

L.A. Muxamadiyeva
S.F. Quldashov
Z.E. Kudratova
G.A. Hasanova



**BOLALARDA ENG KO'P
UCHRAYDIGAN SOMATIK
KASALLIKLAR**

616-053
B 830

**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI
OLIV VA O‘RTA MAXSUS TA‘LIM VAZIRLIGI
SAMARQAND DAVLAT TIBBIYOT UNIVERSITETI**



Muxamadiyeva Lola Atamurodovna, Quldashev Sardor Furqatovich,
Kudratova Zebo Erkinovna, Hasanova Gulsanam Anvarbekovna

Mutaxassisligi: 500.000 - "Sog'liqni saqlash va ijtimoiy ta'minot"

Ta'lim sohasi: 510 000 - "Sog'liqni saqlash"

Kasb kodi va nomi: 4.71.03.01- "Hamshiralik ishi"

“Pediatriyada hamshiralik ishi ”
fani bo'yicha

**“BOLALARDA ENG KO'P UCHRAYDIGAN SOMATIK
KASALLIKLAR”**

Tibbiyot texnikumlari talabalari
uchun mo'ljallangan o'quv qo'llanma

Ta'lim yo'nalishi:
4.71.03.01-“Hamshiralik ishi”



Samarqand-2022 yil



UDK: 616-053.2(075.8)

BBK: 57.3ya73

Tuzuvchilar:

Muxamadiyeva L.A. – Samarqand davlat tibbiyot instituti, pediatriya fakulteti №3 Pediatriya va tibbiy genetika kafedrasidagi mudiri, dotsent, t.f.d.

Quldashev S.F.– Samarqand davlat tibbiyot instituti, pediatriya fakulteti №3 Pediatriya va tibbiy genetika kafedrasidagi assistenti

Kudratova Z.E. – Samarqand davlat tibbiyot instituti, pediatriya fakulteti Klinik diagnostika va laboratoriya kafedrasidagi assistenti

Hasanova G.A. - Pastdargom tibbiyot texnikumi o'qituvchisi

Ushbu o'quv qo'llanma 4.71.03.01-“Hamshiralik ishi” yo'nalishi bo'yicha Davlat ta'lim standartiga mos ravishda tayyorlangan. O'quv qo'llanma “Pediatriyada hamshiralik ishi” fani bo'yicha bolalarda uchraydigan eng ko'p somatik kasalliklarni o'z ichiga olgan. Bular erta yoshdagi bolalar kasalliklari, pulmonologiya, kardiologiya, revmatologiya, nefrologiya va gastroenterologiya kasalliklaridir. O'quv qo'llanma bemorlarning klinik ko'rinishidagi, rentgenologik o'zgarishlari bilan boyitilgan sur'atlar va mavzular oxirida talabning bilimni mustaxkamlashishi uchun mavzularga taalluqli savollar va testlar berilgan. Qo'llanma “Hamshiralik ishi” yo'nalishida tahsil olayotgan studentlar uchun mo'ljallangan.

Taqrizchilar:

Muxamedova SH.T. - Buxoro tibbiyot instituti bolalar propedevtikasi kafedrasidagi mudiri, t.f.n.

Rabbimova D.T. - SamDTI bolalar propedevtikasi kafedrasidagi mudiri, t.f.d., dotsent

O'quv qo'llanma Samarqand davlat tibbiyot instituti Ilmiy Kengashida ko'rib chiqilgan va tasdiqlangan «23» noyabr 2021 yil.

Bayonnomasi № 8.

Ilmiy Kengash kotibi, t.f.d., dotsent Nasretdinova M.T.

ISBN: 978-9943-8259-3-2

© Tibbiyot ko'zgusi 2022-y.

© Muxamadiyeva L.A. Quldashev S.F. Kudratova Z.E. Hasanova G.A.

BOLALARDA ENG KO'P UCHRAYDIGAN SOMATIK KASALLIKLAR**QISQARTMALAR RO'YXATI**

ATF	-Adenozintrifosfat
NAD	-Nerv-artritik diatez
EKD	-Ekssudativ-kataral diatez
ECHT	-Eritrotsitlar cho'kish tezligi
QB	-Qaytalanuvchi bronxit
XB	-Xalqaro birlik
SB	-Surunkali bronxit
YUTN	-Yurak tug'ma nuqsoni
OAY	-Ochiq arterial yo'l
SO'V	-Sun'iy o'pka ventilyasiyasi
SO'M	-Sun'iy o'pka muolajasi
RDS	-Respirator distress sindrom
HP	-Helicobakter pylori

KIRISH

Pediatriya - yunoncha paid - bola, iatria - davolash soʻzlaridan olingan boʻlib, bolalar organizmining homila sifatida paydo boʻlish davridan boshlab, tugʻilib, toki oʻsmirlik davrigacha boʻlgan oraliqdagi anatomo-fiziologik xususiyatlari, rivojlanishi va shu orada boʻladigan kasalliklarning kechishining oʻziga xos xususiyatlarini hamda davolash va parvarish qilish jarayonidagi amaliy koʻnikmalarni bajarish yoʻl- yoʻriqlarini oʻrgatadi. Demak, pediatriya -tibbiy davoning faqat bolalarga yoʻnaltirilgan sohasidir.

Pediatriya oʻz navbatida qiyin soha boʻlib, boʻlgʻusi tibbiyot xodimlaridan oʻta qatʻiy masʻuliyat, sabr-qanoat va matonat talab qiladi. Chunki bola tugʻilib rivojlanishi jarayonida, ayniqsa, 5-6 yoshlik davrigacha oʻzida boʻlayotgan oʻzgarishlarni tartibli va tushunarli qilib bayon eta olmaydi. Ikkinchidan, boladagi aksariyat oʻzgarishlarni oʻta sinchkovlik va kuzatuvchanlik hamda chuqur bilim asosidagina payqash va tegishli xulosalar chiqarish, shu asnoda bolaga zarur boʻlgan yordamni tanlash mumkin. Vaqtida tegishli xulosa chiqarilmasa va tayinli yordam koʻrsatilmasa, bolaning hayoti xavf ostida qolishi mumkin.

ERTA YOSHDAGI BOLALAR KASALLIKLARI. BOLALARDA RAXIT

Raxit (yun. rhachis - umurtqa). Yosh bolalarda uchraydigan kasallik. Kasallikning tarqalish toʻgrisida aniq maʼlumotlar etarli emas. Statistika maʼlumotlariga qaraganda Angliyada 80%, AQSHda 87,7%, Germaniyada 74,2%, Rossiyada 80 - 90% gacha bolalar raxit kasalligi bilan xastalanganligi qayd qilinadi.

Organizmدا vitamin D yetishmasligi tufayli fosforkalsiy almashinuvining buzilishi natijasida kelib chiqadi. Raxitga koʻpincha bolaning chala tugʻilishi, quvvatsizligi, sunʻiy ovqatlantirish sabab boʻladi. Bola yaxshi parvarish qilinmasa, ochiq havo va quyosh nuridan bahramand boʻlmasa, notoʻgʻri ovqatlantirilsa, uning organizmiga vitamin D yetarli miqdorda kirmaydi yoki ultrabinafsha nurlar yetishmasligidan terisida vitamin D hosil boʻlishi buzilib, Raxit kasalligi kuchayadi. Bundan tashqari, bolaning tez-tez

kasallanishi, onaning homiladorlik vaqtida ovqat ratsionining buzilganligi ham raxit kasalligiga sabab bo'ladi. Raxit kasalligi moddalar almashinuvining buzilishiga xamda turli a'zo va sistemalar ishining izdan chiqishiga olib keladi. Bu kasallikda fosfor va kalsiy kabi mineral tuzlar almashinuvi ayniqsa kuchli buziladi. Ichkada kalsiyning so'rilishi va suyaklarga cho'kishi o'zgaradi, bu - suyakning ingichkalashib, to'qimalarining yumshashiga, nerv sistemasi va ichki a'zolar ishining buzilishiga sabab bo'ladi.

Bolalarda suyak tuzilishining o'ziga xos anatomik – fiziologik xususiyatlari suyak to'qimasining shakllanishiga bog'liqdir. Bolalarning suyak to'qimasi katta yoshdagi odamlarnikiga nisbatan kimyoviy tarkibida suv miqdorining ko'pligi, mineral moddalarning esa kamligi bilan farqlanadi. Mineral moddalarning kattalarnikiga nisbatan kamligi bolalarda suyakning yumshoq eguluvchan bo'lishini ta'minlaydi. Suyakka taz'iyiq o'tkazilganda u o'z shaklini darhol o'zgartiradi, lekin sinmaydi. Suyakning o'sishi va tiklanish qobiliyati ham kattalarnikidan farq qiladi. Shuning uchun xam bolalarda singan suyaklar kattalarnikiga nisbatan tezda bitib ketadi. Bolalarda suyak tuqimasining qarshilik ko'rsatish qobiliyati va uning yumshoqlik darajasi ham yuqoridir. Kasallik asosan 2 yoshgacha bo'lgan bolalarda ko'proq uchraydi.

Etiologiyasi.

Birlamchi vitamin D- defitsitli raxitni keltirib chiqaruvchi sabablar va moyillik tug'diruvchi omillar:

1. Quyosh nurining etishmasligi va toza havoda sayr qildirmaslik – organizmda hosil bo'ladigan 90% endogen vitamin D₃ (xolekalseferol) quyosh nuri ta'sirida terida hosil bo'ladi. Aniqlanishicha (1,5 yoshdan oshgan bolalar uchun) bolani har kuni quyosh nurida 1-2 soat davomida sayr qildirish kalsitriolning mo'tadil ko'rsatkichini bir hafta davomida ushlab turadi.

2. Ovqat faktorlari - bolani sun'iy ovqatlantirishda adaptatsiyalanmagan aralashmalardan foydalanish, uzoq vaqt sutli ovqatlantirish (1 litr ona sutida 50-70 XB, sigir sutida 20-30XB vitamin D₃ bor), sigir suti tarkibida fosfatlar miqdorining ko'pligi kalsiy, fosfor nisbatini o'zgartiradi va natijada kalsiyning ichaklardan so'rilishiga monelik qiladi. Qo'shimcha ovqatlarni kechiktirib kiritish (1g tuxum sarig'ida 140-390XB vitamin D₃ bor). Bundan

tashqari sabzavot bo'tqalarini uzoq vaqt, hayvon oqsillarizsiz berish ham raxitga olib kelishi mumkin, chunki bunda bola organizmi etarli darajada kalsiy, fosfor, mikroelementlarni, vitamin, aminokislota va lipidlarni qabul qilmaydi va bo'tqalar, sabzavotlar tarkibidagi fitin kislotasi kalsiyini ichaklarda bog'lab olib, uning so'rilishini kamaytiradi, va vitamin D va uning metabolitlarini so'rilishiga to'sqinlik qiladi.

3.Perinatal faktorlar- Chala tug'ilgan bolada vitamin D, Ca va P zaxirasi kam bo'ladi. Onadan Ca va P ning yo'ldosh orqali bolaga intensiv ravishda o'tishi 36 haftalikdan (homiladorlikning 26 haftasida Ca 100-120mg/kg, P-60mg/kg sutkasiga o'tsa, 36 haftalikdan- Ca 120-150mg/kg, P- 85mg/kg sutkasiga o'tadi) boshlanadi. Postnatal davrda o'sish esa chala tug'ilgan bolalarda yuqori bo'ladi, bu esa Ca, P va vitamin D ga bo'lgan ehtiyojni yanada kuchaytiradi. Vaqtida tug'ilgan chaqaloqlarda Ca ga bo'lgan sutkalik ehtiyoj 70-75 mg/kg bo'lsa, chala tug'ilgan chaqaloqlarda 200-225 mg/kg gacha sutkasiga tashkil qilishi mumkin. Kattalarda esa bu ko'rsatkich 8mg/kg ni tashkil qiladi. P ga bo'lgan sutkalik ehtiyoj vaqtida tug'ilgan chaqaloqlarda 40mg/kg bo'lsa, chala tug'ilgan chaqaloqlarda 110-150mg/kg ni tashqil qiladi.

Ikkilamchi vitamin D - defitsit raxitni keltirib chiqaruvchi sabablarga quyidagilar kiradi:

1. Malabsorbsiya sindromi - seliakiya, mukovissidoz va oshqozon osti bezining boshqa kasalliklari ovqat mahsulotlaridan yog'ning so'rilishini buzulishiga olib keladi, bu esa o'z navbatida yog'da eruvchi vitamin Dning so'rilishini ham pasaytiradi. Eksudativ enteropatiya va ichaklarning boshqa surunkali kasalliklarida Ca bog'lovchi oqsil sintezi va kalsitriol sintezi buziladi.

2. Jigar va buyrakning surunkali kasalliklari vitamin D₃ning aktiv metabolitlarining hosil bo'lishini kamaytiradi.

3.Yatrogen faktorlar - talvasaga qarshi dorilarni (fenobarbital, difenin) uzoq vaqt davomida berilishi, vitamin Dning metabolizmini kuchaytiradi va uning endogen etishmovchiligiga olib keladi. Siydik haydovchi vositalarni uzoq vaqt davomida qo'llash va parenteral ovqatlantirish nafaqat Ca, balki vitamin D etishmovchiligiga ham olib keladi.

BOLALARDA ENG KO'P UCHRAYDIGAN SOMATIK KASALLIKLAR

4. Ekologik faktorlar -Tuproqda, suvda, oziq moddalarda stronsiy, simob, rux va boshqa metallarning ko'pligi suyaklarda kalsiyni o'rnini qoplaydi va natijada raxit, osteomalyasiya, osteoporozning rivojlanishiga olib keladi.

5. Psixosotsial faktorlar va harakat aktivligining etishmovchiligi- nafaqat perinatal ensefalopatiya ta'sirida, balki oilada jismoniy rivojlantirish elementlarining yo'qligi (massaj, gimnastika va boshq.), mushaklar faoliyatining pastligi, suyaklarning qon bilan ta'minlanishini kamaytiradi.

6. Vitamin D va kalsiy- fosfor almashinuvining nasliy anomaliyalari.

7. Modda almashinuvining nasliy kasalliklari (sistinuriya, tirozinemiya va boshq.).

8. Poligipovitaminozlar.

9. Surunkali infeksiyon jarayonlar.

Vitamin D ning asosiy vazifalari:

1. Vit D - ichaklarda kalsiy bog'lovchi oqsil sintezini kuchaytirib, Ca va Pni ichaklardan so'rilishini ta'minlaydi.

2. Suyak - qon chegarasida sitratlar sintezini kuchaytirib, suyaklarning mineralizatsiyasini stimullaydi.

3. Osteoblastlar tomonidan osteokalsin (suyakning asosiy kollagen bo'lmagan oqsili, suyaklanish indikator) sintezini stimullaydi.

4. Ca ni suyaklarda to'planishini ta'minlaydi.

5. Qonning kislota - ishqorlik muhitini boshqaradi.

6. Ca, P ni buyrak kanalchalarida qayta so'rilishini ta'minlaydi.

7. Immunomodulyatorlik xususiyatiga ega bo'lib, vitamin D defitsit holatida organizmda fagotsitoz, interleykin 1,2, interferon sintezi pasayadi.

8. Mushaklar retseptorlari bilan bog'lanib, ularga kalsiyning o'tishini tezlashtiradi va mushaklar qisqaruvchanligini oshiradi.

Raxit kasalligining patogenezi

Organizmdagi gipovitaminoz D holati ichaklarda kalsiy bog'lovchi oqsil sintezini kamaytirib, kalsiyning ichaklardan so'rilishini, suyaklarning kalsiyni fiksatsiya qilish xususiyatini, to'qimalarda sitratlar sintezini pasaytiradi. Qonda gipokalsimiya holati natijasida qalqonsimon oldi bezlarining faoliyati buzilib

paratgarmon ishlab chiqishi kuchayadi. Paratgarmon suyakdagi kalsiyini qonga yuvib chiqaradi, osteoklastlar funksiyasini kuchaytirib, osteoblastlar sintezini pasaytiradi. Buyrak kanalchalarida fosfatlar, bikarbonatlar va aminokislotalarning reabsorbsiyasini tormozlab, siydik bilan ajralishini kuchaytiradi. Paratgarmonning aynan shu xususiyati raxitda gipofosfatemiya, metabolik atsidozga sabab bo'ladi. Gipofosfatemiya organik birikmalardan fosforning tezlik bilan ajralishiga olib keladi. Bu birinchi navbatda nerv ustunlari va nerv hujayralaridagi mielin pardasining fosfatidlariga, mushak to'qimasidagi adinozinfosfor kislotasidan fosforning ajralishiga taluqlidir. Demielinizatsiya dastlab qo'zg'aluvchanlikning oshishiga, keyinchalik tormozlanish reaksiyalarining almashinishiga olib keladi. Mushak to'qimasida energetik almashinuvning buzilishiga va mushaklar tonusining pasayishiga olib keladi. Bu hol esa vegetativ asab sistemasining qo'zg'aluvchanligining oshishi belgilari bilan kechadi (ko'p terlash, uyquning buzilishi, uchib-uchib tushish, bezovtalik). Raxitda qon zardobida ishqoriy fosfataza miqdori oshib ketadi, ammo uning ahamiyati hozirgacha to'liq o'rganilmagan. Lekin ba'zi olimlar ishqoriy fosfatazani oshishini organik birikmalardan fosforning ajralishi bilan bog'lashadi. Giperparatireoidizm va vitamin D etishmasligi aminokislotalarning siydik bilan chiqishini, ya'ni aminoatsiduriyani kuchaytiradi. Suyaklarning organik matritsasi bo'lgan kollagen oqsilining strukturasi buziladi. Vitamin D aktiv metabolitining defitsiti kalsiy, fosfor, sitratlar almashinuvida kamchiliklar osteogenez buzilishiga olib keladi. Suyaklardan kalsiyning yuvilishi osteoporozga olib keladi. Suyaklar asta-sekin yumshaydi va bosim ta'sirida qiyshayadi. Suyaklarning ohaklanishi sekinlashadi. Ca, P tuzlari osteoid to'qimada ushlanmaydi., tog'ayning normal rezorbsiyasi kuzatilmaydi. O'sish zonasida tog'ay va osteoid hujayralar tartibsiz bo'linib ko'payadi. Naysimon suyaklar epifiz va o'sish nuqtasida suyak to'qimasi kengayadi (osteoid to'qima giperplaziyasi). Bir vaqtda suyaklar o'sishdan orqada qoladi va suyak to'qimasi gipoplaziyasi kuzatiladi.

