитлар агрегацияси (узaro епининг узгариши натижасида янада кучаяди. капиллярларда коннинг окиши жуда секин микротромблар пайдо булади. Капиллярдаги узгаришлар натижасида модда алмашинуви ва кон танкислиги янада кучаяди. Бунинг натижасида суяк ил эритроцитлар ишлаб чикарилиши кучаяди, кон куюклар юрак иши кийинлашади.

Вена кон томирларидаги димланиш ва тукималакислород танкислиги натижасида юзага келган узгариш ички аъзолар ва умуман бутун организмда алмашинувининг кескин бузилишига, кайтариб бу даражадаги (тургун) узгаришларга олиб келади.

Классификацияси.

Кон айланетишмовчилигининг уч боскичи фаркланади. (Н.А. Белок 1987),

1-боскич – бемор тинч етганда кон айланиши бузилиш юрак фаолияти бузилиши белгилари кузатилмайди, у белгилар факат жисмоний зурикишдан сунг пайдо булади.

2а-боскич – бемор тинч етганда хам кон айланиш белгилари мавжуд булиб, улар жисмоний зурикишдан кучаяди.

2б-боскич – юрак фаолияти етишмовчилиги белгилар (кичик ва катта кон айланиш доираларида кон айланишин бузилиши) ривожланади, арзимаган жисмоний зуриклаш юрак фаолияти етишмовчилиги белгиларини кучайтиради.

3-боскич – организмда чукур биологик ва морфологик узгаришлар юзага келиши билан кечади. Дистрофия узгаришлар натижасида бемор ута озиб кетади.

Клиник белгилари. Юрак бушликлари анатомик ва физиология жihatидан бир-бири билан bogлиқдир. Шунинг учун юракнинг бир қисми фаолиятининг узгариши иккинчи қисмининг фаолиятига таъсир этмай қолмайди.

Юрак чап қоринчаси фаолиятининг сурункали етишмовчилиги нисбатан кўпроқ кузатилиб, у қуйидаги белгилар натижасида ривожланади; юракнинг тугма ва қўрилган нуксонлари, буйрак артериясининг торайиб қоллиши, сурункали буйрак касалликлари, феохромацитомада ривожланувчи артериал қон босимининг иккиламчи қилиниши.

Юрак чап қоринчаси фаолияти етишмовчилиги кузатилаётган беморлар тез чарчаш, қамқувватлик, қўрқинч, юрак уришининг тезлашуви, юрак соҳасида ритмнинг пайдо булиши, иштханинги пасайиши, уйқунинг бузилишига шикоят қилишади. Бемор болаларда ҳаракат фаолияти пасаяди, чунки ҳаракатнинг қучайиши юрак уришининг тезлашуви ва нафас олишнинг қийинлашуви билан келади.

Юрак чап булмачаси фаолиятининг етишмовчилигида нафас олишнинг қийинлашуви ва тезлашуви кузатилиб, ушбу ҳолатлар оралигининг кенгайиши, нафас қушимча мушакларининг иштирокида амалга оширилади. Беморларда тахикардия ҳолларида йўтал кузатилади. Йўтал жисмоний таъсиридан сунг ва кечки пайтларда пайдо булади ва қучаяди. Айрим ҳолларда кенгайган чап булмачанинги сайёр асаб толасини сиқиб қуйиши натижасида товушнинг хириллаши кузатилади.

Юрак чап қоринчаси фаолиятининг етишмовчилигида тери ва шиллик пардаларнинг қуқариши ҳос белги булиб ҳисобланади. Қуқариш белгисининг юрак чап қоринчаси фаолияти етишмовчилигида марказий ва периферик хиллари

фаркланади. Марказий кукариш ҳолати упкада кислород билан туйиниши етарли булмаганда ва коннинг вена кони билан аралашуви натижасида юзага келинади. Периферик кукариш ҳолати юракдан узокрокда жонивор организм қисмлари: бурун учлари, лаблар, кулок супра ва оёқ бармоқларининг кескин ривожланганлиги фаолияти етишмовчилиги огир кечаетганлигидан беради.

Юрак чап қоринчаси фаолиятининг суруштишмовчилигида доимий объектив белгилардан бир қатарларининг чап томонга кенгайиши булиб хисобланади. Юрак чап қоринчаси деворининг қалинлашуви ва кенгайиши натижасида юрак учи ва асосининг уриши кузгун кузга ташланади. Юрак товушлари бугиклашиб, кучли систолик диастолик шовкинлар пайдо булиши мумкин.

Ақсарият ҳолларда юрак I-товушининг юрак асосида булиниб эшитилиши аниқланади. Кичик кон асосида кон босими ва ҳажмининг купайиши оқибатда юрак II-товушининг туш суягидан чапда 2-ковурга оқибатда кучли эшитилиши, ҳамда упканинг пастки сохалари хириллашлар пайдо булиши кузатилади. Ушбу хириллашлар айниқса чуқур нафас олганда яхши эшитилиб, йўталда эшитилмайди. Уриб қурилганда хириллашлар эшитилиши сохаларда упка товушининг бугиклашуви аниқланади.

Рентгенологик текширишлар юрак чегараларининг чап томонга кенгайганлиги, упка илдизи сохаларининг кенгайганлиги, юрак контурининг силликланганлигини аниқлаш имкониятини беради.

Юрак чап қоринчаси фаолиятининг суруштишмовчилигини аниқлашда шунингдек ЭКГ, ФКГ ва усуллардан ҳам фойдаланилади.

Юрак унг коринчаси фаолиятининг сурункалиги
етимовчилигига куйидаги сабаблар олиб келади: атеросклероз
онлари (упка артериясининг торайиб қолиши, уч табакалий
окчаларнинг битиб қолиши Эбштейн аномалияси), упка
ронхларнинг сурункали касалликлари (сурункали
лжам, бронхоэктатик кассалик, муковисцидознинг упка
ли упка сили, упканинг чандиклар хосил булиши билан
диган касалликлари), упкада кон босимининг бирламчи
рилиши (гипертензияси) билан кечадиган касаллик, упка
рияси ва бошқа қон томирларнинг тромбоземболик
алликлари.

Юрак унг коринчаси фаолиятининг етишмовчилигида
корлар тез чарчаш, камкуватлик, уйкунинг бузилиши,
таханинг пасайишига шикоят қилишади. Йутал, нафас
шнинг бузилиши тери ва шиллик пардаларнинг
аришининг кай даражада булиши юрак етишмовчилиги
иб келган сабабларга боғлиқ булади. Масалан, бемор териси
шиллик пардаларининг кукариши юрак тугма нуқсонлари
табакалий копкокчаларнинг бекилиб қолиши, Эбштейн
омалияси) да кучли ривожланган булади, чунки бунда вена
ни артериал кон билан аралашган булади. Упка ва бронхлар
рункали касалликларида кукариш купрок нафас
ишмовчилиги билан боғлиқ булиб, у упкада кислород
машинувининг бузилиши оқибатида юзага келади.

Юрак унг коринчаси фаолиятининг кескин бузилиши
тижасида марказий веноз босим кутарилганлиги туфайли
йин томирлари буртиб чиқади, жигар катталашади, унда
трик пайдо булади, корин бушлирда суюқлик тупланеди,
екларда шиш пайдо булади.