Yuqoridagi patologik holatlardan kelib chiqqan holda raxit kasalligida suyak sistemasidagi o'zgarishlarni 4 guruhga bo'lib o'rganish mumkin.

BOLALARDA ENG KO'P UCHRAYDIGAN SOMATIK KASALLIKLAR

1. Osteomalyasiya simptomlari - Suyaklarning yumshashi. Bunda eski suyak hujayralarining qayta so'rilishi holati, bosh suyaklarining yumshashi, kraniotabes, liqqildoq atrofining yumshashi, braxitsefaliya, uzun suyaklarning, o'mrov suyagining va qovurg'alarining egilishi, yumshashi kuzatiladi.

2. Osteoid giperplaziya simptomlari - (bu simptomlar raxit o'tkir osti kechishida ustunlik qiladi). Peshona, tepa do'mbogi, raxitik bilaguzuklar, marvarid iplari, raxitik tasbehtar.

3. Suyak to'qimasi gipoplaziyasi simptomlari- naysimon suyaklarning o'sishdan orqada qolishi tufayli oyoqlarning kalta bo'lishi, sut va doimiy tishlarning kech chiqishi, katta liqqildoqning kech yopilishi, yassi chanoqlik, pastki jag'ning o'sishdan orqada qolishi, egarsimon burun.

4. Mushaklar gipotoniyasi natijasida hosil bo'lgan suyak deformatsiyalari -umurtqa pog'onasining qiyshtayishi (lordoz, kifoz, skaliroz), pastki aperturaning qayrilishi bilan xarakterlanadigan ko'krak qafasining deformatsiyasi (tovuqsimon va etikdo'z ko'krak qafasi).

Tasnifi

Raxitning tasnifi 1947 yili pediatriklarning butunittifoq VI-s'ezdida qabul qilingan (S.O.Dulitskiy).E.M. Lukyanova va hammualliflar tomonidan 1988 yil qo'shimchalar kiritilgan .Jadval 1.

Jadval 1. Vitamin D defitsitli raxitning tasnifi

Davriga qarab	Faollik darajasi	Kechishi	Kechish turi bo'yicha
-Boshlang'ich -Avj olgan davri - Tiklanish davri -Qoldiq asoratlar davri	I –engil daraja II–o'rta og'ir daraja III- og'ir daraja	-O'tkir - O'tkir osti - Qaytalanuvchi raxit	-Kalsiypenik turi -Fosfopenik turi -Kalsiy va fosfor miqdorining yaqqol o'zgarishlarsiz turi

Klinik manzarasi

Kasallikning klinikasi bolaning yoshiga, kasallikning fazasiga, davriga, kechishiga va og'irlik darajasiga bog'liq. Kasallik ko'pincha kechki kuz faslida, qishda kuzatiladi.

Kasallikning kechishida quyidagi asosiy davrlari farqlanadi:

- Boshlang'ich davri.
- Avjiga olish davri.
- Rekonvalissensiya (tuzalish) davri.
- Qoldiq asoratlar davri.

Raxitning boshlang'ich davri belgilari bolaning 1,5-2 oyligida, chala tug'ilgan bolalarda esa 3-4 haftaligida paydo bo'ladi va uning ilk belgilari asab tizimiga aloqador funksional o'zgarishlar bilan xarakterlanadi:

Bola sababsiz, haddan tashqari ko'p terlaydigan bo'lib qoladi, shuning oqibatida unga issiqlik toshib, badan terisining bichilib turishi, ensa soxasining qichishishi va sochini to'kilib ketishi kuzatiladi.

Bola hadeb cho'chivyveradigan, sababsiz injiqlik qiladigan bo'lib qoladi. Uyqusi behalovat, notinch bo'ladi.

Raxitning boshlang'ich davri 2-3 haftadan 2-3 oygacha davom etadi va bu davrning oxirlariga kelib suyak to'qimasida o'zgarishlar topiladi, bu o'zgarishlar katta liqildoq chetlari, choklar hosil qiluvchi suyaklar chetlarining yumshoqroq bo'lib qolishi kuzatiladi.

Kasallik boshlang'ich davrida aniqlanmasa va tegishli davo qilinmaydigan bo'lsa, u ikkinchi davrga o'tadi, bunda ko'pgina tizim va a'zolarida o'zgarishlar paydo bo'ladi, suyaklarga oid belgilaryaqqol namoyon bo'ladi.

Suyaklardagi o'zgarishlar bolaning jismoniy rivojlanishiga va parvarish xususiyatlariga bog'liq holda paydo bo'lib boradi.

Chunonchi, bola suyaklarining yumshoq va egiluvchan bo'lib qolganligidan bola ma'lum bir vaziyatda uzoqroq yotqizib qo'yilsa, faqat bir tomonga qaratib emizilsa, beshikda haddan tashqari ko'p yotadigan bo'lsa, pastda joylashgan va og'irlik tushishidan bosilib qolgan sohalardagi suyaklarda deformatsiyalar kelib chiqadi. Masalan, ensaning yassi bo'lib qolishi, peshona va tepa suyaklarida do'mboqlarning paydo bo'lishi, kalla suyagining turli

BOLALARDA ENG KO'P UCHRAYDIGAN SOMATIK KASALLIKLAR

tomonga qiyshayib qolishi, ko'krak qafasi shaklining raxitik «tovuq ko'kragi», «etikdo'z ko'kragi» kabi ko'rinishni olishi, bilak suyaklarining pastki uchlarida «bilakuzuklar»- kengaymalar paydo bo'lishi, kichik chanoq og'zining torayishi, oyoqlarning O yoki X simon shaklda qiyshayib ketishi, umurtqa pog'onasining pastki ko'krak va bel bo'limida kifoz, gohida skolioz(ko'krak bo'limida) va lordoz (bel bo'limida) paydo bo'lishi, tishlarning kech va noto'g'ri chiqishi shular jumlasiga kiradi.

Suyak tizimidagi o'zgarishlar bilan bir qatorda raxitda mushaklar va boylam apparati tonusining pasayib ketishi - gipotoniyaga xos belgilar ham kuzatiladi.

Kasallik avjiga chiqqan davr raxitning zo'rayib borishi bilan xarakterlanadi, nafas a'zolari va yurak-qon tomirlar tizimida ham funksional o'zgarishlar paydo bo'ladi.

Rekonvalissensiya davri raxit simptomlarining susayib, keyinchalikesa asta-sekin qaytib ketishi bilan xarakterlanadi. Birinchi navbatda asab tizimiga aloqador simptomlar yo'qoladi, suyaklari qattiqlashib, tishlar paydo bo'ladi, statik va motor funksiyalar rivojlanib boradi, jigar bilan taloq kichrayadi, ichki a'zolar funksiyalaridagi o'zgarishlar asta-sekin yo'qolib ketadi.

Qoldiq belgilar, odatda, o'rtacha og'ir yoki og'ir (II va III darajali) raxitni boshidan kechirgan 2-3 yoshli bolalarda kuzatilib, tishlar va suyaklar shakllarining o'zgarib qolishi, ba'zan jigar bilan taloqning kattalashib qolgani, u yoki bu darajadagi anemiya bilan ifodalanadi.

Klinik ko'rinishlarining og'ir-yengilligiga qarab raxitning uch darajasi - I darajali (yengil), II darajali (o'rtacha og'ir) va III darajali(og'ir) farqlanadi.

Raxitning I darajasida suyak to'qimasidagi o'zgarishlar kam rivojlangan bo'lsa, II darajasida kasallik belgilari yaqqol rivojlangan bo'ladi. Hozirgi vaqtda III darajadagi raxit kamdan-kam uchraydi. Raxitning o'tkir, o'tkir osti va qaytalanib turuvchi kechishi farqlanadi.

Katta liqildoqning kech bekilishi, birinchi tishlarning kech chiqishi, harakat rivojlanishining orqada qolishi va boshqalar singari alomatlariga qarab raxit deb tashxis qo'yish mumkin emas.

Bunday simptomlar bolalarda raxitga aloqasi yoʻq patologik holatlar yuzagakelganda ham kuzatilishi mumkin.

Asoratlari. Kasallik vaqtida aniqlanmasa va tegishli spetsifik va nospetsifik davolash choralarini koʻrilmasa, bolaning qaddi-qomatida, suyak tizimida juda ham ogʻir va qaytarilmas qoldiq belgilar (asoratlar) qoldirishi mumkin. Bosh miyaning normal joylashuvining buzilishidan kelib chiqadigan patologik holatlar, koʻkrak qafasi shaklining buzilishidan kelib chiqadigan nafas olishga toʻsqinliklar, ayniqsa, boʻlgʻusi onalar-qizlarda chanoq suyaklarining deformatsiyalari, oyoqlarning haddan tashqari qiyshayib ketish hollari shular jumlasidandir.

Oqibati. Raxit vaqtida aniqlansa va tegishli davolash olib borilsa oqibat asoratsiz tugaydi. Ayrim hollardagina onalarning beparvoligi natijasida yuqorida aytilgan asoratlar kelib chiqish hollari kuzatilishi mumkin.

Davolash va parvarish qilish. Raxitning davosi kasallikning ogʻirlik darajasiga, kechishiga va uning davrlariga bogʻliq boʻlib, davolashning asosiy usullari diyetogigiyena, vitamin D va fizioterapevtik muolajalarni oʻz ichiga oladi.

Raxit profilaktikasi: Nospetsifik va spetsifik, bularning har biri oʻz navbatida tugʻruqdan oldingi va tugʻruqdan keyingi profilaktik choratadbirlardan iborat.

Tugʻruqdan oldingi nospetsifik profilaktik choratadbirlar homilador ayol uchun eng yaxshi sharoitlar yaratib berish (ovqatni bekamu koʻst, xilma-xil qilib, vitaminlar bilan boyitish, vaqtida mehnat qilib, vaqtida dam olib turish, gigiyena qoidalariga rioya etish, ochiq havoda koʻp yurish va boshqalar) yoʻli bilan antenatal davridayoq amalga oshirib borilishi kerak.

Tugʻruqdan keyin quyidagi asosiy nospetsifik profilaktik choratadbirlar amalga oshirilishi kerak: 1) bolani koʻkrak berib toʻgʻri emizib borish va sabzavot yoki meva pyurelarini vaqtida berib turishga oʻtish; 2) bolani parvarish qilgan mahalda gigiyena qoidalariga va bolaning yoshiga toʻgʻri keladigan kun tartibiga rioya qilib, bolani ochiq havoda uzoq olib yurish, 3) chiniqtiradigan muolajalarni qoʻllash (havo, yorugʻlik-havo vannalari va boshqalarni); 4) massaj va gimnastikadan keng foydalanish; 5)

bolani infeksiyon kasalliklardan mumkin qadar asrab, ehtiyot qilish.

SPAZMOFILIYA

Spazmofiliya (yun. spasmos - tortishish va philia- moyillik), shaytonlash qonda kalsiy miqdorining kamayishi natijasida paydo bo'lib, vaqt-vaqtida shaytonlab qolish bilan kechadigan kasallik. Odatda 6-18 oygacha bo'lgan bolalarda, ko'proq bu kasallik o'g'il bolalarda uchraydi, ayniqsa bahorda ko'proq kuzatiladi.

Bolani yaxshi parvarish qilmaslik, noto'g'ri emizish, toza havoda kam olib yurish spazmofiliyaning rivojlanishiga sabab bo'ladi. Kasallikning yashirin va yaqqol shakli bor. Yashirin shakli bola nervining o'ta qo'zg'aluvchanligi bilan harakterlanadi. Boshqa kasalliklar qo'shilganda, ayniqsa raxit zo'rayganda yaqqol shaklga o'tadi, bunda har xil muskullarda tortishish va tirishish ro'y beradi. Ko'pincha bola chinqirab yig'laganda tovush yorig'i torayib, muskullari tortishib qoladi (spazm). Spazmofiliya bilan raxit kasalligi orasida ma'lum bir bog'liqlik borligi aniqlangan. Spazmofiliyaning asosiy klinik ko'rinishlari talvasalarga kalsiyning sezilarli darajada yetishmay qolishi va buning natijasida nerv oxirlarida qo'zg'aluvchanlikning kuchayib ketishi sabab bo'ladi. Spazmofiliya yilning hamma fasllarida kuzatiladi, biroq ayniqsa, quyosh chiqib ketadigan ilk bahor kunlarida hammadan ko'ra ko'proq uchraydi. Agar vaqtida bemorga shoshilinch tibbiy yordam ko'rsatilmasa alohida holatlarda bu kasallik mudhish holatlarga ham olib kelishi mumkin. Uzoq muddatli talvasalar markaziy asab tizimining shikastlanishiga va bolani ruhiy rivojlanishdan orqada qolishiga olib keladi. Spazmofiliya o'tkir gipokalsiyemiya (kalsiy $-1,7$ mmol/dan kamayib ketadi) sababli, organizmda elektrolit disbalansi va alkaloz vujudga kelganda ro'y beradi. Qonda tezkor, deyarli to'satdan D vitaminining faol metaboliti miqdori oshib ketganida yoki bunday vaziyat katta miqdorlarda D₂ yoki D₃ vitamini qabul qilganda, hamda uzoq muddat yalong'och terida radiatsiyasi yuqori bo'lgan joylarda ultrabinafsha nurlarni qabul qilish bilan vujudga keladi. Gipokalsiyemiya qalqonsimon bezlar faoliyati buzilganda, kalsiy miqdorining ichakda so'rilishi pasayib ketganda yoki peshob

bilan kalsiyni ko'p miqdorda ajralishi bilan ham vujudga keladi. Bundan tashqari, talvasa sindromi ko'pincha bolalarda qonda magniy, natriy, xloridlarni, B₁ va B₆ darmondorilari miqdori pasayib ketganda ham rivojlanadi. Spazmofiliyani yaqqol ko'rinishida laringospazm, barmoq mushaklari va oyoq mushaklarining tomir tortishishlari, talvasalar bilan farqlanadi.

Klinikasi. Kasallik yuqorida ta'kidlanganidek, ikki xil formada kechadi.

Yaqqol ko'rinishli spazmofiliya uchta klinik formada: laringospazm, karpopedal spazmlar va eklampsiya formalarida yuzaga chiqadi. Spazmofiliyaning eng ko'p uchraydigan formasi laringospazm, ya'ni ovoz tirqishining torayib qolishi bo'lib, bola tinch turgan mahalda yoki qanday bo'lmasin biron-bir yuqorida keltirilgan sabablar natijasida to'satdan nafas olishi qiyinlashadi, nafas vaqtida o'ziga xos xirillash eshitiladi, ovoz tirqishi yumilib, bolaning yuzida qo'rquv ifodasi paydo bo'ladi, u og'zini ochib, «havo olmoqchi bo'ladi», badanining terisi ko'karib, yuzi bilan gavdasi muzdek ter bilan qoplanadi. Bir necha soniyadankeyin bola shovqin bilan nafas oladi va nafasi asta-sekin asliga qaytadi. Bunday xurujlar kun davomida takror-takror tutib turishi ham mumkin. Aksariyat bolalarda laringospazm izsiz o'tib ketishi, lekin nafas uzoq to'xtab qolgan hollarda bola o'lib qolishi ham mumkin. Spazmofiliyaning ikkinchi, nisbatan kamroq uchraydigan formasi — karpopedal spazmlar, ya'ni qo'l-oyoq muskullari, ayniqsa, panja muskullarining tonik qisqarib turishi bo'lib, xuruj tutgan vaqtda bola g'alati ko'rinishga kirib qoladi: yelkallari gavdasiga taqalib, qo'llari tirsak bo'gimlaridan bukilgan, panjalari pastga tushirilgan, go'yoki «akusher qo'li» holatini olgan bo'ladi. Biroq, ko'pincha boshqa barmoqlar ham kaftga taqalgan holda turadi, shunga ko'ra qo'l panjasi musht holatida tugilgan bo'ladi. Oyoq muskullari ham qo'llarga o'xshab chanoq-son va tizza bo'gimlarida, ko'pincha bukilgan, oyoq barmoqlari va oyoq panjasining butun gumbazi oyoq tagiga qarab keskin bukilgan holatda bo'ladi. Hammadan kam uchraydigan, ammo eng xatarli bo'ladigan spazmofiliyaning og'ir formasi eklampsiya bo'lib, bunda butun tanadagi ko'ndalang targ'il va silliq muskullarga tarqaladigan kloniko-tonik talvasalar

kuzatiladi. Tonik va klonik talvasalar yakka hamda aralash holda ham paydo bo'lishi yoki ketma-ket qaytalanib turishi mumkin.

Klonik talvasalar hayotining birinchi yilini yashab kelayotgan bolalarda ko'proq kuzatilsa, yoshidan oshgan bolalarda esa ko'proq tonik talvasalar kuzatiladi.

Latent yoki yashirin spazmofiliya ro'yi rost formasiga qaraganda bolalarda ancha ko'proq uchraydi va quyidagi doimiy simptomlari bilan namoyon bo'ladi: *Xvostek simptomi* - fossa canina (yonoq ravog'i bilan og'iz burchagi o'rtasi) ga barmoq bilan ohista tuqillatib urib ko'rilgan zahoti tegishli tomondagi og'iz, burun yoki ko'z qovog'i muskullarining qisqarishi yoki tortishib qolishi kuzatiladi.

Lustning peronial simptomi - bola yig'lab turgan va shu sababli *Xvostek* simptomini aniqlash mumkin bo'lmagan mahalda qo'llaniladi: n.perineus nervini ta'sirlab ko'rish uchun kichik boldir suyagi boshcha- sining orqasi va sal pastiga bolg'acha bilan urib ko'riladi. Ayni vaqtda, bolaning boldirini chap qo'l bilan ushlab, oyoq panjasi erkin osilib turadigan holda tutilsa, bola oyoq panjasini dorzal tomoniga bukib, sal tashqari tomonga uzoqlashtiradi.