Юрак эшитиб курилганда унинг товушлари узгаради
бу узгариш юрак фаолияти етишмовчилигини келтириб
икарган сабабларга кура турлича булиши мумкин).

Юракнинг тугма ва орттирилган нуқсонларида унинг

фаолияти етишмовчилиги ривожланса, нуксоннинг қараб юрак чуққиси ва асосида систолик, диастоло-диастолик шовкинлар эшитилиши мумкин. Товушлари уз жарангдорлигини сақлаган булади. Агар мушаклари ялигланиши унинг етишмовчилигига сабаб булса, юрак товушлари бугиклашганлиги ва юрак чуққиси ва асосида нафис систолик шовкин эшитилиши мумкин. Унинг қоринчаси фаолияти етишмовчилиги упка тизими босимининг ошуви билан кечаётган касалликларда ривожланган булса, юрак II-товуши туш суягидан чинковурга оралигида кучли эшитилади.

Юрак унг қоринчаси фаолиятининг етишмовчилиги юрак қисқариш сонининг тезлашуви, артериал босимининг пасайиши, вена кон босимининг кутариши (айниқса қатга кон айланиш доирасида) билан кечади.

Юрак унг қоринчаси фаолиятининг етишмовчилиги 26 ва 3 – даражаларида жигар фаолияти кескин узгарилади. Бунда жигарнинг ферментлар ҳосил қилиш, алмашинувнинг бошқариш, зарарсизлантириш ва оксил-реставрация чикариш вазифалари бузилиб, натижада қонда оксиллар камайиши, оксиллар фракцияларнинг купайиши, зардобида трансминазалар фаоллигининг ошиши кўриб келади. Жигар фаолиятидаги бундай чуқур узгариш организмда модда алмашинувининг кескин бузилиши, ацидоз ҳолатининг ривожланишига олиб келади, бу эса юрак фаолияти етишмовчилигини янада оғирлаштиради. Узок давом этган жигар вена кон томирларидаги димланиш бора бора жигар хужайраларининг қушувчи туқма билан алмашинувига, яъни жигар циррозига олиб келади.

Ошқозон-ичак тизимида веноз қоннинг димланиши натижасида яллигланишга хос белгилар пайдо бўлиши мумкин. Оғир кечаётган юрак фаолиятининг

етишмовчилигида буйрак фаолиятининг ҳам бузилиши
 тилади. Бу узгаришлар буйрак вена кон томирларида
 нинг димланиши оқибатида юзага келиб, протеинурия, кон
 ментларининг сийдик билан чиқарилиши, диурезнинг
 айиши, никтурия, цилиндрурия тарзида намоён булади.
 сийдик чиқарилишининг камайиши натижасида конда азотли
 қусулотлар қупаяди.

Рентгенологик текшириш ёрдамида юрак унг
 оринчаси чегарасининг ва упка артерияси конусининг
 ангайганлиги аниқланади.

ЭКГ-да юрак унг будимининг зуриқиб ишлаши
 лгилари, юрак укининг унг томонга силжиши, Р-тишча
 плитудасининг баландлашганлиги, уткирлашуви, Т тишча
 плитудасининг пасайиши ҳамда Гисс тутами унг
 кчасининг тулик булмаган блокадаси III-стандарт, V₁-V₄ -
 анишларда аниқланади.

ФКГ-да унг коринча фаолиятини курсатувчи 3-товуш
 а унг булмача фаолиятини ифодаловчи 4-товуш уч табакали
 опкоқчалар соҳасида яхши аниқланади. Бу товушлар юрак
 нг қисмининг зуриқиб ишлаши ва мушак кавати
 фаолиятининг сусайганлигини курсатувчи белги хисобланади.

Юрак иккала коринчалари фаолиятининг бир вақтда
 этишмовчилиги куйидаги сабабларга кура ривожланади:
 оракнинг айрим тугма нуқсонлари (йирик кон томирларнинг
 тулик транспозицияси –тесқари жойлашуви, умумий артериал
 тармок), юрак мушак каватининг бирламчи ва иккиламчи
 касалликлари (миокардитлар, кардиомиопатиялар,
 миокардиодистрофиялар), аритмиялар, юрак фаолияти
 этишмовчилиги ва ундан чиқадиган кон микдорининг
 қупайиши билан кечадиган баъзи бир касалликлар
 (тиреотоксикоз, камконлик, артерио-веноз аневризмалар).

Юрак ҳар иккала коринчаси фаолиятининг бир вақтда

етишмовчилиги ривожлаганда коринчаларнинг си хажми камаяди, унинг бушлиқларида колдик кон м купаяди, диастолик босим иккала коринчада бир ошиши кузатилади. Унда ун коринча етишмовчилиги белгилари устулик килади, чунки унинг мушак қават коринча мушак қаватига нисбатан камқувват булади.

Юрак хар иккала коринча фаолиятининг бир етишмовчилигида беморлар нафас олишнинг кийинла йутал, жисмоний зурикишдан сунг тез чарчаш, уришининг тезлашуви, иштаханинг пасайиши, уйку бузилишига шикоят килишади.

Курик пайтида беморларда тери, шиллик парда кул ва оёк бармоклари, бурун учи, кулок супраси кукариши, буйин йирик кон томирларининг пульсани юрак сохасининг буртиб чикиши, корин олдинги девени венез тур пайдо булиши, оёклар ва корин сохасида шикоят аникланади.

Уриб курилганда юрак чегараларининг хар томонлама кенгайганлиги, упка товушининг курак синасти пастки кисмида сустлашуви, жигарнинг катталашгани аникланади. Эшитиб курилганда эса юрак товушлари буртиб курилганда, юрак чуқкисиди ва асосиди систолик диастолик шовкинлар, упканинг орка пастки сохаларида тахажмдаги хул хириллашлар, II-товушнинг туш суягидан чунг 2-ковурга оранигида кучли эшитилиши, юрак фаолиятининг етишмовчилигининг огир шаклларида плевра ва перикардит яллитганиши кушилса, уларнинг ишкаланиш шовкинлар эшитиш мумкин.

ЭКГ-да коринча мажмуачи QRS шакли буртиб курилганда, R ва T-тишча амплитудасининг пасайиши хар иккала коринчаларнинг зуриклаш ва гипертрофияси белгилари кузатилади.

Рентгенологик текшириш ёрдамида упка расмининг учайиши, илдиз олди сохаларининг инфльтрацияси, юрак ажмининг иккала коринчалар хисобига кескин кенгайиши никланади.

Юрак хар иккала коринчаси фаолиятининг бир вақтда етишмовчилиги ривожлаганда организмда модда алмашинувининг кучли бузилиши, кон мухитининг кислотали омонга силжиши юзага келади.

Аксарият ички аъзоларда нисбий етишмовчилик ривожланиши натижасида конда колдик азот, креатинин, мочевина, холестерин, билирубин, АЛТ, АСТ нинг купаиши, протеурия, диурезнинг кескин камайиши бемор ахволини нада огирлаштиради.

Сунги йилларда юрак фаолияти етишмовчилигининг на бир тури ажратилиб, у мослашув хусусиятининг тулик арфланиши натижасида юзага келиб, «рефрактерли юрак фаолиятининг етишмовчилиги» деб аталади. Бу турдаги юрак фаолиятининг етишмовчилиги аксарият сурункали касалликлар билан огриган болаларда вужудга келади. В.И. Сербин рефрактерли юрак фаолиятининг етишмовчилигини келтириб чиқарувчи куйидаги сабабларни ажратади: касаллик такирувчи сабаблар уз вақтида ва тулик даволанмаслиги; механик тусик мавжудлиги (упкада кон босимининг кутарлиши, юрак тампонадаси, усма шишлар); асосий касалликларнинг асоратлари юзага келиши (тромбоземболия ва аритмиялар); даволанмак мақсадида дориворларни керагидан кам берилган холларда юрак фаолиятининг рефрактерли етишмовчилиги ривожланади.

Юрак фаолиятининг сурункали етишмовчилигининг унинг утқир етишмовчилиги, жигар, буйрак касалликлари, кон босимининг ошиши билан кечувчи касалликлардан фарқлаш лозим.

Даволаш. Юрак фаолиятининг су етишмовчилигини даволаш куйидаги боскичларда борилиши керак: юрак фаолияти етишмовчилигини келган асосий касалликларни даволаш; юрак мушак фаолиятини яхшилаш, периферик кон айланмуътадиллаш; уткир кечувчи асоратларни даволаш.

Юрак фаолияти етишмовчилигини даволашда ишлатилладиган дориворлар икки гуруҳга булинади: а) мушакларининг кискариш кббиятини яхшиловчи ва модда алмашинувини муътадилловчи дориворлар; б) кичик кон айланиш доирасида кон айланишини яхшиловчи юрак мушаклари зурикишининг олдини олувчи препаратлар. Бу гуруҳга сийдик ажралишини купайтирувчи ва периферик кон томирларни кенгайтирувчи дориворлар киради.

Юрак фаолиятининг сурункали етишмовчилигини ишлатилладиган асосий дориворлардан булиб гликозидлари булиб хисобланади. Сурункали юрак фаолиятининг етишмовчилиги даволашда аксарият дигоксин ва изолатишлатилади.

Юрак гликозидларининг туйинтириш миқдорини ҳисоблашда чакалоклар учун 0,04-0,05 мг/кг; 2 ёшгача 0,06-0,07 мг/кг хисобидан бериледи. Сурункали юрак фаолиятини даволашда туйинтиришнинг урта тезликдаги усули (3-4 кун даволаш берилиши) кулланади. Туйинтириш миқдори беришда ушлаб турувчи миқдори туйинтириш миқдорининг 1/5 ёшгача қисми хисобида бериб борилади. Дигоксин ва изолати сурункали юрак фаолиятини даволашнинг дастлабки кунларида венага юборилиб, сунгра ичиш учун тайинланади.

Организмни юрак гликозидлари туйинтирилганда куйидаги нагжаларга эришиш муҳим: юрак уриши сонининг туйинтириш бошланишига нисбатан 15-21% га секинлашуви; бемор умумий ахволининг

шилланиши, сийдик микдорининг куйайиши; юрак фаолиятини етишмовчилиги белгиларининг камайиши; ЭКГ P-Q ораликнинг чузилиши (0,20-0,22), одатда бу оралик 12-0,18 га тенг; S-T ораликнинг торайиши аникланади.

Юкорида келтирилган клиник ва параклиник ништаларга эришилса, демак юрак гликозидлари билан йинтириш туғри утказилган хисобланади. Шундан сунг юрак гликозидларининг ушлаб турувчи микдори узок муддат авомида бериледи. Агар юрак гликозидлари билан йинтириш микдори керагидан ортик олинган булса, беморда захарланиш белгилари: юрак уриши сонининг камайиши, ЭКГ экстрасистолия ярим блокадалар, огир холларда эса тулик В блокада, иштаханинг бугилиши, кунгил айнаиш, кучиш, шлатнинг суюклашуви белгилари пайдо булади. Шунингдек беморда куриш кобилиятининг пасайиши, куз олдининг бронгиллашуви, бош айланиши, уйкунинг бежаловат булиши, тахсираш, калтираш, териде турли тошмаларнинг пайдо булиши, кичишиш каби белгилар хам кузатилади.

Юрак гликозидлари билан захарланиш кузатилган холларда куйидаги муолажаларр утказилади: юрак гликозидларини организмга юборишни дархол тухтатиш; глюкозонни бир неча бор кайта ювиш, тозаловчи хукна килиш, ена кон томирига глюкозанинг 10% ли ритмаси+инсулин+калий препаратидан ташкил топган ралашмани томчилаб юбориш; экстрасистолия пароксизмал тахикардия, юрак булмачаларининг тебранишда изоптин 0,1-0,15 мг/кг хисобидан; брадикардия кучли ривожланган холларда эса атропин, эфедрин, кофеин боланинг ёши ва азиятига караб тавсия этилади.

Юрак фаолиятининг сурункали етишмовчилигини даволашда сийдик хайдовчи препаратлар — диуросемид (1-3 мг/кг), гипотиазид ва верошпирон хам тавсия

этилади. Организмда шунингдек кучли ривожланган хроник осмодиуретиклар (мочевина, маннит, маннитол) кулланилади. Ушбу препаратлар бош миёда кон айланишининг бузилиши, буйрак ва жигар фаолияти етишмовчи кузатилаётган беморларга тавсия этилмайди.

Кардиотоник ва сийдик хайдовчи дориворлардан фойда берадиган юрак фаолиятининг сурун етишмовчилиги рефрактерли турида куйидаги тартибда даволаш муолажалари тайинланади: фураземид 0,5-1 мг/кг+дигоксин 0,05 мг/кг+преднизолон 0,5-1 мг/кг. Шунингдек сунгги йилларда юрак фаолиятининг сурун етишмовчилиги даволашда периферик кон томирларни кенгайтирувчи препаратлар тайинланиб, улардан энг самаралироқ ишлатиладигани эуфиллиндир (2,4% ли эритмаси 0,1-0,2 мл/кг хисобидан).

Юрак фаолиятининг сурункали етишмовчилиги даволашда юрак мушакларида модда алмашинувчи яхшиловчи препаратлар: АТФ, кокарбоксилаза ва рибоксин кенг кулланилади. Ундан ташқари анаболик гормонлар ретаболил (0,3-1,0 мл 3 хафтада бир марта мушаклар орасига) ва нераболил (0,3-1,0 мл 1 хафтада бир марта мушаклар орасига) ҳам юрак фаолиятининг сурункали етишмовчилиги даволашда яхши натижалар беради.

касалланган, согайгандан кейин тез-тез қайталаниб турган. Объектив куриқда: бола озгин унг умурткалари оралиги торайган. Унг куқрак нафас олинганда орқада қолади. Унгдан VI ковурагдан пастга қараб перуктор товуш кискариб боради. Шу жойнинг узиди нам; турли хажимдаги хириллашлар эшитилади. R- граммда унга пасти булак соҳасида тиниклик бирмунча пасайган. Юрак соҳаси унга силжиган.

Кон тахлили: Нв- 100 г/л, лейкоцитлар - 18×10^9 /л, т/я-7%

ЭЧТ - 32 мм/с

Бронхограммада: бронхнинг унг томонидаги булагиди коп шаклида кенгайган; айрим қисмлари торайган.