Trusso simptomi -yashirin spazmofiliyaning periferik asablar mexanik qo'zg'aluvchanligi kuchayishidan paydo bo'ladigan simptomlari jumlasiga kiradi va bolaning yelkasi tomir-asab dastasiga jgut, manjetka yoki shunchaki barmoqlar bilan bir necha daqiqa bosib turiladigan bo'lsa, qo'lining panjasi, muskullari tortishib, qisqarib qolishi tufayli «akusher qo'li» holatini oladi. Ushbu simptom *Xvostek* simptomi kabi doim ham kuzatilavermaydi.

Spazmofiliyaning yuqorida tasvirlab o'tilgan ko'rinishlari bir-biri bilan har xil tarzda qo'shilgan holda uchraydi, vaqtida oldi olinmasa va tegishli davo choralarini ko'rilmasa, retsidivlanishi, ya'ni qaytalanishi mumkin.

Asoratlari. Spazmofiliya vaqtida aniqlanmasa va tegishli davolash o'tkazilmasa, uzoq davom etgan laringospazmdan va ayniqsa, eklampsiya xurujlaridan so'ng bola o'lib qolishi, miyada turg'un o'choqlar paydobo'lishi, raxit bilan birga kechishida nafas organlarining kasalliklari avj olib ketishi xavfini tug'diradi.

Oqibatlari. Vaqtida aniqlash va ko'riladigan keskin chora-tadbirlar spazmofiliya xurujlarining kamayishi, batamom yo'qolishi va izziz tuzalib ketishiga olib keladi. Aksariyat hollarda bolalar 2 yoshdan oshgandan so'ng ovqatlanishdagi kamchiliklarning keskin kamayishi va kalsiyga bo'lgan ehtiyojning qondirilishi natijasida kasallik kamroq uchraydigan bo'lib qoladi.

Hamshiralik tashxislari. Nafas olishning to'xtab qolishi, qo'l- oyoqlarning tirishib tortishishi, kloniko-tonik talvasalar, yurakning to'xtab qolishi va boshqalar.

Qo'shimcha tekshiruvlar. Umumiy qon, siydik va axlat tahlillari, qondagi kalsiy miqdorini aniqlash, rentgenologik tekshiruvlar o'tkazish.

parvarish qilish. Spazmofiliya xurujlari boshlanib qolgan mahallarda shoshilinch choralar ko'rilishi kerak. Buning uchun birinchi navbatda tinch sharoit yaratish, bolaning boshini sal yonga burgan holda yotqizib qo'yish, lat yemasligi uchun boshi bilan qo'l- oyoqlarini ehtiyotlik bilan ushlab turish kerak. statsionar sharoitida laringospazm xurujlari tutganda bolaning til ildizini shpatel bilan ta'sirlantiris. sigir sutini iste'mol qilishni cheklash tavsiya etiladi, uning paradoksal xususiyati nafaqat temir emas, balki kaltsiyning tanasidan chiqib ketishdir.

Spazmofiliyaning oldini olish

Bolalarda spazmofiliyaning oldini olish uchun quyidagilar zarur:

Kun tartibiga rioya qilish. Bolaning sayr qildirish, ayniqisa quyoshli kunlarda bunda D vitamini bolaning terisida paydo bo'ladi.

Sut mahsulotlarini iste'mol qilishda, asosan nordon sut mahsulotlarini ko'proq iste'mol qilish. Kaltsiy preparatlarini profilaktika qilish - kaltsiyga bo'lgan ehtiyojni faqat sigir yoki echki sutidan foydalangan holda qondirish mumkin emasligini yodda tuting. So'ngi yillarda bu mahsulotga oziq-ovqat iste'molchilarining ishonchi ortib bormoqda. Ko'plab bolalarga sut susaytirmaslik, allergik reaksiyalar tufayli mos kelmaydi. Kaltsiy preparatlari yoki kaltsiyli maxsus bolalar aralashmalari, osonlik bilan hazm bo'ladigan shaklda kaltsiy bo'lib, bu bolalar uchun kaltsiyga bo'lgan ehtiyojni qoplashi kerak.

EKSSUDATIV DIATEZ

Diatez yoki konstitutsiya anomaliyasi – bu bola organizmining tug'ma o'ziga xosligi bo'lib, u yoki bu kasallikka moyil bo'lishidir. Diatez termini – qandaydir bir kasallikka moyil degan ma'noni anglatadi. Bu tushuncha kasallik yoki sindrom emas, bu bolaning o'ziga xosligi bo'lib kasallikka beriluvchan bo'lib qolishidir. 90 % ga yaqin bolalar surunkali kasalliklari diatez fonida kelib chiqadi.

Konstitutsiya (organizmda tashqi va ichki ta'sirlardan qat'iy nazar har qanday jarayonlar normal kechishi shart bo'lgan holatda anomaliyalari bor bolalar organizmi tug'ma, nasldan o'tgan, ba'zan esa turmushda orttirilgan individual xususiyatlari natijasida odatiy bo'lgan tashqi ta'sirlarga javoban patologik reaksiyalar ko'rsatishga moyil bo'lib qoladi, bola organizmining atrof-muhitga moslanuvchanligi o'zgaradi, o'ziga xos reaktivlik yuzaga keladi. Agar ushbu ta'sir aniqlansa va vaqtida bartaraf etilsa bu holat izziz yo'qolib ketadi.

Diatez turlari: Tibbiyot sohasida diatezlarning 20 ga yaqin turi bor. Bunda bolalarning ayrim guruhlarida uchraydigan individual ko'rinishlari ham uchrab turadi. Bolalar konstitutsiya anomaliyalari quyidagi turlari farqlanadi:

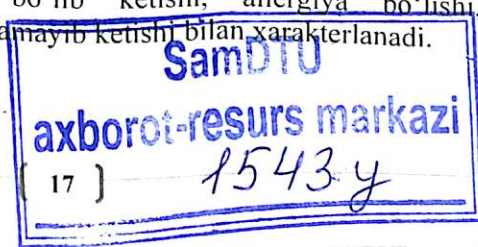
Ekssudativ-kataral; Nervno-artritik; Limfatiko-gipoplastik.

Ekssudativ-kataral (allergik) diatez - bolalar erta yoshida turli xil allergik kasalliklar ko'rinishida namoyon bo'ladi. Vaqt o'tishi bilan bunday kasalliklar infeksiyon-yallig'lanishli yoki surunkali allergik kasalliklar shakliga o'tib ketadi.

Limfatik-gipoplastik diatezlar –birlamchi immunodefitsit holati bo'lib, bunda timus (ayrisimon bez) va limfa tugunlarining giperplaziyasi bilan yuzaga chiqadi.

Nervno-artritik diatez – purin va siydik kislota almashinuvi buzilishi bilan bog'liq kasalliklar ko'rinishida bo'ladi.

Ekssudativ-kataral diatez konstitutsiya anomaliyalari ichida eng ko'p uchraydi va badan terisi hamda shilliq pardalarning juda nozik bo'lib, salga yara-chaqa bo'lib ketishi, allergiya bo'lishi, infeksiyalarga qarshilikning kamayib ketishi bilan xarakterlanadi.



Etiologiyasi. Iqlimiy o'zgarishlar, mavsumiy omillar ta'siri, ovqatning xili va boshqa ko'pgina sabablar ekssudativ diatezning kelib chiqishi uchun asosiy sabablar hisoblanadi. Ekssudativ diatezning klinik belgilarining paydo bo'lishiga ovqat allergenlari (ayniqsa, ovqatning oqsil va yog' moddalari - sigir suti, tuxum, sitrus mevalar, qulupnay, malina, shirinliklar), mahalliy fizik, kimyoviy ta'sirlar, iqlim, ob-havo sharoitlari (sovqotish, issib ketish), profilaktik emlash uchun organizmga yuboriladigan dorilar va boshqalar asosiy omil bo'lishi mumkin.

Ekssudativ diatezning asosiy belgilari hayotining birinchi yilini yashab kelayotgan bolalarda ko'proq ifodalangan bo'ladi. Diatezning dastlabki simptomlari bolalarning 3-5 oyligida, lekin bundan ko'ra ilgariroq muddatlarda ham paydo bo'lishi mumkin. Bola hayotining birinchi yili ikkinchi yarmi bilan ikkinchi yilining boshlarida diatez yaqqolroq namoyon bo'ladi: bola hayotining ikkinchi yilining oxirlariga borib u susayadi va bola ulg'aygan sayin ko'pchilik bolalarda yo'qolib ketadi, lekin ba'zi bolalar organizmining reaktivligi o'ziga xos ravishda yumshoqroq holda saqlanib qolishi mumkin.

Klinikasi. Diatez turli yoshdagi bolalarda turlicha ko'rinishda namoyon bo'ladi. Ularni aniqlab olish uchun bolaning hayot anamnezi va allergologik anamneziga katta e'tibor qaratish lozim. Diatez avjiga chiqqan davrda odatda, u bolaning yuziga aniq bilinib turadi. Diatezning erta paydo bo'ladigan va doim uchraydigan belgilari terida o'zgarishlar bo'lib, bu o'zgarishlar avvaliga boshning sochli qismida gneys ko'rinishida yuzaga keladi: katta liqildoqning tevaragi bilan bosh tepasida yog'li seboreya tangachalari hosil bo'ladi. seboreya tarqalishga moyil bo'ladi, tez qaytmaydi va ekzemaga aylanib ketishi mumkin. Gneys bilan bir vaqtda bolada badanning bichilishi kuzatiladi: bichilish oldiniga chov, qo'ltiq osti sohalarida, keyin esa quloqlarning orqasi, bo'yinda, bo'gim sohalari va tizza bukimlarida bo'ladi. Bolalar yaxshi parvarish qilib turilishi, har kuni vanna qilinishi, terisining burmalariga talk sepib turilishidan qat'iy nazar, ularning badani bichilaveradi, bichilish uzoq davom etadi, davo choralari olib borilishiga qaramay, qaytmaydi va ekzemaga aylanishi ham mumkin. Teridagi o'zgarishlar paydo bo'lganidan keyin bolaning lunjlarida sutsimon toshmalar

BOLALARDA ENG KO'P UCHRAYDIGAN SOMATIK KASALLIKLAR

paydo bo'ladi, lunjlar terisining cheklangan qismi qizarib chiqadi, unda oq tangachalar, pufakchalar paydo bo'ladi. Pufakchalarning suvi asta-sekin, qo'ng'irrangli qalin qora qo'tirlarga aylanadi. Mana shunday ko'rinish yuzda, ayniqsa, yaqqol ifodalangan bo'ladi. Odatda ekzema qattiq qichishish bilan davom etadi, bola bezovta, besaranjom bo'lib qoladi, chehrasi ochilmay, uyqusi buziladi va yetarli e'tibor qaratilmaganda terini qashlash ikkilamchi infeksiya kirishiga sabab bo'ladi. Ekssudativ kataral diatezning ikkinchi asosiy belgisi shilliq pardalarning o'zgarishi bo'lib, bolalarda tumov, konyunktivit, blefarit, faringit, tonzillit, soxta bo'g'ma, astmatik komponent bilan yoki uzoq davom etadigan qaytalanuvchi bronxit sifatida namoyon bo'ladi. Bunday bolalar o'rta quloqning yiringli yallig'lanishiga moyil bo'lib qoladi, ularda siydik chiqarish yo'llarining surunkali infeksiyalari ko'proq kuzatiladi. Shilliq pardalardagi ushbu o'zgarishlar arzimasa sabablarnatijasida kelib chiqadi, uzoq saqlanib turadi, ko'pincha tez-tez qaytalanadi. Burun-halqumda qaytalanib turadigan katar (yallig'lanish) burun-halqumda adenoid to'qima o'sib ketishiga, bodomcha bezlarining kattalashib ketishiga sabab bo'ladi.

Bolalarning tili ko'pchilik hollarda «geografik til» ko'rinishida bo'ladi (epiteliy bo'rtib, ko'chib turadigan joylar odatdagi och-pushti joylar bilan navbatlashib boradi. Shilliq pardalarning tez shikastlanadigan bo'lib qolishi natijasida bola noto'g'ri boqilsa turli darajadagi dispepsiyalar, ichning o'zgaruvchan bo'lib qolishi ko'rinishidagi me'da-ichak kasalliklari kelib chiqadi. Bo'yin, ensa, jag'osti sohasi, quloq atroflaridagi periferik limfa tugunlarining kattalashib ketishi ekssudativ diatezning xarakterli belgilaridan hisoblanadi (chov va qo'ltiqosti sohasi limfa tugunlari kamdan-kam hollarda kattalashadi). Badan terisining shishib turishi (pastozligi), bo'sh, oqargan bo'lishi, teriosti yog' qatlami va mushaklarning ilvillab qolganligi, biroz yog' bosishi-ko'pchilik bolalarda ekssudativ diatezning tashqi ko'rinishlari hisoblanadi. Eti oriqlashgan bolalar deyarli kam uchraydi. Ekssudativ diatezning bolada borligi sog'lomligida ham, ayniqsa, kasallik davrida ham nojo'ya fon hisoblanadi. Bunday bolalarda gripp, o'tkir respirator kasalliklar ko'proq kuzatiladi, kasalliklar odatda uzoq

cho'ziladigan bo'ladi, aksariyat hollarda bir qancha asoratlar qolishiga sabab bo'ladi.

Asoratlari. Ekssudativ diatezning belgilari aksariyat hollarda bola - hayotining 2-3 yiliga kelib yo'qolib ketadi. Lekin, ba'zi bolalardagi teri kasalliklari, bronxial astma, me'da-ichak yo'lining spastik holatlariga moyillik ko'pincha yashirin holda saqlanib qolishi mumkin.

Oqibati. Vaqtda aniqlanib tegishli chora-tadbirlar ko'rilganda (parvarishni to'g'ri yo'lga qo'yish, to'g'ri ovqatlantirish, allergik ta'sir qiluvchi omillarni bartaraf etish va hokazolar) diatezning yaxshi natijalar bilan o'tib ketishiga erishish mumkin.

Hamshiralik tashxislari. Boshdagi qazg'oqlar, qichishish, bichilishlar, uyqusizlik, nafas qisishi, piodermiyalar va hokazolar.

Qo'shimcha tekshiruvlar. Qon, siydikning umumiy tahlillari, ovqat kundaligini yuritish, turli xil allergik sinamalar o'tkazish.

parvarish qilish. Bolani to'g'ri ovqatlantirish, yaxshi parvarish qilib borish, bola organizmini ehtiyot bo'lib chiniqtirish, teridagi kasallik alomatlariga qarshi o'z vaqtida va muntazam davo qilish diatezlarni davolashning asosiy talablaridir. Bolani albatta ko'krak berib boqishdan hech qachon voz kechilmaydi. Bola sun'iy yo'l bilan boqilsa, sutni ivitib tayyorlanadigan aralashmalardan berish afzalroq. Ekssudativ diatezli bolalarga qo'shimcha ovqat hayotining 6 oyligidan har xil sabzavot pyuresi berishdan boshlanadi, keyin bo'tqalar (yaxshisi, qorabug'doy bo'tqasi) beriladi. Qaynatib yoki bug'ga qo'yib pishirilgan go'shtni imkoni boricha ertaroq (8-9 oylikdan boshlab) berib boriladi (go'shtning sho'rvasi berilmaydi), konservamahsulotlari berish tavsiya etilmaydi. Teridagi alomatlarni kuchaytirib yuboradigan oziq moddalarini ovqat ratsionidan chiqariladi. Bunday moddalar (tuxum, sariyog', baliq, no'xat, shokolad, kakao va boshqalar) ni aniqlash uchun onaga ovqat kundaligi tuttiriladi. Barcha yoshdagi bolalarning ovqati A, B1, B2, B6, C va D vitaminlari bilan boyitiladi. Kun tartibiga qattiq rioya qilinishi, bolaning yoshiga qarab uni ochiq havoda uzoq vaqt olib yurish (yoz kezlari soya joyda), uyqusini yaxshilash va uzaytirish, o'rinsiz bezovtalanishning oldini olish tavsiya etiladi.

BOLALARDA ENG KO'P UCHRAYDIGAN SOMATIK KASALLIKLAR

Diatezi bor bola juda sinchiklab parvarish qilinishi, terini shikastlanishdan asrash va infeksiya tushishining oldini olish maqsadida bolaning tirnoqlari tez-tez olib tutilishi, qo'llariga yumshoq matodan tayyorlangan qo'lqopchalar kiygizib qo'yilishi, yuzi moychechak damlamasi yoki 2% li borat kislotasi eritmasi bilan yuvib tutilishi lozim. Diatezning o'tkir davrida 1-2 kun oralab kaliy permanganat (och- pushti rangli eritmasida), chereda, moychechak qo'shib vannalar qilib tutiladi. Teri burmalariga dog'langan o'simlik moyi surtib qo'yiladi, ba'zi bolalarga prisipkalar (talk prisipkalari) sepib tutiladi.

Profilaktikasi. Emizikli bolalar faqatgina sut bilan oziqlanishlari, katta yoshdagi bolalar esa allergik mahsulotlardan cheklanishlari zarur. Bolalarni emlashda ham diatezli bolakaylar alohida grafik asosida olib boriladi.

NAFAS A'ZOLARI KASALLIKLARI

Nafas a'zolari kasalliklari, ayniqsa, zotiljam (pnevmoniya) bolalarda va aksariyat go'dak bolalarda uchraydigan kasalliklar orasida asosiy o'rinlardan birini egallaydi. Nafas a'zolari kasalliklari bolalarni poliklinika va davolash muassasalariga kelib turishga majbur etadigan eng ko'p uchrovchi sabablardan hisoblanadi. Bola organizmining morfologik, fiziologik xususiyatlari, immunologik reaktivligining holati, yo'ldosh kasalliklar - raxit, konstitutsiya anomaliyalari, oqsil energetik yetishmovchiligi bo'lib turishi, shuningdek, atrof-muhit omillari ta'siri, bolaning boqilishi, iqlim sharoitlari va boshqalar ta'sirida pnevmoniyalar bolalarda, ayniqsa, emadigan bolalarda ko'proq uchraydi va og'irroq o'tadi.