А). Сизнинг клиник тащхисларингиз.

2-масала.

6 ойлик боланинг тана харорати $39,2^{\circ}$ С, бола безовта, йиглоқи, эмизишдан воз кечаяпти, курук йутал безовта қилмокда. Тана териси рангпар, оғиз-бурун учбурчагида куқариш аникланади, нафас олиш тезлашган, минутига 60 та. Нафас олишда кушимча мушаклар иштирақ этмокда, упкани перкуссия қилинган иккала паравертебрал томонида ҳам упка перкутор товуши бироз кискарган. Аускультацияда иккала томонда ҳам крепитация ва майда пуфакчали хул хириллашлар эшитилади.

Юрак товлари бироз бугиклашган, қучли булмаган тахикардия. Бошка аъзоларда узгаришлар йук.

R-граммада: упканинг илдизи бироз кенгайган, иккала томонда ҳам учқкли соялар аникланади.

А). Сизнинг тащхисингиз.

Б). Даволаш тактикангиз.

3-масала.

I ёшли бола. Онасининг шикоятлари: инжиклик, курук, хуружли йутал, иштаханинг пастлиги, тана хароратининг 39° С гача кутарилиши, безовталанганда бурун-лаб учбурчагининг

кукариши, нафас олишининг тезлашиши - минутига 34 жараёнида ёрдамчи мушакларнинг иширок этиши. Ушбу килинган упкада товушнинг бугиклашиши, аускультацияда олишининг сустланганлиги, крепитация ва хул жаранга хириллашлар ҳамда курук хуштаксимон хириллашлар айниқса, нафас чиқаришда. Нафас чиқариш нафас олишдан анча узайган ва кийинлашган. Юрак тонлари бироз бундай майин систолик шовкин юрак чуққисидан эшитилади. Жил талок пайпасланмайди.

Кон таҳлилида: Нв - 11/л, эритроцитлар - $3,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоцитлар - 10^9 /л, нейтрофиллар - 6 5%, лимфоцитлар - 20 %, моноцитлар - 5 % ЭЧТ-25 мм/с

а) Сизнинг ташхисингиз.

Б) Кандай касалликлар билан қиёсий ташхис утказиш керак?
4-масала.

2 ойлик бола бир ҳафтадан бунё касалхонада пневмония билан даволанмоқда. Боланинг ахволи кескин оғирлашди. Кучли хансираш, бутун баданига тарқалган цианоз пайдо бўлди. Ёрдамчи мушаклар нафас олишда иштирок этмоқда, курак совуқроқ, оғиз бурчакларида купикли балгам ажралмоқда. Перкуссия қилинганда икки томонлама упка товушининг сусайганлиги аниқланади. Аускультацияда иккала упка турли калибрлардаги хул хириллашлар эшитилади. Юрак кескин бугиклашган, систолик шовкин юрак чуққисидан эшитилади. Перкуссияда юракнинг улчамлари чап томонга кенгайиб аниқланади, пульс 160 марта 1 даққикада. Корин юмшоқ, жигар ковурга ёйдан, талок пайпасланмайди, кабзиятга мойиндир. Сийиши бироз камайган. А) Ташхисингиз

Б) Шошилинич ёрдам курсатинг.

5-масала.

12 ёшли бола. Оғир ҳолатда касалхонага келтирилган.

Касаллик уткир бошланган, тана харорати 40°C , болада хансираш, галлюцинация кузатилмокда. Касаллик холсизлик, бош огриги, юкори харорати, мадосизлик билан бошланади. Кейдан пайтда юкори харорати, калтирок, хансираш, курук огрикли йутал, лабларида ук бор. Тери копламлари рангпар, лаб- бурун учбурчагида цианоз, курак кафасининг унг томони нафас олишда бироз оркада колиши кузатилмокда. Перкуссияда унг упканинг паски сохасида упка товушининг кескин кискарганлиги, аускультацияда эса шу сохада нафаснинг сусайганлиги ва 1-2 та крепитация эшитилади.

Ююрак тонлари бутиклашганлиги кузатилмокда. Иштахаси паст, орни юмшок, йутал пайтида унг ковуга остида кучли огрик пайдо олишга шикоят килмокда. Жигар ва талок катталашмаган. Нафас эгармаган. R- граммада унг упканинг пастки булагн сохасида гомоген кулмаган соя аникланган, упка синуслари эркин. А). Ташхис куйинг. Б). Кайси касалликлар билан киёсий ташхис утказилди.

6-масала.

3 ёшли бола касалхонага юкори харорат, хансираш, унг курак кафаси сохасида огрик, иштаханинг пастлиги, курук огрик йутал шикоятлари билан ёткизилди. Онасининг сузига кура бир хафтадан бери иситмаси ва йутали бор, лекин уйда даво чоралари утказилмаган, кейинги кун ахволи анча огирлашиб, харорати 39°C , хансираш, курак кафасида огрик, пайдо булганидан кейин касалхонага муражаат килишган. Курикда умумий ахволи огир, териси рангпар, бурун-лаб учбурчагида цианоз аникланади. Нафас олишда унг упка бироз оркада колмокда, хансираш, огрикли «калта» йутал безовта килмокда. Бола унг ёнбошида етишни маъкул курмокда. Перкуссияда иккала томонда хам упканинг юкори кисимларида упка товуши бироз тимпаник хусусиятга эга. Орка томонидан унг упканинг култик сохасидан умуртка томон пасайиб борувчи тула тумток товуши аникланади. Тумтоклик сохасида нафас эшитилмайди —

Упканинг юқори сохаларида нафас биров сусайган майда хажимдаги хул хириллашлар эшитилади.

Юрак тонлари бугиклашган, тахикардия бор. Корин жигар ва талоги катталашган, нажаси меърида.

Кон тахлилида : Нв - 100/л, лейкоцитлар - 17×10^9 /л, т/я - 8%, 50%, лимфоцитлар - 28 %,

13×10^9 /л, нейтрофиллар - 6,5%, моноцитлар - 8%, эозинофиллар - 1%, базофиллар 1%, ЭЧТ-25 мм/с

а) Ташхисингиз ва ташхисни асослашда қандай текширусулларидан фойдаланиш мумкин.

7-масала.

13 ёшли бола. Онасининг сузица 3 ёшгача бир неча бор зотил билан касалланиб даволанган. 3 ёшлиқдан кейин ҳам йилига маротаба касалхонада даволаниб туради. Шокоятлари доим балгамли йуталга, хароратнинг 37-38 о С гача кутарилиши мадорсизликка, тез чарчашга, хансирашга. Беморнинг умумий аҳвали уртача огирликда, орик, жисмоний ривожланиши ёшига нисбатан биров орқада қолган, тери ости ёт қавати суст ривожланган. Хул йу безовта қилмоқда. Қул бармоқлари барабан «таёқчаси» шаклига узгарган, биров акроцианоз белгилари бор. Кукрак қафаси назолида бир меърада иштирок этмоқда, ковурга ораликлари битортилиб турибди. Перкуссияда упка товушининг иккала томонида ҳам қисқарганлиги аниқланади. Аукультацияда улқада урта ва кичик хажимдаги хул ва курук хириллашлар эшитилади. Нафас олиш биров тезлашган. Юрак тонлари бугиклашган, пульс ритмик, 80 тақриқда. Иштахаси пасайган, йутал балгам билан, нажаси узгаришсиз. Корни юмшоқ, огриксиз, жигар ва талоги катталашмаган.