Emadigan bolalar o'rtasida uchrayotgan o'lim holatlarining aksariyat sababi ham nafas a'zolari kasalliklari hisobiga to'g'ri keladi. Chunki organizmning barcha faoliyati uning nechog'li kislorod bilan ta'minlanishiga bog'liq, to'qimalar va a'zolarida kechuvchi moddalar almashinuvi jarayonlari ham ma'lum chegaradagi kislorod ishtiroki-dagina normada davom etadi. Nafas

a'zolari kasalliklarida esa ana shumuhim vazifa izdan chiqadi. Demak, o'sib rivojlanayotgan organizmda boshqa patologiyalar kelib chiqishiga ham imkoniyatlar paydo bo'laboshlaydi.

RINIT

Surunkali rinit - burun shilliq qavatining nospesifik yalig'lanishidir. Surunkali kataral rinitda burundan ko'p miqdorda ajralma kelishi (shilliq ajralmadan to yiringli xarakterdagi ajralmalargacha), ba'zan esa burunda quruqlik ham bo'lishi mumkin, burun shilliq qavatida diffuz shish, burun orqali nafas olish qiyinlashuvi, hid bilish pasayishi, bosh og'riqlari, uyqu buzilishlari kuzatiladi. Bemorlarda kuchli bosh og'rig'i va burundan ko'p miqdorda ajralma kelishi kuzatilganda kasallikni sinusitdan farqlash kerak bo'ladi. Surunkali gipertrofik rinit burun shilliq qavatining (eng ko'p hollarda pastki burun chig'anog'ining) diffuz yoki chegaralangan giperplaziyasi bilan xarakterlanadi. Bemorlar burundan ajralma kelishi, bosh og'rig'i va hid bilish pasayishiga shikoyat qilishadi. Burun ajralmasi odatda shilliq xarakterga ega bo'lib, qo'zg'atuvchi o'zgargan hollarda yiringli bo'lishi ham mumkin.

Kasallikning kataral va gipertrofik shakllarining qiyosiy diagnostikasi uchun burunga tomir toraytiruvchi vositalar tomi- zib ko'riladi (adrenalin, naftizin va sh.k.). Bunda surunkali gipertrofik rinit bilan og'rigan bemorlarda burun orqali nafas olish deyarli yaxshilanmaydi, surunkali kataral rinit bilan og'rigan bemorlarda esa burun orqali nafas olish sezilarli darajada yax- shilanadi.

Surunkali gipertrofik rinit avj olib boraverganda poliplar hosil bo'lishi, ya'ni burun shilliq qavatining chegaralangan giperplaziyasi bilan asoratlanishi mumkin. Bu holat jarayonga allergik komponent qo'shilganligini ko'rsatib beradi hamda uni davolash uchun allergenni aniqlash va iloji boricha u bilan kontakti yo'qotish kerak bo'ladi. Kasallik uchun burun bo'shlig'i shilliq qavatining atrofiyasi, sekretiyaning kamayishi yoki yo'qolishi, burunda kam miqdorda po'stloqlar paydo bo'lishi xarakterli sanaladi.

BOLALARDA O'TKIR LARINGOTRAXEIT

Bolalarda o'tkir laringotraxeit hiqildoq va traxeya shilliq qavatlarning o'tkir yallig'lanishi bo'lib, O'RVI ning belgilaridan biri sanaladi. Hozirgi paytda o'tkir laringotraxeitning ikki xil tabiatli kechishi farqlanadi: 1) virusli infeksiyaning klinik belgisi sifatida; 2) ikkilamchi bakterial flora tomonidan qo'zg'atilgan O'RVI ning asorati sifatida kechishi. Ushbu patologiyani ang- latadigan turli terminlar ishlatiladi. Ularning ichida eng keng tarqalganlari burma osti laringiti, o'tkir laringotraxeit, obtu- ratsiyalovchi stenoatlanuvchi laringotraxeit.

Sabablari

Gripp viruslari,-paragripp viruslari, adenoviruslar, aralash virusli infeksiya, bolalardagi allergik holatlar.

Klinikasi

-kasallik odatda to'satdan, kechasi xuruj bilan boshlanadi;
-quruq akillovchi yo'tal kuzatilib, u hiqildoq mushaklari spazmiga olib keladi;
-gipoksiya;
-umumiy qo'zg'aluvchanlik, bolalar bezovtalangan, yomon uxlaydigan, ovqatdan bosh tortadigan bo'lib qolishadi.

Bevosita laringoskopiya:

-hiqildoq shilliq qavati giperemiyasi va infiltratsiyasi;
-burma osti sohasidagi to'q qizil rangga kirgan yostiqchalarning shishi hisobiga hiqildoq bo'shlig'ining torayishi;
-traxeyada quyuq yiringli ajralma mavjudligi.

Oqibati: soxta bo'g'maning oqibati bolaning yoshiga, hiqildoqdagi steno darajasiga, intoksikatsiya darajasiga, asoratlar (pnevmoniyalar) va yo'ldosh kasalliklarning bor-yo'qligiga bog'liq. Vaqtida va intensiv davo choralarini olib borilganda xayrli tugaydi.

Hamshiralik tashxislari. Nafas olishning qiyinlashuvi, haroratning ko'tarilishi, kuchli intoksikatsiya, nafas yetishmovchiligi, bezovtalik va boshqalar.

Profilaktikasi:

O'RVI, grippni to'liq davolash, allergik kasalliklarni davolash, organizmni chiniqtirish.

BRONXITLAR

«Bronxit» atamasi bilan xarkanday kalibrga ega bronxning «bronxiolit» - asosan mayda bronxlarning, «traxeit» - traxeyaning shikastlanishi.

Klassifikatsiyasida O'tkir bronxit, O'tkir obstruktiv bronxit, bronxiolit, retsidiv beradigan obstruktiv va surunkali bronxitlar. Etiologiya va patogenezi.

O'tkir bronxit - ko'pincha respirator infeksiyaning namoyon bo'lishi, u kimyoviy va fizikaviy omillarning, shuningdek allergenlar ta'sirida xam rivojlanishi mumkin.

Ko'pchilik O'RVI da bronxlar shillik pardasining shikastlanishi kuzatiladi, lekin bronxit klinikasi xar doim ham rivojlanavermaydi. Rino-, RS-virus va paragrippoz 3 tip infeksiya kupincha katta yoshdagi bolalarda yukori nafas yullari kataral yalliglanishni chikargani xolida, kukrak yoshidagi bollarda bronxitlar chakiradi. Mikoplazma chakiradigan bronxitlar, aksincha, kichik yoshdagi bolalarda kam uchraydi. A va B grippda bronxlar epiteliyi shikastlansa xam ko'pincha toksikoz va bakterial pnevmoniya bronxit simptomlarini noaniqlashtirib yuboradi. Bakterial bronxitlar bolalarda bronxlar tozalanishinning buzilishlari (g'ayritabiiy tanachalar, xiqildoq stenozi, intubatsiya, traxeostoma, ovqatning odat bulib qolgan aspiratsiyasi, mukovissedoz) bo'lgan bolalarda uchraydi.

Tarqalishi va dolzarbligi. Retsidiv beradigan bronxitlarda xam O'tkir ko'rinish rivojlanishida asosiy rolni O'RVI o'ynaydi, lekin, bronxit klinik kurinishi ko'proq rivojlanishi faktining o'zi qo'shimcha omillarning rolini kursatadi. Qo'shimcha omillar, birinchi navbatda, havoning ifloslanishi, shuningdek bolaning allergik reaksiyalarga moyilligi, ba'zan -IgAning selektiv defitsitligi kiradi. Retsidiv beradigan bronxitli bolalarda, odatda, biriktiruvchi tuqima displaziyasi belgilarini topadilar.

O'tkir bronxitning asosiy simptomi - boshlanishda quruq, 1-2 kundan keyin balg'am ajralishi, uning miqdori ko'payishi bilan xarakterlanadigan yo'tal. Traxeitda kukrak suyagi ortida bosim va og'riq sezilishi mumkin. Obstruksiya klinik belgilari bulmasada, ba'zan uyqu paytida nafas chiqarishda xushtaksimon xirillashlar

BOLALARDA ENG KO'P UCHRAYDIGAN SOMATIK KASALLIKLAR

paydo bo'ladi. Balg'am ko'pincha shilliqli, 2-xaftada yashilroq rangli (fibrin aralashgan) bo'lishi mumkin. Bu mikrobl yallig'lanish belgisi emas. Yo'tal odatda 2 xaftagacha, ko'proq yoshidagi bolalarda RS-virusli infeksiyada, kattaroq bolalarda - mikoplazmali va adenovirusli infeksiyada uzoqroq, davom etadi. 4-6 hafta davomidagi boshqa belgilersiz yo'tal traxeitdan keyin uchrashi mumkin. Bronxitda diffuz quruq va katta - yoki o'rta pufakchali, kamdan-kam mayda pufakchali, yo'talganda o'zgaradigan xirillashlar eshutiladi. Perkutor o'zgarishlar yo'q. Bronxitda gematologik uzgarishlar doymiy emas, mikoplazmatik infeksiyada leykotsitlar soni normal, yoki kamaygan fonda ECHT ortishi mumkin.

Bolalarda o'tkir bronxit belgilari

Bolalarda bronxit belgilari boshqa nafas kasalliklari belgilaridan farq qiladi. Bolalarda bronxit belgisi deganda birinchi bo'lib yo'tal tushuniladi. Ammo, yo'tal nafas yo'llarining boshqa kasalliklarida ham kuzatiladi. Xo'sh, bronxitda yo'talning o'ziga xos xususiyatlari nimasi bilan farqlanadi? Bolalarda bronxitning ilk belgilari quruq yo'taldan boshlanadi, ya'ni balg'am ajralmaydigan yo'tal. Balg'am ko'chishi va nam yo'tallar boshlanishi kasallik tuzalayotganidan dalolat beradi. Balg'am rangsiz, sarg'ish yoki yashil rangda bo'lishi mumkin. O'tkir bronxitda bolalarda yana bir belgi - tana harorati ko'tarilishi ham kuzatiladi. Ammo, bronxit kasalligida ko'rsatkichlar juda yuqori bo'lmaydi, ko'pincha subfebril ko'rsatkichda, ayrim holatlarda 39⁰C gacha ko'tarilishi mumkin. Bu ko'rsatkich o'pka to'qimasining yallig'lanishida tana harorati oshishiga nisbatan past hisoblanadi. Kataral (oddiy) bronxitda tana harorati 38⁰C dan oshmaydi. Bronxitning yana bir simptomi umumiy intoksikatsiya belgilari - bosh og'rig'i, holsizlik, ko'ngil aynishi, emizikli bolakaylarda uyqu buzilishi va ovqatlanishdan bosh tortish kabi holatlar kelib chiqadi. Bolalarda bronxit kasalligida nafas yo'llari auskultatsiyasida ko'krak sohasida quruq xirillashlar eshutiladi. Mikoplazmalar chaqirgan bronxitda tana harorati yuqori bo'ladi, ammo umumiy intoksikatsiya belgilari kuzatilmaydi. Yuqorida keltirib o'tilganidek, bronxit ko'pincha yuqori nafas yo'llari kasalliklari asorati sifatida rivojlanadi. Demak bronxit belgilari bilan birga faringit, laringit, rinit belgilari ham yuzaga

chiqadi, masalan burun bitishi, tomoqda og'riq, burun oqishi, shilliq qavatlar giperemiyasi.

Traxeit bilan birga keluvchi bronxitda - ko'krak sohasida og'riq va og'irlik hissini sezish ham kuzatiladi.

Bolalarda bronxiolit va obstruktiv bronxit belgilari

Bolalarda bronxiolit va obstruktiv bronxitning belgilari oddiy (kataral) bronxit belgilaridan farq qiladi. Bronxiolitda ham yo'tal va tana harorati oshishi kuzatiladi. Ammo, bronxiolit va obstruktiv bronxit belgilariga nafas yetishmovchiligi alomatlari ham qo'shiladi nafas olish soni ortadi, og'iz-lab uchburchagida ko'karish kelib chiqadi, nafas olish shovqinli bo'ladi va nafas olishda qo'shimcha mushaklar ham ishtirok etadi. Bolalarda obstruktiv bronxitda ko'krak sohasida xirillashlar eshitiladi. Odatda nam va xushtaksimon xirillash kuzatiladi. Ba'zida bunday tovushlarni fonendoskopisiz ham masofadan eshita bo'ladi. Nafas chiqarish esa uzayadi. Emizikli bolalarda obstruktiv bronxitda hansirash belgisi sifatida nafas olish sonining bir daqiqada 60 martagacha amalga oshishini keltirsak bo'ladi, 2 yoshgacha bo'lgan bolalarda - 50 martagacha, 2 yoshdan katta bolalarda - 40 martagacha nafas olish hansirash alomatidir. Bronxiolit kasalligida hansirash -1 daqiqada 80-90 martagacha nafas olish bilan namoyon bo'ladi, bunda yurak tomonidan taxikardiya holatlari ham kelib chiqishi mumkin, hamda yurak tonlari bo'g'iqlashishi kuzatiladi.

Bronxit kasalligini tashxislash.

Kasallikka tashxis qo'yishda shifokor avvalo bronxit kasalligi turi (obstruktiv yoki oddiy) va uning etiologiyasini (virusli, bakterial, allergik) aniqlab olishi zarur. Hamda, oddiy bronxitdan bronxiolitni farqlab olishi ham muhim. Obstruktiv bronxitni esa bronxial astmadan farqlash kerak. Diagnostikada bemor umumiy ko'rigi va ko'krak qafasi auskultativ tekshiruvlari o'tkaziladi. Shifoxonaga qabul qilish uchun bola ko'krak qafasi rentgenografiyasi kerak bo'ladi, rentgenogrammada bronxlar va o'pkalarning umumiy ahvoli aniq ko'rinadi. Bundan tashqari, kasallik qo'zg'atuvchisini aniqlash maqsadida balg'andan namuna olib bakteriologik ekma, PZR yordamida viruslarni aniqlash amaliyoti ham bajariladi. Umumiy qon analizida ECHT ga, leykotsitar formulaga e'tibor qaratiladi. Leykotsitlar

BOLALARDA ENG KO'P UCHRAYDIGAN SOMATIK KASALLIKLAR

sonining oshishi (leykotsitoz) bakterial infeksiyadan darak beradi. Leykotsitlar sonining kamayishi (leykopeniya) va bir vaqtning o'zida limfotsitlar sonining oshishi (limfotsitoz) virusli infeksiyadan dalolat beradi. Ammo, surunkali bronxitning xuruj davrida umumiy qon analizida o'zgarishlar kuzatilmasligi mumkin. Qo'shimcha sifatida bronxogramma, bronxoskopiya va kompyuter tomografiyasi tekshiruvlari ham buyuriladi.

Oqibat va asoratlar

Bolalarda bronxitni o'z vaqtida, to'g'ri davolasa oqibati - ijobiydir. Ammo, bronxit - bu uzoq muddat davom etadigan kasallik, bolaning kasallikdan butunlay qutulib ketishi uchun bir necha hafta sarflanishi mumkin. Eng asosiysi oddiy bronxitni og'ir ko'rinishlariga (obstruktiv bronxit va bronxiolit) o'tib ketishiga, hamda o'pkalar yallig'lanishi bilan asoratlanishiga yo'l qo'ymaslik zarur. Bolalarda obstruktiv bronxit hayot uchun xavfli bo'lishi mumkin ekanligini unutmazlik zarur. Ayniqsa kichik yoshdagi bolalar xavf guruhida turadilar. Gap shundaki, bronxlarning spazmi yoki ular bo'shlig'ida shilliq to'planib qolishi nafas yetishmovchiligiga olib kelishi mumkin.

Bronxitning asoratlari sifatida - bronxial astma, qaytalanuvchi bronxit, surunkali bronxit rivojlanishi mumkin. Infeksiyaning organizmda tarqalishi natijasida og'ir asoratlar - endokardit, buyraklar yallig'lanishi kelib chiqishini unutmazlik lozim.

Bronxit kasalligi profilaktikasi

Bronxit profilaktikasi sovuq qotmaslik, immunitetni oshiruvchi chora tadbirlar, to'g'ri ovqatlanish ratsioniga rioya etish, bolalarni tutunli xonada bo'lmasligini ta'minlash (oilada chekuvchilar bo'lsa bolalar yonida chekmaslik kerak), o'tkir respirator kasalliklarni o'z vaqtida davolash va boshqalardan iborat.

PNEVMONIYALAR

Pnevmoniya (yunoncha pneumon - o'pka)- o'pka to'qimasining yallig'lanishi bo'lib, go'dak bolalar o'rtasida uchraydigan kasallanishva o'lim strukturasi yetakchi o'rinda turadi.

Bolalarda pnevmoniya - o'pkaning o'tkir infeksiyon kasalligi bo'lib, rentgenogrammadagi infiltrativ o'zgarishlar va nafas

yo'llarining pastki sohasidagi zararlanishlar bilan namoyon bo'ladi. Pnevmoniyaning bolalar orasida tarqalish darajasi erta yoshdagi bolalarda har 1000 ta bolaning 5-20 tasida, 3 yoshdan katta bolalarda har 1000 ta bolaning 3 tasida uchraydi. Bolalar o'rtasida pnevmoniya bilan kasallanish gripp epidemiyasining mavsumiy tarqalgan vaqtida ko'payib ketadi. Nafas yo'llarining barcha kasalliklari ichida pnevmoniya 1-1.5 % ni tashkil etadi. Bolalarda pnevmoniya - o'pka parenximasining barcha struktur funksional birligida kechadigan o'tkir infeksiyon yallig'lanishli kasallik. Pnevmoniya bolalarda intoksikatsiya belgilari, yo'tal, nafas yetishmovchiligi kabi belgilar bilan kechadi. Bolalarda pnevmoniya tashxisi auskultativ, klinik laborator va rentgenologik tekshiruvlar asosida qo'yiladi. Bolalarda pnevmoniya davosi antibiotikoterapiya, bronxiolitik, balg'am ko'chiruvchi, antigistamin preparatlardan foydalangan holda olib boriladi.

Bola o'pkasining anatomo-fiziologik xususiyatlari, yosh organizmning immun holati, atrof- muhit omillariga aloqador bo'lgan organizm reaktivligi yosh bolalarda pnevmoniyalarning ko'p uchrashi va og'ir o'tishiga sabab bo'ladi.