Кукрак қафаси рентгенограммасида – упка илдири узаксимонлиги, упканинг тиниклаги биров пасайган, бронхог-аммада – урта хажимдаги бронхаларнинг «дугасимон»

гайганлиги аниқланган.

А)Ташхисингиз ва киёсий ташхис.

8-масала.

10 ёшли бола шифохонага хуружли йутал, хансираш, нафас чиқаришнинг кийинлашганлиги. Хаво етишмаслиги каби шикоятлар билан келган. Онасининг сузига кура бола ёшлигида куп марта тилжам билан касалланганлиги, икки ёшгача экссудатив катарал патез белгилари булган. Онасида хам аллергик ринит кузатилади. 5 ёшлигидан сунг тез-тез зотилжам билан касалланиб турган ва зотилжам хансираш хуружлари билан кечган.

Хозирги касаллиги бир хафта олдин юкори харорат, олсизлик, тез-тез курук йутал билан бошланган. Бир хафтадан сунг нафас кишиш хуружлари бошланган ва бемор касалхонага келган.

Умумий куриқда беморнинг умумий ахволи уртача огирликда, тери копламаси рангпар, лаб-бурун учбурчагида цианоз белгилари бор, нафас олинганда хуштаксимон хириллашлар эшитилиб турибди. Упка перкуссияси килинганда иккала томонда хам учоксимон товуш аниқланади, аускультацияда урта ва кичик хажимдаги хул хириллашлар, хамда жуда куп микдорда (айникса нафас чиқаришда) хуштаксимон курук хириллашлар эшитилади. Нафас чиқариш анча кийинлашганда, кушимча мушаклар иштирок этмокда. Юрак тонлари бугиклашган, тахикардия бор. Иштахаси паст, корни юмшок, огриксиз, нажаси меъёрида.

Кон тахлилида : Нв - 110/л, лейкоцитлар - 14×10^9 /л, т/я - 6%, с/я - 58%, лимфоцитлар - 25 %,

моноцит - 3%, эозинофил - 8 % базофиллар 1 %,ЭЧТ-23 мм/с R-граммада: Упка эмфизематоз холатда. Упка илдизлари кенгайган.

А)Сизнинг ташхисингиз.

Б).Даволаш тактикаси.

СИТУАЦИОН МАСАЛАЛАРГА ЖАВОБ ЭТАЛОНЛАРИ

1-масала.

А. Сурункали зотилжам, унғ томонлама бронхоэктазия билан, даври уртача огирликда кечиши.

2-масала.

А. Уткир учокли зотилжам асоратсиз кечиши.

Б.1. Рационал овкатлантириш ва парвариш

2- Антибактериал даво

3- Балгам кучирувчи дорилар

4- Витаминотерапия

5- Симптоматик даво

3-масала.

А. Уткир сегментар зотилжам, обструктив синдром билан

Б.1. Бронхиал астма билан.

2. Уткир бронхит билан.

4-масала.

А. Уткир учокли зотилжам, асоратли кечиши, кардиоваскуляр синдром билан. Асорати: улка шиши.

Б.1. Оксигенотерапия спирт оркали.

2. Юрак гилкозидлари.

3. Венага альбумин ёки концентрлаштирилган курак плазма эритмаси

4. Томчилаб куйиш.

5. Сийдик хайдовчи дорилар.

6. Нафас йулларини электр сургич ёрдамида тозалаб туриш.

7. Десенсибловчи даво ва симптоматик терапия.

5-масала.

А. Унғ томонлама крупоз зотилжам, диаграмал курук плевра белгилари билан.

Б.1. Унғ томонлама пластик экссудатив плеврит билан

2- Унғ томонлама пластик булак полисегментар зотилжам билан

3- Айрим холларда уткир холицистит ва аппендицит билан

6 масала.

А. Унг томонлама эсудатив плеврит. Ташхиси асослашда упканинг Р-графия усули, плеврани пункция килиш усули, кукрак кафасида товуш «титраши»ни аниклаш, кукрак кафасининг нафас олишдаги холати ва бошқалар ҳисобга олинади.

7-масала.

А. Сурункали зотилжам, кузгаш даври бронхоэктазиялар билан, нафас етишмовчилигининг иккинчи даражаси.

Қиёсий ташхис: Муковисцидоз билан, Гудпасчер синдроми билан упка сити билан кузатилади.

8 масала.

А. Бронхиал астма инфекцион-аллергик шакли, хуруж даври уртача оғирликда кечиши.

Б. Антибактериал даво, бронхолитиклар оксигенотерапия деаллергик синамалар билан аллерген аникланиб, специфик гипосенсибилизация утказилади.

РЕЦЕПТЛАР.

1. Rp: Ampioxi 0,2 (200000 Ед)

D.t.d №30

S. Флакондаги дори «мл инъекция учун ишлатиладиган эритилиб, 2 мл дан кунига уч махал мушак орасига юборилди (ойлик болалага).

2. Rp Benzilpenicillini natrii 500000 Ед

D.t.d. N 20 in flac.

S. Флакондаги дори 5 мл 0.5 % ли новокаин эритмасида эритилди (250000 ЕД) дан кунига 4 махал мушак орасига юборилди.

(1 ёшли болалага)

Rp: Bicilini - 5 1500000 Ед

D.t.d. N 10 in flac.

S. Флакондаги дори 10 мл 0.5 % новокаин эритмасида эритилиб мушак орасига юборилди. 1 ойда 1 марта (14 ёшли болалага).

4. Tryptomicini 0.1 (100000 Ед)

D.t.d. N 20 in tab.

S. 1 таблеткадан кунига 3 махал овкатдан 1.5 соат кейин ичилади (ёшли болалага)

5. Rp: Oleandomicini phosphatis 0.125 (125000 Ед)

D.t.d. N 12 in tab.

S. 1 таблеткадан овкатдан кейин кунига 3 махал ичилади (5 болалага).

6. Rp: Oleandomicini phosphatis 0.25

D.t.d. N 10 in flac.

S. Флакондаги дори 5 мл 2 % ли новокаин эритмасида, 2 мл дан 3 махал мушак орасига юборилди (1.5 ёшли болалага).

7. Rp: Gentamicini sulfatis 4% - 1.0

D.t.d. N 10 in ampull.

0.5 млдан кунига 2 махал, мушак орасига юборилди (1 ёшли болалага)

Rp: Kanamicini sulfatis 1.0

D. N 10 in flac.

Флакондаги дори 10 мл эритиш учун берилган суюкликда эритилиб,
1 мл дан 2 махал мушак орасига юборилади (10 ёшли болага).

Rp: Ceporini 0.5

D. N 10 in flac.

Флакондаги дори 5 мл берилган суюкликда эритилиб, 1.5 мл дан 3
махал мушак орасига юборилади (1 ёшли болага).

Rp: Kefzoli 1.0

D. N 10 in flac.

Флакондаги дори 10 мл берилган суюкликда эритилиб, 3 мл дан
кунига 3 махал м/о юборилади (2 ёшли болага).