Etiologiyasi. Pnevmoniya polietiologik kasallik hisoblanadi. Turli xil bakteriyalar(pnevmonokokk, streptokokk, enterokokk, vulgar protey, ichak tayoqchasi va boshqalar), viruslar (gripp, paragripp viruslari, adenoviruslar, qizamiq viruslari va boshqalar), parazitlar (pnevmosistalar, askaridalar va boshqalar), zamburug'lar, mikoplazmalar ham kasallikni keltirib chiqarishlari mumkin. Bolani noto'g'ri ovqatlantirish, parvarishdagi nuqsonlar, kun tartibining buzilishlari, turmush sharoitlarining yaxshi emasligi, shuningdek, o'tkirkasalliklar bilan tez-tez og'rib turish, raxit, oqsil energetik yetishmovchiligi, anemiya, konstitutsiya anomaliyalarining mavjudligi bolalar organizmi reaktivligining anchagina pasayib qolishiga olib keladi. Bola organizmi- ning sovqotishi ham kasallik kelib chiqishida muhim o'rin egallaydi.

Bolalarda pnevmoniya klassifikatsiyasi

Pnevmoniyaning klinik ko'rinishi, rentgenologik tasvir, og'irlik darajasi, kasallik davomiyligi, etiologiyasi va boshqa jihatlarini e'tiborga olib turli xil klassifikatsiyasi bor. Bolaning kasallanish sharoitiga qarab: shifoxonadan tashqari va shifoxona ichi, hamda

BOLALARDA ENG KO'P UCHRAYDIGAN SOMATIK KASALLIKLAR

tug'ma pnevmoniyalar farqlanadi; Shifoxonadan tashqari, pnevmoniya uy sharoitida, O'RV1 kasalliklari asorati sifatida rivojlanadi. Shifoxona ichi pnevmoniyasi bola shifoxonaga kelganidan 48-72 soat o'tib va bola shifoxonadan chiqarilgandan 48-72 soat o'tgandan keyin kasallanishidir. Shifoxona ichi pnevmoniyasi bolalarda og'ir kechadi va oqibati salbiy bo'ladi. Chunki kasalxonada pnevmoniya chaqiruvchi bakteriyalar antibiotiklarga chidamliligi yuqori bo'ladi. Immun tanqis bolalarda tug'ilganidan 48-72 soat ichida kasallanishi tug'ma pnevmoniya deyiladi. Bolalarda rentgenomorfologik belgilarga qarab pnevmoniya quyidagicha bo'lishi mumkin:

O'choqli – infiltrat o'chog'i 0,5-1 sm kattalikda, bir yoki bir necha o'pka segmentlarida joylashadi, ba'zida bilateral holda namoyon bo'ladi. O'pka to'qimasining yallig'lanishi kataral xarakterga ega bo'ladi, alveola bo'shlig'ida seroz eksudat to'planishi bilan kechadi.

Segmentar - o'pkaning butun segmenti yallig'lanishi va uning atelektazi bilan kechadigan pnevmoniya turi. Segmentar pnevmoniya ko'pincha bolalarda cho'zilgan pnevmoniya ko'rinishida bo'ladi va oqibati o'pka fibrozi yoki deformatsiyalanuvchi bronxit bilan tugaydi.

Krupoz (tarqoq) - yallig'lanishning giperergik ko'rinishi, lozar yoki sublozar joylashuvga ega bo'lgan, plevra ham zararlanishi bilan kechadigan pnevmoniya (plevropnevmoniya). Intersitsial – o'pka intersitsial (biriktiruvchi) to'qimasining infiltratsiyasi va proleferatsiyasi bo'lib, u o'choqli yoki diffuz ko'rinishida bo'ladi. Intersitsial pnevmoniya ko'pincha pnevmotsistalar, viruslar, zamburug'lar ta'siri natijasida kelib chiqadi.

Klinikasi. Kasallikning klinikasi uning turiga va keltirib chiqaruvchisabablariga bog'liq bo'lib, juda xilma-xildir.

O'choqli pnevmoniya odatda tumov, aksirash, quruq yo'tal, uncha yuqori bo'lmagan isitma, bolaning injiqlanishi, burunning bitib qolishi bilan boshlanadi. Kasallikning asosiy sababchisi respirator viruslar hisoblanadi. 5-7 kunlarga kelib bolaning rangi

o'zgaradi, yo'tal kuchayadi, isitmasi ko'tarilib, unda hansirash paydo bo'ladi. Bola yig'laganda va emayotganida lablari, og'iz atrofida sianoz kuzatiladi. Asta-sekinlik bilan bu belgilar kuchayadi, nafas olish va yurak urishlari soni ortadi. Nafas olishda burun qanotlarining uchishi, qo'shimcha muskullarning qatnashuvi aniqlanadi (qovurg'alar aro muskullar va bo'yinturuq chuqurchalarining ichkariga tortilishi va boshqalar).

Kasallik o'tkir kechganda 6 haftadan oshmaydi, bordiyu 8 haftagacha davom etsa, cho'zilgan pnevmoniya deb qaraladi. Pnevmoniyaning 8 haftadan ko'pga cho'zilishi esa uning surunkalitus olganligini bildiradi.

O'tkir mayda o'choqli pnevmoniya ko'pincha go'dak bolalarda uchraydi va og'irroq kechadi. Segmentar pnevmoniya odatda turli yoshdagi bolalarda uchrashi mumkin, lekin ko'proq 3-7 yoshli bolalar kasallanishi kuzatiladi.

Krupoz pnevmoniya esa aksariyat maktab yoshidagi bolalarda uchraydi va og'irroq kechishi bilan xarakterlanadi. Interstitsial pnevmoniyaga ko'proq viruslar, pnevmosistalar, mikoplazma va zamburug'lar sabab bo'ladi va u aksariyat hollarda chaqaloqlarda, chala tug'ilgan bolalarda, oqsil energetik yetishmovchiligi, anemiya va boshqa ikkilamchi kasalliklar bilan og'rigan nimjon bolalarda rivojlanadi. Chaqaloqlarda pnevmoniyalar o'ziga xos tarzda, odatda og'ir formada o'tadi. Chala tug'ilgan bolalardagi pnevmoniyalar markaziy asab tizimi, nafas va issiqlikni idora etuvchi markazlarning yetilmaganligini, nafas va tomirlar tizimining morfologik va funksional jihatdan yetilmaganligi tufayli o'ziga xos xususiyatlarga ega bo'ladi.

Bolaning umumiy ahvoli juda tez og'irlashadi, yuqorida sanab o'tilgan belgilar chala tug'ilgan bolalarda yanada yaqqol namoyon bo'ladi, bola ovqatdan bosh tortib, emgan sutini qaytarib chiqaradi, qayt qilib turadi, ichaklari dam bo'lib, ichi ketadi, tanasining vaznikeskin kamayadi. Bolaning og'zi, ba'zida burnidan ko'pikli shilimshiq kela boshlashi xatarli belgi sanaladi. Bola

BOLALARDA ENG KO'P UCHRAYDIGAN SOMATIK KASALLIKLAR

qanchalik kichik bo'lsa, perkutor va auskultativ ma'lumotlar kam ifodalangan bo'ladi.

Asoratlari. Go'dak bolalarda pnevmoniyalardan so'ng asoratlar ancha ko'p uchraydi, lekin kimyoterapevtik dori-darmonlar keng qo'llanilayotganligi munosabati bilan so'nggi yillarda bularning soni ancha kamayib qoldi. Go'dak bolalarda bo'ladigan pnevmoniyalarning eng ko'p uchraydigan asoratlari otoantritga o'tib ketadigan kataral yoki yiringli otit, yiringli plevrit, o'pka absesslari, ensefalit, meningit, meningoensefalitdir. Mayda o'choqli pnevmoniyaning birmuncha kamroq uchraydigan asoratlari jumlasiga yiringli perekardit, peritonit, artrit, osteomiyelit, piyelonefrit va boshqalarni kiritish mumkin.

Oqibati. Kasallik vaqtida aniqlanib, tegishli davo va parvarish choralari olib borilsa batamom tuzalish bilan yakunlanishi mumkin. Lekin yetarli e'tibor berilmagan hollarda, bolada qo'shimcha kasalliklar bo'lganda yuqoridagi asoratlar kelib chiqadi.

Hamshiralik tashxislari. Tana haroratining ko'tarilishi, yo'tal, hansirash, ko'karish (sianoz), emishdan bosh tortish, qayt qilish, talvasalar, qorinning dam bo'lishi (meteorizm), burun orqali nafas olishning qiyinlashuvi, ichning surilishi va boshqalar.

Qo'shimcha tekshiruvlar. Umumiy qon, siydik, axlat tahlillari, balg'amni turli tekshiruvlari, rentgenologik tekshiruvlar va boshqalar.

Profilaktikasi. Bolalarda pnevmoniyalarning profilaktikasi quyidagi tadbirlarni amalga oshirishni o'z ichiga oladi: Antenatal davrdan boshlaboq bo'lg'usi onaning vaqtida uxlab, vaqtida turishi, vaqtida mehnat qilib, vaqtida dam olishini ko'zda tutadigan to'g'ri rejim belgilash kerak. Qish kezlari sutkasiga 3-4 soatdan, yoz mahallari 8 soatgacha ochiq havoda yurishni nazardatutadigan havo rejimiga rioya qilish ham ancha muhim. Homilador ayolning ovqatlanish rejimi ham katta rol o'ynaydi.

YURAK-QON TOMIR TIZIMI KASALLIKLARI

YURAKNING TUG'MA NUQSONLARI

Tug'ma yurak nuqsoni (TYN) - yurak va (yoki) yirik tomirlar tuzilishidagi nuqsonlar bo'lib, bemorda tug'ilganidanoq boshlab mavjud bo'ladi. Aksariyat nuqsonlar yurak ichida yoki katta va kichik qon aylanishi doirasidagi qon oqimini buzadi. Yurak nuqsonlar eng ko'p uchraydigan tug'ma nuqsonlar bo'lib, ular rivojlanish nuqsonlar tufayli bolalar o'limining asosiy sababidir.

Epidemiologiya

Yangi tug'ilgan chaqaloqlar orasida tug'ma yurak nuqsoni uchrashi ko'rsatkichi 1% ni tashkil etadi (har 100 chaqaloqdan bittasida uchraydi). TYN uchrash ko'rsatkichi — asab tizimining tug'ma nuqsonlaridan keyin ikkinchi o'rinda.

Tug'ma yurak nuqsoni rivojlanishi sabablari

Tug'ma yurak nuqsonining sababi genetik (irsiy) yoki ekologik (atrof-muhit) omil bo'lishi mumkin, lekin odatda, ikkalasining kombinatsiyasi.

Genetik omillar

Tug'ma yurak nuqsonlarining eng o'rganilgan sabablari - nuqtali genetik o'zgarishlar yoki DNK segmentlarining delesiya yoki dublikatsiyasi shaklidagi xromosomal mutatsiyalardir. 21, 13 va 18 trisomiya kabi asosiy xromosomal buzilishlar TYN holatlarining taxminan 5-8% ni tashkil qiladi. 21-xromosoma trisomiyasi - eng keng tarqalgan genetik sababdir. Ba'zi genlar muayyan poroklar bilan bog'liq. Yurak mushaklari oqsilining, α -miozin og'ir zanjirining (*MYH6*) mutatsiyalari bo'lmachalararo to'siqning nuqsonlari bilan bog'liq.

Ekologik omillar

Genetik mutatsiyalar uchta asosiy mutagenlarning ta'siri oqibatida kelib chiqadi:

Fizik mutagenlar — asosan ionlashtiruvchi nurlanish.

BOLALARDA ENG KO'P UCHRAYDIGAN SOMATIK KASALLIKLAR

Kimyoviy mutagenlar - laklar, bo'yoqlar fenollari, nitratlar, tamaki chekishda *benzpiren*, spirtli ichimliklar iste'mol qilish, gidantoin, litiy, talidomid, teratogen dorilar - antibiotiklar va HTP, NYQP va boshqalar).

Biologik mutagenlar- asosan onaning tanasida qizilcha virusi mavjudligi u homilada tug'ma qizilcha va xarakterli Gregg triadasi — tug'ma yurak nuqsoni, katarakta va karlikka olib keladi; shuningdek, onada tizimli qizil volchanka, qandli diabet, fenilketonuriya bo'lishi ham biologik mutagen sifatida xizmat qilishi mumkin.

Patogenez

Ikkita mexanizm yetakchi hisoblanadi:

1. Kardial gemodinamikaning buzilishi → yurak bo'limlarining hajm (klapanlar yetishmovchiligi va septal nuqsonlar tipi bo'yicha poroklar) yoki qarshilik (tomirlarning yoki teshiklarning stenozi tipi bo'yicha nuqsonlar) bilan zo'riqishi → jalb qilingan kompensator mexanizmlarning holdan toyishi (gomeometrik Anrepning qarshilikka va geterometrik Frank-Starlingning hajmga) → yurak bo'limlarining gipertrofiyasi va dilyatatsiyasi rivojlanishi → yurak yetishmovchiligining rivojlanishi (va shunga mos ravishda tizimli gemodinamikaning buzilishi).

2. Tizimli gemodinamikaning buzilishi (kichik qon aylanish doirasining to'liqligi / kamqonligi, katta qon aylanish doirasining kamqonligi) → tizimli gipoksiya rivojlanishi (asosan, oq poroklarda sirkulyator, ko'k poroklarda gemik, shunindek, o'tkir chap qorincha yetishmovchiligida ventilyatsion va diffuzion gipoksiya ham bo'lishi mumkin).

Tasnifi

Tug'ma nuqsonlarning ko'plab tasniflari mavjud. Tug'ma yurak nuqsoni shartli ravishda 2 guruhga bo'linadi:

1. Oq (arteriya va venoz qon aralashmaydi, qonning chapo'ng oqimi bilan). 4 guruhni o'z ichiga oladi:

Kichik qon aylanish doirasini boyitilishi bilan (ochiq arterial yo'l, bo'lmachalararo to'siq nuqsoni, qorinchalararo to'siq nuqsoni, AB-kommunikatsiya va boshqalar);

Kichik qon aylanish doirasini zaiflashtirilishi bilan (izolyatsiyalangan pulmonal stenoz va boshqalar);

Katta qon aylanishining doirasini zaiflashtirilishi bilan (izolyatsiyalangan aortal stenoz, aortaning koarktatsiyasi va boshqalar);

Tizimli gemodinamikaning sezilarli buzilishsiz (yurak dispoziitsiyalari dekstro-, sinistro-, mezokardiyalar, yurak distopiyasi -bo'yin, ko'krak, qorinli).

2. Ko'k (qonning o'ng-chap oqimi bilan, arterial va venoz qon aralashadi). 2 guruhni o'z ichiga oladi:

Kichik qon aylanishi doirasini boyitilishi bilan (magistral tomirlarning to'liq transpozitsiyasi, Eyzemenger kompleksi va boshqalar).

Kichik aylanish doirasini zaiflashtirilishi bilan (Fallo tetradas, Ebshteyn anomaliyasi va boshqalar).

2000-yilda tug'ma poroklarni umumiy tasniflash tizimini yaratish uchun Xalqaro Nomenklatura ishlab chiqildi.

Gipoplaziya

Gipoplaziya yurakni shikastlashi mumkin, bu odatda o'ng yoki chap qorincha yetishmovchiligiga olib keladi. Bu yurakning faqat bir tomoni qonni tanaga va o'pkaga samarali ravishda hayday olishi mumkinligiga olib keladi. Yurak gipoplaziyasi kam uchraydi, ammo bu TYN'ning eng jiddiy shakli. Bunday holatlar yurakning chap tomoni shikastlanganda, yurakning chap bo'limlari gipoplaziyasi sindormi, yurakning o'ng tomoni shikastlanganda esa yurakning o'ng bo'limlari gipoplaziyasi sindormi deb ataladi. Har ikki holda ham, ochiq arterial nayning mavjudligi (agar gipoplaziya yurakning o'ng tomoniga ta'sir qilgan bo'lsa, ochiq oval oyna ham) bolada yurak operatsiyasi o'tkazilishiga qadar uni tirik qolishi uchun o'ta muhimdir, chunki bu usullarsiz qon organizmda (yoki o'pkada, yurak shikastlanishi tomoniga qarab) aylana olmaydi. Yurakning gipoplaziyasi odatda ko'k yurak nuqsonidir.

Obstruksiya nuqsonlari

Obstruksiya nuqsonlari yurak klapanlari, arteriya va venalar stenozlangan yoki atrezialangan hollarda paydo bo'ladi. Asosiy poroklar - o'pka klapanining stenoz, aortal klapaning stenoz, shuningdek aorta koarktatsiyasi. Ikki tavaqali klapan stenoz va

BOLALARDA ENG KO'P UCHRAYDIGAN SOMATIK KASALLIKLAR

subaortal stenoz kabi poroklar kamdan-kam hollarda uchraydi. Har qanday stenoz yoki atreziya yurakning kengayishiga va gipertoniyaga olib kelishi mumkin.

To'siq nuqsonlari

To'siq — chap yurakni o'ngidan ajratib turadigan to'qima devoridir. Bo'lmachalararo yoki qorinchalararo to'siq nuqsonlarida qon yurakning chap tomonidan o'ng tomoniga o'ta boshlaydi va yurak faoliyatining samaradorligini kamaytiradi. Qorinchalararo to'siq nuqsoni TYP'ning eng keng tarqalgan turi hisoblanadi.

Ko'k poroklar

Ko'k yurak nuqsonlari deya nomlanishi sababi, ular sianozga olib keladi, bunda teri organizmda kislorod yetishmasligi tufayli moviy-ko'k rangga kiradi. Bunday poroklarga orasida persistentsiyalovchi arterial o'zak, o'pka venalari birikishining total anomaliyasi, Fallo tetradasi, magistral tomirlarning transpozitsiyasi, shuningdek uch tavaqali klapaning tug'ma stenozini kiradi.

Nuqsonlar

Aortal stenoz;

Bo'lmachalararo to'siq nuqsoni;

Bo'lmacha-qorincha to'sig'i nuqsoni;

Ikki tavaqali klapan stenozini;

Dekstroardiya;

Chap qorincha chiqish teshigining ikkilanganligi;

O'ng qorincha chiqish teshigining ikkilanganligi;

Ebshteyn anomaliyasi;

Chap yurak bo'limlari gipoplaziyasi sindromi;

O'ng yurak bo'limaari gipoplaziyasi sindromi;

Mitral klapan stenozini;

O'pka arteriyasi atreziyasi;

O'pka arteriyasi klapanining tug'ma stenozini;

Magistral tomirlarning transpozitsiyasi;

dekstro-transpozitsiya

senistro-transpozitsiya

Uch tavaqali klapaning tug'ma stenozini;

Persistentsiyalovchi arterial o'zak;

Qorinchalararo to'siq nuqsoni.

Ba'zi holatlar faqat yurakka bevosita yaqin bo'lgan yirik tomirlarga ta'sir qiladi, lekin ular ko'pincha TYN sifatida tasniflanadi:

Aortaning koarktatsiyasi;

Aortaning atreziyasi;

Ochiq arterial nay;

O'pka venalari birikishining qisman anomaliyasi;

O'pka venalari birikishining total anomaliyasi.

Poroklarning ba'zilarida odatda birgalikda uchraydi:

Fallo tetradası;

Kantrella pentadası;

Tug'ma yurak nuqsonı alomatları va belgıları

Klinik ko'rinishlar yurak nuqsonining turi va og'irligiga bog'liq. Alomatlar ko'pincha hayotning dastlabki bosqichlarida namoyon bo'ladi, ammo ba'zi TYN'lar umr bo'yi sezilmas bo'lishi mumkin. Ba'zi bolalarda hech qanday alomat kuzatilmaydi, boshqalarida esa nafas qisilishi, sianoz, hushdan ketishlar, yurak shovqinlari, oyoq-qo'llar va mushaklarining kam rivojlanganligi, ishtahanining sustligi yoki bo'yning pastligi, nafas olish yo'llarining tez-tez infeksiyalari bo'lishi mumkin. Tug'ma yurak nuqsonlarida yurak shovqinlari uning noto'g'ri tuzilishi tufayli paydo bo'ladi. Ular auskultatsiya davomida aniqlanishi mumkin, ammo, yurak shovqinlarining barchasi ham tug'ma yurak nuqsonlari sabab yuzaga kelmaydi.

Shuningdek, tug'ma yurak nuqsonining klinik ko'rinishlarini 4 ta sindromga birlashtirish mumkin:

Kardial sindrom - yurak sohasidagi og'riq, hansirash, yurak urishi, yurak faoliyatida buzilishlar va boshqalardan shikoyatlar. Ko'rik davomida - oqarish yoki sianoz, bo'yin tomirlarining shishganligi va pulsatsiyasi, ko'krak qafasining yurak «bukriligi» tipi bo'yicha deformatsiyasi.

Palpatsiyada - arterial bosim va periferik puls xarakterining o'zgarishi, chap qorincha dilatatsiyasida yuqori impuls xarakteristikasining o'zgarishi, o'ng qorincha gipertrofiyasi, dilatatsiyasida yurak impulsining paydo bo'lishi, stenozlarda sistolik/diastolik «mushuk mirillashi».

Perkussiyada - kengaygan bo'limlarga mos ravishda yurak

BOLALARDA ENG KO'P UCHRAYDIGAN SOMATIK KASALLIKLAR

chegaralarining kengayishi. Auskultatsiyada - ritm, kuch, tovushlarning monolitligi o'zgarishlari, har bir porokka xos bo'lgan shovqinlar yuzaga kelishi va hokazo.

Yurak yetishmovchiligi sindromi- o'tkir yoki surunkali, o'ng yoki chap qorincha, hansirash-sianotik xurujlar va boshqalar.

Surunkali tizimli gipoksiya sindromi - o'sish va rivojlanishdan ortda qolish, *baraban tayoqchalari* va *soat oynasi* alomatleri va boshqalar.

Nafas olish buzilishlari sindromi - asosan kichik qon aylanishini boyitilishili TYN'da).

Tashxis qo'yishdagi ko'rsatkichlar

Laboratoriya-instrumental tadqiqot usullarining ma'lumotleri muayyan porok turiga bog'liq ravishda o'zgaruvchan bo'ladi. Yetakchi uslublar orasida quyidagilarni ajratish mumkin:

EKG (o'ng yoki chapgramma, aritmiyalarning turli xil variantleri va boshqalar).

Yurakning panoramali rentgenografiyasi (kichik qon aylanishini boyitilishi bo'lgan poroklarda mitral konfiguratsiyali, zaiflashtirilishida esa - aortal) va kontrast rentgenologik usullar (angiografiya, ventrikulografiya va hokazo).

Exo-EKG (asosiy uslub - bu porokning morfologiyasini ko'rish va yurakning funktsional holatini aniqlash imkonini beradi).

Doppler-exo-KG (qon oqimi yo'nalishini aniqlash imkonini beradi - reurgitatsiya va turbulentslikni aniqlash uchun).

Tug'ma yurak nuqsonlarini davolash

TYNni davolash asosan jarrohlik (ko'p hollarda faqatgina u radikal) va terapevtik (ko'pincha yordamchi) davolash turlariga bo'linishi mumkin.

Jarrohlik usulida davolash

Bu porok fazasiga bog'liq:

Birinci fazada - favqulodda ko'rsatmalar bo'yicha operatsiya (kichik qon aylanish doirasini boyitilishida - Myuller-Albert bo'yicha o'pka arteriyasini sun'iy stenozlash, zaiflashtirilishida -sun'iy arterial nay). Biroq, ushbu operatsiyalarning maqsadga muvofiqligi noaniq va juda individual masaladir.

Ikkinchi fazada - rejalashtirilgan tartibda operatsiya (muayyan nuqsonga xos). Amalga oshirish muddati bahsli masaladir va muntazam qayta ko'rib chiqiladi (adabiyotlarda, vaqt oralig'i ona qornidaligidan boshlab pubertant davrgacha o'zgaradi, ammo jarrohlikni erta davrlarda o'tkazishga moyillik ko'proq bo'ladi).

Uchinchi fazada operatsiya ko'rsatilmaydi.

Terapevtik davolash

Kamdan-kam hollarda radikal davolash sifatida ko'rsatiladi. Klassik misol - ochiq arterial nay bo'lib, bunda tegishli sxema bo'yicha indometazin tayinlash arterial nayni obliteratsiyasiga olib keladi.

Simptomatik sifatida quyidagilar davolanadi:

O'tkir chap qorincha yetishmovchiligi (yurak astmasi, o'pka shishi).

Hansirash-sianotik xurujlar.

Surunkali yurak yetishmovchiligi.

Aritmiya.

Miokard ishemiyasi.

TYNning asoratlari

Yurak yetishmovchiligi (deyarli barcha TYP'larda kuzatiladi).

Bakterial endokardit (ko'pincha sianotik TYP'larda kuzatiladi).

Kichik qon aylanishi doirasidagi turg'unlik tufayli erta surunkali pnevmoniya.

Yuqori pulmonar gipertenziya yoki Eyzemenger sindromi (kichik qon aylanishini boyitilishili TYP'uchun xos).

Kam haydaliq sindromi natijasida sinkope, miya qon aylanishi buzilishi rivojlanishiga qadar (ishemik tip bo'yicha - sianotik TYP'lar va aorta stenozida, gemorragik tip bo'yicha - aortaning koarktatsiyasida).

Stenokarditik sindrom va miokard infarkti (aorta stenoz, chap toj arteriyaning anomal boshlanishi).

Hansirash-sianotik xurujlar (o'pka arteriyasining infundibulyar stenoz bilan Fallo tetradasida, magistral arteriyalar transpozitsiyasi va boshqalarda uchraydi).

Oqibati.

BOLALARDA ENG KO'P UCHRAYDIGAN SOMATIK KASALLIKLAR

Erta aniqlansa va radikal davolash imkoniyati bo'lganida nisbatan yaxshi.

O'TKIR REVMATIK ISITMA

O'tkir revmatik isitma - infeksiyon-allergik kasallik bo'lib, qo'zg'atuvchisi A guruhga kiruvchi B-gemolitik streptokokk hisoblanadi.

O'tkir revmatik isitma biriktiruvchi to'qimaning shikastlanishi, yallig'lanishi bilan kechadigan kasallik bo'lib, asosan bolalar hamda o'smirlarda rivojlanadi. O'tkir revmatik isitma kasalligi asta-sekin rivojlanuvchi, oxir-oqibat, bemorda turli asoratlarga olib keluvchi kasallikdir. Ushbu kasallikda organizmdagi barcha biriktiruvchi to'qimaga ega a'zolar shikastlanadi. Organizmdagi a'zolarning deyarli aksariyatida biriktiruvchi to'qima mavjud. O'tkir revmatik isitma kasalligida shuningdek, yurak, qon-tomirlar, bo'g'imlar zararlanadi. Xastalik yurak qon-tomir tizimida joylashadi va katta yoshdagi aholi orasida mehnatga qobiliyatsizlar sonini oshiradi. Shuningdek, xastalik irsiy moyillik xususiyatiga ega bo'lib, otanonadan biri O'tkir revmatik isitma bilan kasallangan oilalarda bolalarning ko'proq kasallanish hollari uchraydi. Kasallikka moyillik tug'diruvchi omillar:

Kasallik quyidagi bemorlarda nisbatan ko'p uchraydi:

- tez-tez xastalanuvchi bolalar;
- surunkali angina (tonzillit) kasalligiga chalingan bolalar;
- limfadenit, faringit bilan xastalangan bemorlar.
- Ko'p shamollash, zax joylarda yurish, vaqtida ovqatlanmaslik, dam olmaslik, terlab suv ichish o'tkir revmatik kasalliklarga sabab bo'ladi.

Halqum bodomcha bezlari, tishlar alveolarining shilliq pardasi, yuqori jag' bo'shliqlari infeksiya kiradigan darvoza vazifasini o'taydi. Bolaning tez-tez shamollashi, organizmdagi surunkali infeksiya o'choqlari (surunkali tonzillit, gaymorit, surunkali otit, karioz tishlar va boshqalar)ning borligi ham kasallik kelib chiqishida asosiy o'rin egallaydi. Bolaning surunkali sovqotishi, nam sharoitlarda ko'proq bo'lishi kasallik kelib chiqishiga zamin yaratuvchi omil hisoblanadi.

Statistik ma'lumotlarga ko'ra, surunkali tonzillit (angina) bilan xastalangan bemorlarning 30 % ida O'tkir revmatik isitma kasalligi kelib chiqadi. O'tkir revmatik isitma kasalligi nasliy moyillikka ega. Immun tizim faoliyati pasayganda kasallik tezda kelib chiqadi. 12-17 % bemorlarda revmatik xoreya asorat sifatida rivojlanadi. Bu kasallik asosan qovoqlarning ixtiyorsiz uchishi bilan kuzatiladi. Bu holat, ko'pincha qizlarda 6-15 yoshda kuzatiladi.

Kasallik 3 yoshgacha bo'lgan bolalarda deyarli uchramaydi, maktabgacha bo'lgan yoshda kam uchraydi, maktab yoshida eng ko'p uchrashi bilan xarakterlanadi.

O'tkir revmatik isitma kasalligi bolalarda 7-15 yoshda ko'p uchraydi.

O'tkir revmatik isitma bilan og'riqan bemorlarning 60-100 %ida bo'g'im og'riqlari kelib chiqadi. Kasallik og'ir kechganda, 15-18 % holda yurak nuqsoni bilan asoratlanadi. O'tkir revmatik isitma bilan aksari 6 yoshdan 15 yoshgacha bo'lgan bolalar kasallanadi va kasallik biriktiruvchi to'qimaning tizimli zararlanishi hamda asosan yurak va bo'g'imlarning shikastlanishi bilan xarakterlanadi. Klinikasi. Kasallikning A.I.Nesterov klassifikatsiyasi bo'yicha faol (I, II, III darajali) va nafaol bosqichlari farqlanadi. A'zo va tizimlarning zararlanishi bo'yicha esa yurak va boshqa tizim hamda a'zolarning zararlanishi kabi kliniko-anatomik turlari ajratiladi. O'tkir revmatik isitma o'tkir (2 oygacha), yarim o'tkir (2 oydan 4 oygacha), cho'ziluvchan (4 oydan ortiq), tinmay qaytalanib turadigan va yashirin (latent) tarzda kechishi mumkin.

Kasallikning klinik belgilari uning kechishiga bog'liq bo'lib, juda xilma-xil namoyon bo'ladi. O'tkir boshlangan o'tkir revmatik isitma da bolaning tana harorati ko'tariladi, bola lanj, holsiz va kamharakat bo'lib qoladi. Aksariyat bolalar biron xil streptokokkli kasallikni (tonzillit, surunkali tonzillit, otit va boshqalar) boshlaridan kechirgandan 2-3 hafta o'tgach, yurak sohalari va bo'g'imlarida og'riq paydo bo'lganidan shikoyat qiladilar. Bolaning og'riqan bo'g'imlari qizaradi, shishib chiqadi, harakat cheklana boshlaydi. Bo'g'imlarning zararlanishi simmetrik, og'riqlar esa bo'g'imdan-bo'g'imga ko'chib yuruvchan xarakterda bo'ladi. Lekin o'tkir revmatik isitmada bo'g'imlar zararlanishi ko'rinmagan holda yurak devorlarining zararlanishi, ayniqsa muskul qavatining zararlanish

BOLALARDA ENG KO'P UCHRAYDIGAN SOMATIK KASALLIKLAR

belgilari kuzatilishi mumkin. Bunda bola yurak sohasidagi noxush sezgilardan, og'riq, ortiqcha charchash, bosh og'rig'i, ishtaha pasayishi, uyquning behalovatligidan shikoyat qiladi. Bolada badan terisining rangparligi, hansirab turish, taxikardiya, yurak chegaralarining kengayishi, yurak tonlarining bo'g'iqqligi, yurakda sistolik shovqin borligi, yurak ritmining buzilishi, arterial bosimning pasayishi va tana haroratining subfebril darajalargacha ko'tarilishi kabi obyektiv belgilar paydo bo'ladi. Revmatik sinamalar musbat natija beradi. O'tkir revmatik isitmada yurak devorining ichki endokard qavatining zararlanishi aksariyat hollarda og'ir kechadi va ikki xil natija bilan yakunlanishi kuzatiladi: yurakning orttirilgan nuqsoni paydo bo'ladi, yoki bola tuzalib hech qanday asorat qolmaydi. Bolalik davridagi o'tkir revmatik isitmada asab tizimining xoreya ko'rinishida zararlanishi xarakterli bo'lib, xoreya 5-19 yoshli bolalarda va aksariyat qizlarda hammadan ko'proq kuzatiladi. Tipik hollarda kasallik asta-sekin avj oladi, uyg'unlashmagan, poyma-poy harakatlar (giperkinezlar), aftni burishtirish harakatlari paydo bo'ladi, yurish, nutq o'zgarib qoladi, psixika ayniydi (tajanglik, yig'loqilik, negativizm), muskullar tonusi keskin susayib ketadi. Bu o'zgarishlarni aksariyat hollarda bog'cha tarbiyachilari va maktab o'qituvchilari payqab qolishadi. Bu kabi asosiy simptomlar asta-sekin kuchayib boradi, bu alomatlar yurak-qon tomirlar tizimidagi miokardit, goho endomiokardit ko'rinishidagi o'zgarishlar bilan birga kuzatiladi.

Kichik xoreya odatda 2-3 oy, ba'zan 6-12 oygacha cho'zilib, to'liqinsimon kechadi, giperkinezlar susayib qoladigan va tag'in kuchayib ketadigan davrlar almashinib turadi. O'tkir revmatik isitmaning yurakdan tashqari asoratlari bo'lib, birmuncha kam uchraydigan ko'rinishlariga plevrit, pnevmoniya, peritonit, buyrak va jigarning zararlanishlarini misol qilish mumkin. Gemorragik sindrom ko'rinishi sifatidagi burundan ba'zan takror- takror qon kelib turishi hozir o'tkir revmatik isitma bilan og'rigan bolalarda birmuncha ko'p kuzatilmogda.

O'tkir revmatik isitmaning nofaol fazasi bir necha oydan to bir necha yilgachacho'zilishi mumkin.

Asoratlari. O'tkir revmatik isitma kasalligining xavfli tomoni shundaki, u turli asoratlarni keltirib chiqaradi. Kasallik asoratlari

inson sog'ligiga katta putur yetkazadi. Bo'g'imlardagi og'riq, yallig'lanish o'tib ketadi, ammo buning oqibatida yurak, markaziy asab tizimi kabi eng muhim a'zolar shikastlanadi. O'tkir revmatik isitma kasalligida eng ko'p zararlanadigan a'zo yurak hisoblanadi (90-95%). Yurak zararlanganda hansirash, yurak sohasida og'riq, sanchiq, yurak o'ynashi va yurakning tez-tez urishi yuz beradi. Yurak nuqsonlari o'tkir revmatik isitma xurujidan keyingi 2-3 yil ichida tez rivojlanadi. Agar o'z vaqtida davo qilinmasa, bu holat nogironlikka olib kelishi mumkin.

Oqibati. Bolalikdagi o'tkir revmatik isitma vaqtida aniqlanib, kompleks davo choralari o'tkazilganda sog'ayish bilan yakunlanadi. Faqatgina yurak endokard qavatining zararlanishi birmuncha xatarli oqibatlarga olib kelishi mumkin.

Hamshiralik tashxislari. Haroratning ko'tarilishi, holsizlik, yurak va bo'g'imlardagi og'riqlar, rangparlik, taxikardiya, giperkinez va boshqalar.

Qo'shimcha tekshiruvlar. Umumiy qon, siydik, axlat tahlillari, qonning revmatik sinamalari (ASLO, C-reaktiv oqsil, zardob oqsillari, glikoproteidlar va mukoproteidlarni aniqlash, difenilamin sinamasi va boshqalar), doplerografiya, elektrokardiografiya va boshqalar.

Parvarish qilish.

O'tkir revmatik isitma faol bosqichining o'tkir davrida bolalar ko'p terlayverгани uchun vaqt-vaqtida gigiyenik vannalardan foydalanish, ahvol og'irlashganda esa bolaning badanini issiq suvga ho'llangan sochiq bilan artib tozalab turish zarur.