Rp: Sol. Acidi ascorbinici 5% - 1.0

D. N 10 in ampull.

Кунига бир махал 1.0 мл дан глюкозанинг 20 % ли эритмаси билан
вена ичига юборилади (1 ёшли болага).

Rp: Sol. Analgini 50% - 1.0

D. N 5 in ampull.

0.5 мл дан кунига 1 махал м/о (5 ёшли болага).

Rp: Dr. Diazolini 0.05 N 20

S. 1 дражедан кунига 2 махал ичирилади (7 ёшли болага).

5. Rp: Sol. Euphillini 2.4 % - 10.0

D. N 5 in ampull.

5 мл физиологик эритмага 5 мл эуфиллин аралаштирилиб вена
иچига кунига 1 махал секин - аста юборилади (7 ёшли болага).

6. Rp: Tab. Tavegili 0.001 N 20

S. 1 таб. Кунига 2 махал ичирилади (6 ёшли болага).

7. Rp: Tab. Bromhexini 0.04 N 25

S. 1 таблеткадан кунига 3 махал ичирилади (5 ёшли болага).

8. Rp: Sol. Lasicis 1% - 2.0

D.t.d. N 5 in ampull.

S. 1 мл кунига 2 марта мушак орасига (1 ёшли болага).

12. Rp: Sol. Strophantini 0.05% - 1.0

D.t.d. N 5 in ampull.

S. 0.3 мл дори 5 мл физиологик эритмасига кушилиб вена секин юборилади (3 ёшли болага).

13. Rp: Sol. Prednizoloni 3% - 1.0

D.t.d. N 5 in ampull.

S. 1.0 мл дори мушак орасига юборилади (10 ёшли болага).

14. Rp: Sol. Seduxeni 0.5% - 2.0

D.t.d. N 2 in ampull.

S. 0.2 мл мушак орасига кунига 1-2 марта (1 ёшли болага).

9. Rp: Cocarboxylasae 0.05 D.t.d. N 5 in ampull.

S. 0.05 г дори берилган 2 мл суюкликда эритилиб, 10 мл глюкоза эритмасида вена ичига юборилади (5 ёшли болага).

10. Rp: Sol. Corgliconi 0.06% - 1.0

D.t.d. N 5 in ampull.

S. 0.3 мл дори 5 мл 10% ли глюкоза эритмасида вена юборилади (3 ёшли болага).

11. Rp: Mucaltini 0.05

D.t.d. N 10 in tab.

S. 1 таблеткадан кунига 3 махал ичилади (5 ёшли болага).

12. Rp: Libexini 0.1

D.t.d. N 10 in tab.

S. ½ таблеткадан кунига 3 махал ичирилади (3 ёшли болага).

13. Rp: Sol. Calcii chloridi 10% - 10.0

D.t.d. N 5 in ampull.

S. 1.0 мл дан кунига 2 махал вена ичига 20%ли глюкоза б юборилади (2 ёшли болаг).

14. Rp: Acidi ascorbinici 0.25

D.t.d. N 20 in tab.

S. 1 таблеткадан кунига 3 махал ичирилади (2 ёшли болага).

9. Rp: Infusi Valerianae 2.0: 100 ml

D.S. 1 чой қошиқдан кунига 3 махал овқатдан кейин ичилади

ёшли болага).

Rp: Tab. Kalii orotatis 0.1 N 50

S. 1 таблеткадан кунига 3 махал овкатдан 1 совт олдин ичилади (5
или болага).

Rp: Sol. Kalii bromidi 1 % - 100.0

S. Бир чой қошиқдан кунига 3 махал овкатдан кейин ичирилади (1
или болага).

Rp: Tab. Bisepoli - 120 N 30

S. 1 таблеткадан кунига 2 махал овкатдан олдин ишқорли сув билан
ичирилади (4 ёшли болага).

БОЛАЛАР КАРДИОЛОГИЯСИДА КУЛЛАР ДОРИ-ДАРМОНЛАР

РЕЦЕПТЛАР:

1. Юрак гликозидлари:

Бемор М.6 ойлик, вазни 7 кг.

Rp: Sol. Strophanthini 0.05%-1.0

D.t.d. N 10 in ampull

S. 0,1 мл. 10%-ли глюкоза

билан,

В/и, жуда секинлик билан

юбориш.

Бемор К., 1 ёш. 2

10 кг.

Rp: Sol. Corglicon

1,0

D.t.d. N 10 in ampull

S. 0.1 мл., в/и, физ

билан, суткасига 2

секин юбориш.

2. Сийдик хайдовчи

дориворлар:

Бемор С 1 ешда, вазни 10 кг.

Rp: Furosemidi 1 %-2,0

D.t.d. N10 in ampull

S. 1 мл.-10мг, в/и физ. Эритма

билан юбориш

Бемор Д., 2,5 ешда.

13 кг.

Rp: Hypothiazidi 0.0

D.t.d. N20 in Tabul.

S. S ?абл. Суткасига

марта,

Ичиш учун бериш.

Бемор Я., 5ешда, вазни 20 кг.

Rp: Sol Euphyllini 2.4%-10.0

D.t.d. N10 in ampull.

S 0,15 мл/кг вазнига, 10-20% -

20 мл глюкоза билан, в/и, секин

юбориш

Бемор У., 8 ешда, ва

кг

Rp: Verospironi 0.025

D.t.d. N20 in Tabul.

S 1 табл., суткада 2 м

куннинг 2 ярмида ич

учун бериш.

Антиаритмик дориворлар:

Бемор Д., 3 ешда, вазни 15 кг.

Rp: Sol. Novocainamidi 10% - 0.0

D.t.d. N10 in ampull.

S. 0,15 - 0,2 мл/кг вазнига,

метазон 1% эритма 0,1 мл/кг

вазнига караб в/и, суткасига 1

марта, секми юбориш.

Бемор Т., 1 ешда, вазни 9 кг.

Rp: Sol. Obsidani 0.1 % - 1,0

D.t.d. N 10 in ampull.

S. 0,01-0,02 мг/лг вазнига, в/и

Секин юбориш,

юборилишида

Метазон тайер булиши керак.

4. Психотроп дориворлар:

Бемор И., 1,5 ешда, вазни 11 кг.

Rp: Sol. Seduxeni 0.5 % - 2.0

D.t.d. N 10 in ampull.

S. 0.1-0.2 мл хар ешига, физ

эритма билан в/и, м/о,

суткада 2-3 марта юбориш

мумкин

Бемор В., 5 ешда, вазни 18 кг.

Rp: Sol. Ajmalini 2.5 % - 2,0

D.t.d. N 10 in ampull.

S. 1 мг/кг вазнига, в/и, физ.

Эритма билан секин

юбориш. Суткада 2-3 марта

юбориш мумкин.

Бемор ж., 6 ойлик, вазни 7 кг.

Rp: Sol. Athropini sulfatis

D.t.d. N 10 in ampull.

S. 0,01-0,03 мг/кг, в/и

физ.эритма билан суткада 3-4

марта юбориш мумкин.

Бемор Т., 2 ешда, вазни 12

кг.

Rp: Sol. Droperidoli 0.25% -

5.0

D.t.d. N 10 in ampull.

S. 0,8 мг/кг еки 0,32 мл/кг

вазнига, в/и, суткада 2-3

марта юбориш мумкин.

Бемор С., 6 ешда, вазни 20 кг.

Rp: Frenoloni 0.005

D.t.d. N 20 in tabul.

S.2,5-10мг/суткада, ичиш

учун,

овкатдан кейин тавсия

килинади.

5. Яллигланишга қарши

дориворлар

Бемор С., 5 ешда, вазни 18 кг.

Rp: Tab. Prednisoloni 0.005

D.S. 1 -2 мг/кг, ичиш учун,

Схема билан тавсия

килинади.

Бемор Р. 10 ешда, вазни 30 кг.

Rp: Tab Voltareni 0.025

D.S. 2.5-3.0 мг/кг, суткада 3

марта

гача, овкатдан кейин, ичиш

учун.

6. Қон босимини туширувчи дориворлар:

Бемор К., 13 ешда, вазни 32 кг.

Rp: Tab. Reserpini 0.025

D.S. 1-2 табл. 25-50 мг,

суткада,

2-3 марта, ичиш учун бериш.

Бемор Я., 5 ешда,

Rp: Phenibuti 0

D.t.d. N 15 in ta

S. 0,1-0,4 г/сут

учун,

2-3 марта ичиш

Бемор У., 8 ешда,

кг.

Rp: Tab. Acidi acet

0.5

D.S. 0,2 г/хар ёш

г/кг,

3-4 марта, овкатдан

ичиш.

Бемор З., 9 ешда, ва

Rp: Tab Indometacin

D.S. 2,5-3,0 мг/кг, с

мартагача, овкатдан

ичиш учун.

Бемор У., 12 ешда, ва

кг.

Rp: Tab. Papaverini 0.0

D.S. 1-2 табл. 40-80 мг

суткада

3-4 марта, ичиш учун

-227-

Бемор М., 10 ешда, вазни 27 кг.

Rp: Tab. Nospani 0.04

S. 10-40 мг/суткада, 1-2

та

ин учун бериледи.

организминг сезувчилигини пасайтирувчи дориворлар

Бемор Х., 3 ешда, вазни 14 кг.

Rp: Sol Dimedroli 1% - 1.0

D.t.d. N 10 in ampull.

S. 3 мг/кг, в/и ёки м/о, суткада

3 марта юбориш учун.

адреналин билан юбориш учун.

адреналин билан юбориш.

Бемор Х., 1 ешда, вазни 10 кг.

Rp: Sol Adrenalini hydrochloridi

%

0

D.t.d. N 10 in ampull.

S. 0,05 мг/ хар ешига 0,1-0,5 мл

морнинг ешига бинбан, в/и

ритма билан юбориш.

Бемор Ю., 4 ешда, вазни 16 кг.

Rp: Tab Kalii orotati 0.1

S. 0,25 - 0,5 г., 3 марта ичиш

билан юбориш.

Бемор Д., 6 ешда, вазни 10 кг.

Rp: Sol. Phentolamini 0.5 %

1.0

D.t.d. N 10 ampull.

S. 2,5-5,0 мг. в/и 5-10% ли

глюкоза

билан, томчилатиб юбориш

билан, томчилатиб юбориш

билан, томчилатиб юбориш

Бемор И., 2 ешда, вазни 11 кг.

Rp: Sol Pipolpheni 2.5 % - 1.0

D.t.d. N 10 in ampull.

S. 1-4 мг/кг, в/и ёки м/о 2-3

марта

юбориш учун.

юбориш учун.

юбориш учун.

юбориш учун.

Бемор О., 2 ешда, вазни 12 кг.

Rp: Sol Mesatoni 1% - 1.0

D.t.d. N 10 in ampull

S. 0,025 мл/кг вазнига, в/и физ

эритма билан юбориш.

эритма билан юбориш.

эритма билан юбориш.

эритма билан юбориш.

Бемор У., 3 ешда, вазни 15 кг.

Rp: Cocarboxylasas 0.05

D.t.d. N 10 in ampull.

S. 30-50 мг, 10-20% глюкоза

билан суткада 2 марта, в/и

юбориш.

АДАБИЁТЛАР:

1. Абдуллаев Р.А. Клинические лекции по актуальным вопросам кардиологии. - Т. - 1980. - с. 291.
2. Абдуллаев Р.А. Избранные главы клиники внутренних болезней. 1985. - с. 137-227.
3. Агеева и др. Двухэтапное лечение острых пневмоний. Томск 1984.
4. Алтыбаева С.Ш. Наш опыт терапии и профилактики рецидивов бронхитов у детей. Мед. журнал Узбекистана 1996 №1 с. 23-25.
5. Анохин В.Н., Новиков Ю.И., Стулова М.А. Об этиологии ревматического миокардита // Вопросы ревматизма. - 1980. - № 9.
6. Белоконов Н.А., Кубергер М.Б. Болезни сердца у сосудов у детей. Руководства для врачей в двух томах. - М.: Медицина. - 1987. - с.3-437., том II. - с.3-125., с.364-397.
7. Белоконов Н.А. Неревматические кардиты у детей. - М. 1984.
8. Белоконов Н.А. Актуальные вопросы кардиологии детского возраста // Актуальные вопросы детского возраста. - М. - 1983. - с. 6-8.
9. Белоконов Н.А., Подзолков В.П. Врожденные пороки сердца. - М. Медицина. - 1991.
10. Бенев оленская Л.И., Мякоткин В.А., Ондрашек М., Геллер Б. К генетическим аспектам ревматических болезней. - М.: Медицина. - с. 224.
11. Бершова Т.В. Клеточный метаболизм миокарда при эктопических аритмиях у детей. Автореф. дисс. докт. мед. наук. - Москва. - с.34.
12. Бисярина В.П. Клинические лекции по педиатрии. - М. - 1975. - с. 272.
13. Бисярина В.П., Мальцев П.В. Клинико-эпидемиологическая характеристика приобретенных кардиопатий у детей. // Педиатрия 1981. - №3. - с.5-7.
14. Болгабекова А.К. Комбинированное лечение сочетанной бронхальной астмы (Материалы 5 съезда терапевтов в Казахстане 1995 год)
15. Бунятян А.А. Справочник по анестезиологии и реаниматологии. Медицина. - 1982. - с.272-280.
16. Василенко В.Х., Фельдман С.Б., Могилевский Э.Б. Пороки сердца. Т.: Медицина. - 1983.
17. Вельтищев Ю.Е., Кисляк Н.С. Справочник по функциональной диагностике в педиатрии. - М.: Медицина. - 1979. - с.171-265.