O'tkir revmatik isitma bilan og'rigan bolaga oson hazm bo'ladigan ovqatni bo'lib-bo'lib kuniga 4-5 mahal berib turilishi kerak. suyuqlik biroz cheklanadi. Tarkibida kaliy tuzlari bo'ladigan masalliq (tvorog, kartoshka, olma, karam, qora olxo'ri va boshqalar) dan foydalanish kerak. Faqat yog'siz go'sht beriladi, qovurdoq, qaynatma sho'rvalar, ziravorlardan parhez qilinadi.

Ovqat ratsionida meva va sabzavotlarning yetarli miqdorda bo'lishiga alohida e'tibor qaratiladi (oylarida) atsetilsalitsilat kislotasi buyuriladi. Bitsillin-5 - bolaga 2-3 yil davomida uzluksiz qo'llanib boriladi.

BOLALARDA ENG KO'P UCHRAYDIGAN SOMATIK KASALLIKLAR

OVQAT HAZM QILISH A'ZOLARIKASALLIKLARI

Bolalik davrining patologiyalari orasida og'iz bo'shlig'i kasalliklari muhim o'rinni egallaydi. Chunki bolalar og'iz shilliq pardasining juda ham nozikligi, parvarishda tez shikastlanishga olib keladigan nuqsonlar va boshqa omillar kasalliklarning kelib chiqishiga zamin yaratib beradi. Shuningdek, og'iz bo'shlig'i kasalliklari alohida olingan kasallik sifatidagina emas, balki ichki organlar patologiyasi hamda turli xil yuqumli kasalliklarning belgilari sifatida ham namoyon bo'lishi mumkin. Quyida bolalarda ko'p uchraydigan og'iz bo'shlig'i kasalliklari haqida ma'lumotlar keltiriladi.

STOMATIT

Stomatit -og'iz shilliq pardalarining yallig'lanishi bo'lib, emizikli va yosh go'daklar hazm tizimi kasalliklari orasida yetakchi o'rinni egallaydi.

Etiologiyasi. Og'iz shilliq pardasining yallig'lanishiga turli xil mikroblar va viruslar sabab bo'lishi aniqlangan. Bundan tashqari, parvarishdagi turli nuqsonlar (og'iz bo'shlig'i shilliq pardasining bo'lar-bo'lmasga tozalash, bolani so'rg'ichga o'rgatib qo'yish va so'rg'ichning tozaligiga e'tibor bermaslik, noto'g'ri saqlash, og'iz bo'shlig'i kasalliklari bor kishilarning bolaga turli xil ovqat mahsulotlarini chaynab berish hollari va hokazolar), bolaning yomon odatlari (barmoqlarini so'rish, kiyimlari yoqalarini og'zida ushlab turish va hokazo) kasallik kelib chiqishi uchun sharoit yaratib berish ham mumkin.

Klinikasi. Og'iz shilliq pardasi yallig'lanishining klinik jihatdan kataral, aftoz va yarali turlari ajratiladi. Stomatitning bolalarda eng ko'p uchraydigan turi kataral stomatit bo'lib, kasallikning bu turida shilliq parda bir tekisda qizaradi va shishib turadi. Bolada tishlar chiqqan bo'lsa, lunjlar shilliq pardasiga hamda til chetlariga tushib qolgan tishlarning izlarini ko'rish mumkin. Bolaning umumiy ahvoli unchalik o'zgarmagan yoki biroz injqlik qilib turishi, ko'krakni yaxshi so'ra olmasligi yoki ovqatga hushi bo'lmay qolishi kabi belgilar kuzatilishi mumkin. Lekin aksariyat hollarda asosiy kasallikka qarshi yaxshi davo

qilinsa, to'g'ri parvarish olib borilsa, kataral yallig'lanish belgilari tezda barham topadi.

Yarali stomatit ko'proq kattaroq yoshdagi bolalar va o'smirlarda uchraydi va asosan, ularning tishlarida kariyes boshlanganligi, og'iz bo'shlig'iga yaxshi e'tibor bermay qo'yganliklari bilan xarakterlanadi. Asoratlari. Yarali stomatitlar yiringli limfadenit, tonzilyar abscess, ba'zi hollarda sepsis kabi asoratlar berishi kuzatilgan.

Oqibati. Vaqtida davo choralari olib borilganda xayrli.

Hamshiralik tashxislari. Og'izdagi og'riqlar, gipersalivatsiya, bosh og'rig'i, intoksikatsiya belgilari va hokazolar.

. *Aftoz stomatit* - bolalarda eng ko'p uchraydigan stomatit turi bo'lib, u bola organizmining herpes virusi bilan birlamchi infeksiyalanishi alomati hisoblanadi. Kasallik havo-tomchi yo'li hamda o'yinchoqlar orqali yuqadi. Yashirin (inkubatsion) davri 2 kundan 6 kungacha davom etishi mumkin.

Aftoz stomatit bilan emadigan bolalar va yosh go'daklar ko'proq og'riydi. Kasallik birdan, aksariyat hollarda tana haroratining ko'tarilishi, intoksikatsiya hodisalari (lanjlik, ovqatdan bosh tortish, uyqu buzilishi) bilan boshlanadi. Og'iz shilliq pardasida mayda, yoriladigan pufakchalar yoki sarg'ish-kulrang tusli fibrinoz aralashmalar bilan qoplangan eroziyalar ko'rinishida toshmalar paydo bo'lib, qattiq og'riq bilan birga davom etadi va bolaning ovqat yeyishi hamda gapirishini ham qiyinlashtirib qo'yadi. Regionar limfa tugunlari paypaslanganda kattalashgan va bezilla b turadigan bo'lib qoladi. Bolaning lablari shishib, yuz terisida alohida-alohida mayda vezikulyar elementlar ko'rinishidagi toshmalar paydo bo'ladi. Gipersalivatsiya va og'izdan qo'lansa hid kelishi kuzatiladi. Kasallik aksariyat hollarda 7—10 kun davom etadi, qaytalanmaydi, chunki kasallikdan so'ng turg'un immunitet qoladi.

Asoratlari. Asoratlar yarali stomatitlardagi kabi bo'lishi mumkin.

Oqibati. Vaqtida va tegishli davo olib borilganda yaxshi.

Hamshiralik tashxislari. Tana haroratining ko'tarilishi, ovqatdan bosh tortish, uyqusizlik, gapira olmaslik va hokazolar.

parvarish qilish. Bolalarni ovqatlantirish stomatitlarning turiga hamda shilliq pardaning qanchalik yallig'langaniga bog'liq.

BOLALARDA ENG KO'P UCHRAYDIGAN SOMATIK KASALLIKLAR

Keskin ifodalangan yallig'lanishlarda xona haroratidagi suyuqroq ovqat bo'lib-bo'lib (5-6 mahal) beriladi.

Profilaktikasi. Bolalarda stomatitlarning oldini olish asosan bolani to'g'ri parvarish qilish, yomon odatlarini bartaraf etish, so'rg'ich lardan foydalanish qoidalariga qat'iy rioya qilish, ovqatlantirish vaqtida sanitariya-gigiyena talablariga amal qilishga asoslangan.

EMADIGAN BOLALARDA OVQAT HAZMI VA OVQATLANISHNING BUZILISHI

Go'dak bolalarning me'da-ichak yo'li, asab tizimining anatomo- fiziologik xususiyatlari, moddalar almashinuvining o'ziga xos xususiyatlaridan kelib chiqib, hazm organlari kasalliklari va ovqatlanishning buzilishlari bolalar kasalliklari orasida oldingi o'rinlardan birini egallaydi. Lekin bola to'g'ri ovqatlantirilsa, to'g'ri parvarish qilib borilsa, atrof-muhit sharoitlarining salbiy ta'sirlariga duch kelmasa ushbu kasalliklarnisbatan kam uchrashi mumkinligini ham hisobga olish kerak.

«Ovqatlanish» — ovqat yeyish, ovqatni hazm qilish, uning ichakdan surilib o'tishi, hujayra va to'qima almashinuvi (assimilyatsiya va dissimilyatsiya)ni o'z ichiga oluvchi fiziologik jarayondir. Ushbu jarayonning biron-bir bo'g'inining izdan chiqishi ovqatlanish buzilishiga sabab bo'ladi. Ovqatlanishning buzilish hollari birdaniga boshlanib qoladigan dispepsiyalar va endogen hamda ekzogen xarakterdagi bir qancha omillarga qarab asta-sekin avj olib boradigan ovqatlanishning xronik buzilishi yoki oqsil energetik yetishmovchiligilar deb ataladigan turlarda namoyon bo'lishi mumkin.

PILOROSPAZM

Piloro-spazm — pilorus muskullarining qisqarib qolishi, ya'ni spazmi bo'lib, hazm tizimining diskineziyalari qatoriga kiradi.

Etiologiyasi. Kasallikning kelib chiqishini me'da pilorus qismining asab tolalari bilan ko'p ta'minlanganligi bilan bog'lashadi. Chunki arziyas asabiylashishlar, parvarishdagi nuqsonlar natijasida boladagiqusishlarning ko'payishi kuzatilgan.

Klinikasi. Chaqaloqda hayotining birinchi kunlaridan boshlab oq sababsiz tez-tez, oz-ozdan qusib turish hollari kuzatiladi. Qusib chiqarib tashlanadigan sut miqdori so'nggi marta emib olgan sutidan ko'ra kamroq miqdorda bo'ladi. Ba'zi kunlarda esa bola umuman qusmasligi ham mumkin. Vaqt-vaqti bilan u bezovta bo'lib, asta-sekinlik bilan bolada oqsil energetik yetishmovchiligi boshlanadi, qabziyat (ich qotishi) kuzatiladi.

Asoratlari. Kasallikka yetarli e'tibor berilmasa, bolada oqsil energetik yetishmovchiligi rivojlanishi, organizm reaktivligining pasayishi natijasida esa ikkilamchi infeksiyalar qo'shilishi mumkin.

Oqibati. Vaqtida tegishli choralar ko'rilganda pilorostenoz hech qanday og'ir holatlarga olib kelmaydi.

Hamshiralik tashxislari. Qusish, bezovtalik, uyqusizlik, qabziyat, tana vaznining kamayish belgilari.

Qo'shimcha tekshiruvlar. Ona suti miqdorini aniqlash, zaruratga qarab rentgenologik tekshiruv, atropinli sinama o'tkazish va boshqalar. Kasallikni albatta pilorostenozdan ajratib olish kerak (quyida keltirilgan).

Parvarish qilish. Birinchi navbatda bolaga har safar beriladigan sut miqdori kamaytiriladi, ovqat berish esa sutkasiga 8—10 martagacha ko'paytiriladi. Bolaga ovqat oldidan 2—3 mahal bir oz miqdorda (1—2 choy qoshiq) 8—10 foizli manniy bo'tqasidan berib turish spazmlarning kamayishiga va keyinchalik yo'qolib ketishiga olib keladi. Ona ovqati tarkibini vitaminlar, ayniqsa, B guruh vitaminlari bilan boyitish tavsiya etiladi.

Profilaktikasi. Pilorospazmning oldini olish uchun ona homiladorlik davrini nuqsonlarsiz o'tkazishga harakat qilishi, vaqtida dam olishi vakaloriyali ovqatlanishi lozim.

PILOROSTENOZ

Pilorostenoz — me'da-ichak yo'lining rivojlanish nuqsoni bo'lib, kasallik asosan o'g'il bolalarda ko'proq uchraydi. Me'daning pilorus qismi muskul qavati qalinlashib, zich, tog'aydek konsistensiyaga aylanadi, buning natijasida chiqish yo'li torayib (stenoz) qoladi.

BOLALARDA ENG KO'P UCHRAYDIGAN SOMATIK KASALLIKLAR

Etiologiyasi. Kasallikning kelib chiqishida onaning homiladorlik davrida turli xil noxush holatlarga tushib qolishi sabab bo'lishi taxmin qilinadi. Chunki stenoz xuddi tug'ma nuqsonlar kabi bola tug'ilgunichashakllanib bo'lgan bo'ladi.

Klinikasi. Pilorostenoz belgilari bolada asta-sekin avj olib boradi.

Sutni qaytarib tashlash hodisasi bola 2—3 haftalik bo'lganida paydo bo'ladi, tezda fontandek, varaq-vara qusishga aylanib ketadi. Ayni vaqtda, qusuq massalarining miqdori bola so'rib olgan sut miqdoridan ko'proq bo'ladi. Uzoq muddat, takror-takror qusaverish natijasida bola organizmi holdan toyadi, suvsizlanish kelib chiqadi. Pilorostenozning eng yaqqol namoyon bo'ladigan simptomlaridan biri me'daning peristaltika mahalida qum soat shakliga kirib qolishi bo'lib, uni bolani ovqatlantirayotganda yoki qornini yuza palpatsiya qilib turgan mahalda ko'rish mumkin. Bolada siyish muddati va siydik miqdori kamayadi, qabziyat paydo bo'ladi, dispeptik yoki «ochlikka xos» ich kelishi kuzatiladi.

Pilorostenoz diagnozi rentgenologik tekshiruv natijasiga ko'ra tasdiqlanadi. Odatda me'daga yuborilgan bariy bo'tqasi pilorospazmda 4—5 soatdan keyin ichakka o'tadi, pilorostenozda esa bariy 24 soat va bundan ham ko'proq vaqtgacha (agar bola qusib bariy bo'tqasini chiqarib tashlamasa) me'dada qolib ketadi.

Asoratlari. Kasallik vaqtida aniqlanmaganda oqsil energetik yetishmovchiligi, keyin- chalik atrofiya rivojlanishi, ikkilamchi kasalliklar qo'shilib ketishi mumkin.

Oqibati. To'liq tekshiruvlar natijasida aniqlangan kasallik muvaf-faqiyatli o'tkazilgan operativ davolashdan so'ng batamom yo'qolibketishi mumkin.

Hamshiralik tashxislari. Tinmay qusish, qabziyat, tana vaznining keskin kamayishi va hokazo.

Qo'shimcha tekshiruvlar. Rentgenologik va rentgenoskopik tekshiruvlar, sutkalik siydik miqdorini aniqlash, kontrol o'lchash va boshqalar.

Parvarish qilish. Pilorostenoz odatda operativ yo'l bilan davolanadi. Asosiy e'tibor bolani operatsiyadan keyingi davrda yaxshi parvarish qilib borishga qaratilgan bo'lmog'i kerak. Operatsiyadan so'ng 3 soat o'tgach, bolaga har ikki soatda sog'ib

olingan sutdan 20 ml dan berib turish tavsiya etiladi. Keyingi kunlari sut miqdori asta-sekinlik bilan (10 ml dan) ko'paytiriladi va 5-kunlarga kelib bolani kuniga 1—2 marta 5 daqiqadan emizishga ruxsat beriladi. 7—10 kunlarga kelib esa bolani to'liq ko'krak suti bilan emizib boqishga o'tish mumkin.

Profilaktikasi. Pilorostenozning oldini olish choralari xuddi pilorospazmdagi kabi ishlarni amalga oshirishga asoslangan.

BOLALARDAGI SURUNKALI GASTRITLAR VA GASTRODUODENITLAR

Surunkali gastrit (SG) - bu oshqozon shilliq va shilliq osti qavatining surunkali yalliglanishli qaytalanuvchi kasalligi, u hujayra infiltrasiyasi, fiziologik regenerasiya buzilishlari bilan birga sodir bo'ladi. Mos bo'lmagan davolashda SG sekin asta oshqozonning bez apparati atrofiyasi vujudga kelishi va sekretor, motor hamda inkretor funksiyalari buzilishlarining rivojlanishiga olib keladi. Terapevtik amaliyotdan farqli bolalarda faqat 10-15% dagina SG alohida kasallik hisoblanadi. Ko'pincha duodenit-gastroduodenit bilan birga keluvchi antral gastrit uchraydi. SG tarqalishi juda keng - chamasini 30 dan 50% gacha yer aholisi xastalanadi. Bolalardagi ovqat hazm qilish tizimi kasalliklari ichida oshqozon va on ikki barmoq ichak kasalliklari eng ko'p tarqalgan va bolalar gastroenterologik patologiyalari strukturasida 58-65% ni tashkil etadi hamda 1000 bolaning 100-150 tasida uchraydi. *Helicobacter pylori* (HP) ning bolalar surunkali gastriti va yara kasalligi etiologiyasidagi yetakchi orni isbotlanganligiga qaramasdan patologik jarayon vujudga kelishiga va uning kelgusi amalga o'shishiga ta'sir hiluvchi xavf omillarini ham inobatga olish darkor.

SG paydo bo'lishigada ekzogen xavfli omillar:

Alimentar - "quruq ovqat", o'tkir va qovurilgan ovqatni iste'mol qilish, oqsil va vitaminlarning yetishmovchiligi, oziq-ovoq qo'shimchalarini ishlatish, ovqatlanish tartibini buzish va boshq. Ruhiy emosional omil - stress, depressiya. Ekologik omillar: atmosfera holati, ovqatda nitratlar mavjudligi, yomon sifatli ichimlik suvi dori vositalari - nosteroid yalliglanishga harshi dorilar (indometasin, asetilsalisil kislotasi, kortikosteroidlar va h.) yomon

BOLALARDA ENG KO'P UCHRAYDIGAN SOMATIK KASALLIKLAR

odatlar - chekish, alkohol parazitlar infeksiyalar (asosan lyamblioz) ovqat allergiyasi va ma'lum oziq mahsulotlarini kotarolmaslik tish-jag tizimining qoniqarsiz holati gormonal disfunktsiyalar.