- Вельтишев Ю.Е., Каганов С.Ю. Врожденные и наследственные заболевания легких у детей., 1986.
- Гобец А.А. Комплексный подход к изучению патогенеза острой пневмонии у детей раннего возраста. Педиатрия №6 стр. 86-87.
- Дидковский Н.А., Дворецкий А.И. Наследственные факторы и местная защита при несептицемических заболеваниях легких М.Мед 1990 г.
- Донцица В.Л. Блокады сердца. - М.-1979.
- Дорофеев А.Э. Лактатдегидрогеназа в диагностике не воспалительных поражений миокарда у детей. //Педиатрия. -1991 №3. -с.110.
- Духова З.Н., Тернова Т.И. Дифференциальная диагностика неревматических кардиопатий у детей. // Кардиология. - 1980. -№11. - с.54-57
- Евстифеева Г.Ю. Эпидемиология кардиопатий у новорожденных, факторы риска. // Афтореф. дисс.... канд. мед. наук. -Оренбург. - 1994.- с.27.
- Зайцева О.В и др. Рациональный выбор отхаркивающей терапии при острой и хронической бронхолегочной патологии у детей. Педиатрия. №2 1997 г стр. 71-76
- Итшкатулов Д.И., Лапасов Х.Н. Острая сердечная недостаточность у детей /Учебно-методическая разработка/. -Т. -1990. С.42.
21. Итшкатулов Д.И., Абдурахманова С.К. Дизметаболические нефропатии у детей. Т.-1997. -с.135.
- Итшкатулов Д.И., Лапасов Х.Н. Острая сердечная недостаточность у детей /Учебно-методическая разработка/. -Т. -1990. С.42.
9. Итшкатулов Д.И., Абдурахманова С.К. Дизметаболические нефропатии у детей. Т.-1997. -с.135.
0. Исаева Л.А. Детские болезни. -М. -1987. -с.259-290.
1. Калмыкова А.С. Миокардиты и кардиопатии у детей раннего возраста /распространенность, клинико-иммунологическая, генеологическая, и биохимическая характеристика/. // Дисс.на соискание ученой степени доктора медицинских наук. - М.-1997. -с.267.
2. Катлуков В.К. и др. Клиническое значение оценки воспалительных изменений в бронхах у детей раннего возраста при рецидивировании бронхиальной обструкции. Педиатрия №5 1996 стр. 50-54.
3. Козлов Б.П. и соавт. Эндокардиальный фиброзластоз // Педиатрия. - 1969. - № 8. - с.73-79.

34. Лукьянова Е.М., Андрущук А.А., Мошач П.С., Сидельников В.Т., Тараховский М.Л. Патологические синдромы в педиатрии. - Киев: Здоровья. - 1977. - с.195-221.
35. Материалы Всероссийского научного общества пульмонологов и педиатров России национальная программа «Бронхиальная астма у детей стратегия, лечение, профилактика» Москва 1997 г.
36. Майковский М.Д. Лекарственные средства в 2-х томах. - М.: Медицина. - 1987. - том I, - с. 3-624. - том II, - с. 3-575.
37. Мазурин А.В., Воронцов И.М. Препедвтика детских болезней. - М.: Медицина. - 1985. - с.136-181.
38. Мазур Н.А. Основы клинической фармакологии и фармакотерапии кардиологии. - М.: Медицина. - 1988. - с.302.
39. Мазо Р.Э., Надеждина Е.А. Артериальная гипертензия у детей. - Минск: Наука и техника. - 1985. - с. 170.
40. Мошач П.С., Сидельников В.М., Кривечня Д.Ю. Кардиология детского возраста. - Киев. - Здоровья. - 1986. - с.400.
41. Новиков Ю.И. Неревматические миокардиты: диагностика, лечение, прогноз. // Кардиология. - 1983. - № 6. - с.46-51.
42. Новиков Ю.И. Современное состояние вопроса о неревматических миокардитах. //вопр.ревматологии. - 1981. № 1. - с.3-15.
43. Новиков Ю.И. О диагностике и дифференциальной диагностике неревматических миокардитов. // Ревматология. - 1984. №4. - с.56-60.
44. Орлов В.Н. Руководство по электрокардиографии. - Т.: Медицина. - 1989. - с.216.
45. Острополец С.С., Золотова Л.И. О неревматических порожениях миокарда у детей. //Педиатрия. - 1981. №6 - с.71-72.
46. Осколкова М.К., Куприянова О.О. Электрокардиография у детей. - М.: Медицина. - 1986. - с.282.
47. Полеев Н.Р., Одинокова В.А., Гураич М.А., Найштут Г.М. Миокардиты. - М.: Медицина. - 1982. - с.270.
48. Рапопорт Ж.Ж., Ишкович А.И. Сердечная недостаточность у детей. - Красноярск. - 1983. с.-216.
49. Рачинский С.В., Таточенко К.В. Болезни органов дыхания у детей. - М.: Медицина. - 1987 г.
50. Реутова В.С. Хронический облитерирующий бронхиолит у детей. - Российский Вестник перинатологии и педиатрии 1997 №4 стр. 33-38.
51. Сербин В.И. и соавт. Гипертрофические кардиомиопатии у детей. - Педиатрия-1986-N 5 с/68-71.

- Сидельников В.И. Афанасьев Е.И. Люткевич В.И. Применение сердечных гликозидов при недостаточности кровообращения у детей. Методические рекомендации -Киев 1977.15с.
- Студеникин М.Я., Сербин В.Я. Сердечная недостаточность у детей. -Медицина -1984-252с.
- Султанов Х.К. Перельман Н.И. Касымова С.Б. Абдурахманова А.А. Осупова Д.З. Клинические проявления функциональных кардиопатий у детей.
- Студеникин М.Я. Особенности гипертонических болезней у детей Педиатрия 1983 N 6 с.6-9
- Таточенко В.К. Антибактериальная терапия ОРВИ. Российский педиатрический журнал №2 1998 г.
- Таточенко В.К. Популярная пульмонология детского возраста. Медицина 1991.
- Усов И.Н. Пневмонии с затяжным течением у детей 1989 г.
- Чернуша В.П. Пневмонии и смертность у детей Кишинев 1991 год.
- Чучалин А. Академик. Пневмония – актуальная проблема современной медицины мед газета и 41 (от 2.06.95 г)
- Шамсиев Ш.Б., Шабалов П.П. Острые пневмонии у детей раннего возраста Т.1986 год.
- Шамсиев С.Ш., Шабалов Н.П., Эрман Л.В. Руководство для участкового педиатра – Т. Медицина - 1990 с, 332-338.
- Шарыпова С.А. Характеристика состояния структурно-функциональной организации клеточных мембран у детей с нарушениями ритма. Пути коррекции: Автореф. Дисс. анд мед наук Тюмень 1995 18с.
- Шкобиллов Ж. Махмудов А. «Болалар кассаиклари» 1993 81-86, 245 бетлар.
- Тремко К.В. Адаптогены как средства профилактической медицины Томск 1990г. 169с.

Р. 216

Мундарижа

I. Болалар нафас олиш аъзоларининг касалликлари ва респиратор аллергозлар

Кириш.....
Ўткир зотилжам.....
Суринкали зотилжам.....
Плевретлар.....
Респиратор аллергозлар.....
Бронхиал астма.....

II. Болалар кардиологияси.

Кириш.....
Юрак ва қон томир касалликлари.....
Ревматизм.....
Норевматик кардитлар.....
Бактериал эндокардит.....
Перикардитлар.....
Қон томирлар дистонияси.....
Юрак ва қон томирлар туғма нуқсонлари.....
Юрак ритми ва ўтказувчанлигини бузилиши.....
Юрак фаолиятини ўткир етишмовчилиги.....
Юрак фаолиятини сурункали етишмовчилиги.....

III. Ситуацон масалалар

Пульманология.....

IV. Рецептлар

Пульманология.....
Кардиология.....
Адабиётлар.....