SGning endogen omillari:

- HP-infeksiya
- Safroning oshqozonga reflyuksi
- Endokrin buzilishlar

Yuqori samarali terapevtik texnologiyalar, endosko'piya, oshqozon shilliq qavatini morfologik tekshiruv, ba'zi biokimyoviy va bakteriologik uslublarning rivojlanishi gastritni quyidagi mustahil turlarga ajratish imqonini berdi (Sidney tasnifi):

A turidagi gastrit (endogen, autoimmun gastrit) Endogen gastrit oshqozonning qoplovchi hujayralariga nisbatan autoantitanachalar ishlab chiharilishi natijasida paydo bo'ladi. Bolalarda kam uchraydi, faqat gastritning 1-3% qollarida. Gastritning ushbu varianti uchun oshqozonning tanasi va tubida joylashgan birlamchi atrofik o'zgarishlar, oshqozon sekresiyasining kamayishi, qonda gastrin miqdorining ko'payishi xos. V turidagi (bakterial) gastrit HP-assosiirlangan gastrit. Bolalarda ushbu gastrit shakli barcha gastroduodenal patologiyalarning 80-85% ni tashkil etadi. V turidagi SG patogenezida persistirlanuvchi HP infeksiya yotadi, bu ko'pchilik bemorlarning oshqozoni pilorik bo'limida ushbu mikroorganizm topilishi bilan tasdiqlanadi. Infeksiya yuhishi peroral ovqat bilan yoki endosko'pik manipulyasiyalar, zondlash vaqtida sodir bo'lishiga mumkin (HP -infeksiyaning patogenezini saytdagi pediatriya qismidagi yara kasalligiga bahishlangan ma'ruzadan harang).

S turidagi gastrit (reaktiv, kimyoviy gastrit, reflyuks-gastrit) S gastriti patogenezida hal hiluvchi orinni o't kislotalari tushishi bilan kechadigan va oshqozon shilliq qavatini hamda epiteliyni shikastlovchi duodenogastral reflyuks egallaydi. Ushbu variantning boshqa sabablari orasidan yetakchi orinni nosteroid yalliglanishga harshi dorilar (asetilsalisil kislota va boshq.) egallaydi. Nosteroid yalliglanishga harshi dorilarning antiprostoglandinli ta'siri oqibatida bikarbonatlar va shilliq ishlab chiharilishi to'xtatiladi, keyinchalik eroziyalar, mikrosirkulyasiya buzilishlari rivojlanadi. Ukraina pediatrialari tomonidan qo'llaniladigan va Ukraina

SSV tavsiya etgan (2000) SG ning zamonaviy tasnifi "Sidney tasnifi" ga (1990) javob beradi. Bolalardagi SG odatda irsiy moyillik va yuqorida korsatilgan xavf omillari mavjudligida paydo bo'ladi. SG klinikasi turli-tuman va oshqozonning sekretor, evakuator funksiyalari buzilishi xususiyati, bolaning yoshi va xususiyatining oziga xosligi bilan bog'liq.

Og'riq sindromi: jadal va davomli, ovqat iste'mol qilish bilan bog'liq. Erta ogriqlar fundal gastrit uchun, kechqurungi ogriqlar esa antral gastrit uchun xos. Tungi vaqtdagi ogriqlar. Yil fasli, parhez buzilishi bilan aniq bog'liqlik yo'q. Katta yoshdagi bolalarda paypaslash vaqtida epigastral sohada va piloroduodenal zonada ortamiyona og'riq qayd qilinadi. Dispeptik sindrom: "achchiq" kekirish, havoli kekirish, jihildon qaynashi, ko'ngil aynishi, ich qo'tishlarga moyillik. Nospesifik intoksikasiya va asteniya sindromlari ozgaruvchan. Vegetativ o'zgaruvchanlik, jizzakilik, ruhiy va fizik zoriqishlarda tezda charchash nazarni tortadi. Xlorid kislotasining kuchsiz sekresiyasida (ko'pincha A turidagi gastrit)og'riq sindromi kuchsiz ifodalangan, epigastral sohadagi simillovchi tarqoq ogriqlar xos. Ovqatdan so'ng qorinning yuqori qismida og'irlik va tolish sezgisi; ogriqlar ovqat sifati va hajmiga bog'liq ravishda paydo bo'ladi va kuchayadi. Paypaslashda epigastral sohada kuchsiz "tarqoq" og'riqlilik. Dispeptik sindrom ogriq sindromidan ustun keladi. Ovqat bilan kekirish, ko'ngil aynishi, og'izda achchiq his qilish, ishtaha pasayishi, meteorizm, ozgaruvchan ich kelishi kuzatiladi. Pasaygan sekretor faollikka ega gastritda ba'zi ovqat mahsulotlariga (botqa, sutli ovqatlar va h.) jirkanish. Nospesifik intoksikasiya sindromi ancha ifodalangan, asteniya ustun keladi. Bemorlar rangpar, ovqat hazm bo'lishiganing oshqozon bosqichi buzilishi va oshqozon osti bezi tomonidan ikkilamchi buzilishlar natijasida tana vazni kamaygan, og'ir qo'llarda poligipovitaminoz ko'rinishlari, kamqonlik paydo bo'ladi. Mamlakatimiz pediatrik amaliyotida oshqozonning kislota hosil qilish funksiyasiga katta e'tibor beriladi, u nafaqat gastroenterologik patologiyaning klinik ko'rinishlari xususiyatlariga ta'sir etadi, balki antisekretor terapiya va reparantlarni asoslangan holda tayinlash imkonini beradi. Oshqozonning kislota hosil qilish funksiyasini aniqlashning zamonaviy uslubi me'da ichi rN-metriyasidir. Bu uslub

BOLALARDA ENG KO'P UCHRAYDIGAN SOMATIK KASALLIKLAR

oshqozonning tanasi va antral bo'limi rN ni aniqlash imqonini beradi. Oshqozon tanasi normada och qoringa 5 yoshdan katta bolalarda 1,7-2,5 ni tashkil qiladi, gistamin yuborgandan keyin - 1,5-2,5 ga teng. Kislotalari neytrallovchi me'daning antral bo'limi 5 dan katta rN ga ega (Shabalov M.P., 1999). Ya'ni oshqozonning tanasi va antral bo'limlari rN farqi normada 2 dan ko'pligi kompensasiyalangan holatni ko'rsatadi. Ushbu farqning kamayishi antral bo'limning neytrallovchi xossasi pasayishidan va on ikki barmoq ichak kislotalanganligidan (dekompensasiyalangan holat) dalolat beradi. Ba'zi, me'da ichi rN-metriyasini amalga oshirish imqoni yo'q davolash-profilaktik muassasalarda oshqozonning rN ni tekshirish turli qitqlovchilar yo'rdamida fraksion usulda olib boriladi. SG tushunchasi klinik-morfologik. Oshqozon zararlanishining eng toliq manzarasini me'daning antral, fundal bo'limlari va burchagi bioptatlarini kompleks

organish beradi. Ta'kidlash joizki, yetakchi gastroenterologlar nuqtai nazaridan oshqozonni morfologik tekshiruvdan otkazmasdan gastrit tashxisini qoyish qonunga togri kelmaydi. Morfologik tekshiruv gacha dastlabki tashxis sifatida yarasiz dispepsiya terminini qollash tavsiya etiladi. SG ni zamonaviy tekshiruv sxemalari gastrit turi, oshqozonning sekretor funksiyasi, bola yoshi, vegetativ nerv tizimi holati va uning ruhiy-emosional ahvoliga bog'liq. Bolalardagi qorin ogriqlarining ko'pchiligi psixogen xususiyatga ega ekanligi inobatga olinsa - SG tashxisini endosko'pik va gistologik verifikasiya qilish kerak va faqat shundan keyingina birga qosqilib kelgan gastroenterologik, somatik va ruhiy somatik patologiyalarni inobatga olibgina terapiyani boshlash zarur.

Alohida SG lar yo'ki duodenitlar bolalarda kam uchraydi, ko'pincha biz gastroduodenit bilan to'qnashamiz. Yetakchi pediatrlar nuqtai nazaridan kelib chiqqan holda gastroenterologik patologiya bo'yicha og'irlashgan anamnezi mavjud bolalardagi surunkali gastroduodenit yara oldi holati deb haraladi. Surunkali gastroduodenit (SGD) - yalliglanishli xususiyatga ega surunkali residivlanuvchi kasallik, u oshqozon va on ikki barmoq ichak shilliq qavati va bez apparati nospesifik struktur qayta qurilishi (distrofik, yalliglanishli va regenerativ o'zgarishlar), turli sekretor va motor buzilishlar bilan kechadi.

SGD - surunkali gastroduodenal kasalliklarning eng ko'p tarqalgan shakli. Oshqozon va on ikki barmoq ichak kasalliklari strukturasi 58-74% ni tashkil etadi. Tashxislashda SGD rivojlanishi xavf omillari mavjudligini va irsiy moyillikni hisobga olish kerak. Kasallik klinikasi yalliglanish jarayonining bosqichi va ifodalanganligiga, oshqozon sekretor funksiyasi, me'da va on ikki barmoq ichakning motor-evakuator buzilishlariga bog'liq. SGD qo'zish davrida, xuddi yara kasalligi singari, ogriq, dispeptik va surunkali nospesifik intoksikasiya klinik sindromlari uchraydi. Klinik manzaraning o'ziga xosligini gepatobiliar tizim, ichak, oshqozon osti bezi patologiyalari belgilaydi. Klinik simptomlar xuddi yara kasalligidagidek, lekin ogriq sindromining mavsumiyliги yo'q, tungi og'riqlar kamdan-kam qo'llarda kuzatiladi.

Og'riq sindromi. qorindagi og'riqlar eng xususiyatli, ular zirqirovchi, uzoq davom etuvchi, ertalab och qoringa va ovqatdan 1.5-2 soatdan keyin boshlanadi. Ko'pincha o'tkir, xurujsimon, qisqa vaqtli og'riq bo'ladi, epigastral sohada, o'ng qovurga ravoqi ostida, kindik atrofida joylashadi. Ovqat iste'mol hilgandan so'ng va fizik yuklamadan keyin kuchayadi. Eroziv giperacid SGD da och qoringa, tungi va kech ogriqlar qosqilib keladi. Paypaslaganda epigastral sohada tarqoq ogriq, piloroduodenal zonada ijobiy Mendel simptomi aniqlanadi, eroziyalarda - mushaklarning lokal taranglashishi bo'lishiga mumkin.

Dispeptik sindrom: tez-tez kekirish, jihildon qaynashi, uzoq davom etuvchi ko'ngil aynishi, ovqatdan keyingi og'irlik hissiyoti, og'izda achchiq ta'm, meteorizm, ich qo'tishlar, ancha kam qo'llarda - ozgaruvchan ich kelishi.

Nospesifik intoksikasiya sindromi: emosional labillik, tez-tez bosh og'riqlari, jizzakilik, umumiy holsizlik, astenizasiya. Zamonaviy sharoitlarda SG va SGD ni davolashda, adekvat tashxisotni va davolashni olib borish uchun yetarlicha paraklinik tekshiruv uslublarini bajarish lozim:

Laborator tekshiruvlar:

a) *majburiy (bir martalik):*

- qonning klinik tahlili;
- siydikning klinik tahlili;
- umumiy oqsil va qonning oqsil fraksiyalari;

BOLALARDA ENG KO'P UCHRAYDIGAN SOMATIK KASALLIKLAR

- *Helicobacter pyloriga* (HP) testlar (tez ureazli, bakteriologik, nafas ureazli test, serologik (IFA), najasdagi HP antigeni konsentrasiyasini tahlili, PSR);

b) *zarur bo'lganda:*

- najasni yashirin qo'nga tekshirish (Gregersen reaksiyasi);
- biopatlarni gistologik tashxisot uslubini qo'llagan holda gistologik (sitologik) tekshiruv - "oltin standart";

- immunograma;

Instrumental tekshiruvlar va tashxisot mezonlari:

Majburiy:

- fibrozofagogastroduodenoskopiya, moljalli biopsiya va NR ekspress diagnostikasini o'tkazish bilan (eroziv SGD da - ikki marta);

- oshqozon ichi RN-metriyasi (yoki oshqozon tarkibini fraksion tekshirish) - bir marta;

- qorin parda bo'shlig'i a'zolari UTT - qosqilib kelgan patologiyani aniqlash uchun bir marta.

Zarur bo'lganda:

- oshqozon va o'n ikki barmoq ichakni rentgenologik tekshiruv (motor-evakuator buzilishlari, rivojlanish anomaliyalari);

- reografiya;

- qo'shib kelgan patologiya xususiyatiga mos ravishda boshqa tekshiruvlar

OQSIL ENERGETIK YETISHMOVCHILIGI

Oqsil energetik yetishmovchiligi (grekcha hypo-past, pasayish, trophe-ovqatlanish)- ovqatlanishning surunkali buzilishi hisoblanib, tana massasining defitsiti natijasida kelib chiqadi. Ovqatlanish etishmovchiligining asosiy varianti bo'lib oqsil energetik etishmovchilik hisoblanadi.

Etiologiya

Etiologiyasi bo'yicha oqsil energetik yetishmovchiligi 2 guruhga bo'linadi: ekzogen va endogen. Ekzogen sabablarda birlamchi oqsil energetik yetishmovchiligi, endogen sabablarda-ikkilamchi (simptatik) oqsil energetik yetishmovchiligi tafovut qilinadi.

Oqsil energetik yetishmovchiligining ekzogen sabablari

-Alimentar omillar: ona tomonidan- gipogalaktiya, sut bezining yassi so'rg'ichi va h. k., bola tomonidan- qusish, qayt qilish, pastki jag'ning kichikligi yoki yoshiga mos kelmagan aralashmalar berish, qo'shimcha ovqatni kech kiritish, sutkalik ratsionda oqsil, yog', vitaminlar, temir, mikroelementlarning kamayishi. Infekzion omillar: homila ichi infeksiyasi (sitomyog'aliya, va h.k.), intranatal infeksiyalar, toksiko-septik holat, pielonefrit, siydik yo'llari infeksiyasi va h.k. Oqsil energetik yetishmovchiligining asosiy sababi bo'lib, ko'pincha oshqozon-ichak traktining infeksiyon jarohatlanishi hisoblanadi. Buning natijasida ichaklar shilliq qavatida morfologik o'zgarishlar, disaxaridaz (laktoza) aktivligining susayishi, ichak devorining immunopatologik jarohatlanishi, disbakterioz, natijasida uzoq kechadigan diareya, malabsorbsiya kelib chiqadi.

-Toksik omillarga sifatsiz, muddati o'tib ketgan sutli aralashmalarni qabul qilish, gipervitaminoz D, A, dorilar natijasida zaharlanish kiradi.

Oqsil energetik yetishmovchiligining endogen sabablari – turli sababli perinatal ensefalopatiyalar, ronx-o'pkali displaziya, oshqozon-ichak traktining tug'ma rivojlanish nuqsonlari (pilorostenoz, dolixosigma, Girshprung kasalligi va h.k.

Ichak rezeksiyasidan sung rivojlangan «kalta ichak sindromi».

Nasliy (birlamchi) va ikkilamchi immunodefitsit holatlar.

-Birlamchi malabsorbsiya va maldigestiya (laktoza, saxaroza, glyukoza, fruktoza ko'tara olmaslik, seliakiya, mukovissidoz, eksudativ enteropatiya), hamda ikkilamchi malabsorbsiya (soyali yoki sigir sutini ko'tara olmaslik va h. k.).

-Modda almashinuvining nasliy anomaliyalari (galaktozemiya, fruktozemiya, leysinoz va x. k.).

-Endokrin kasalliklar (adrenogenital sindrom, gipotireoz, gipofizar nanizm va x. k.).

-Anoreksiyaga sabab buluvchi nevroz va psixopatiyalar.

Patogenez

Oqsil energetik yetishmovchiligida ichak va to'qimalarda ovqat maxsulotlarining so'rilishi buziladi, oshqozon, ichak, oshqozon osti

BOLALARDA ENG KO'P UCHRAYDIGAN SOMATIK KASALLIKLAR

bezining fermentativ aktivligi pasayadi, ichaklar kengayadi, uzunlashadi, va ich qotishiga, disbakteriozga olib keladi.

Oqsil energetik etishmovchilikda jigar funksiyasi yurak, bo'yрак, o'pka va boshqa organlarning funksiyasi buziladi. Bunday holatda oqsil, temir, mis, rux, folat kislota, piridoksin va boshqa vitaminlarning defitsiti natijasida anemiya kelib chiqadi. Modda almashinuvining buzilishiga quyidagilar hos: gipoproteinemiya, gipoalbuminemiya, aminoatsiduriya, gipoglikemiya, atsidoz, gipokaliemiya, gipokalsiemiya, gipofosfatemiya. Na va K almashinuvining buzilishi bo'yрак usti bezining disfunktsiyasi natijasida, oqsil energetik yetishmovchiligi sh darajasida bo'yрак usti bezining gipofunksiyasi natijasida kelib chiqadi. Oqsil energetik etishmovchilikning klinik simptomatikasi qo'yidagi guruhlariga bo'linadi:

Trofik buzilishlar sindromi- teri osti yog' qavatining ingichka bo'lishi, tana massasining defitsiti va tana tuzulishining proporsionalligining buzilishi (CHulitskaya L. I. va F. F. Erisman indekslarining kamayishi), to'qima turgorining pasayishi va poligipovitaminoz (A, B, B2, B6, D, C, PP) belgilari;

Ovqat hazm qilish organlarining buzilish sindromlarishtahaning pasayishi, anoreksiya, ahlatining o'zgaruvchanligi, ich qotishi, disbakterioz, ovqatga tolerantlikning pasayishi.

Markaziy asab sistemasi disfunktsiyasi sindromi- emotsional tonusning buzilishi, kam harakatchanlik, termoryog'ulyasiya va uyquning buzilishi, psixomotor rivojlanishdan orqada qolish, mushak gipo va distoniyasi.

Gemopoez buzilishi va immunobiologik reaktivlikning pasayish sindromi- anemiya, ikkilamchi immunodefitsit holat, infeksiyallig'lanish kasalliklarining atipik kechishi. Immunologik reaktivlik pasayishining asosiy sababi oqsil almashinuvining buzilishi hisoblanadi.

Klassifikatsiya: Og'irligiga qarab oqsil energetik yetishmovchiligi 3 ta darajaga bo'linadi: I, II, III. Diagnostika oqsil energetik yetishmovchiligi etiologiyasi, hamroh kasalliklari, asoratlari qayd qilinishi kerak. Birlamchi va ikkilamchi (simptomatik) oqsil energetik yetishmovchiligi tafovut qilinadi. Birlamchi oqsil energetik yetishmovchiligi ovqat etishmovchiligi

natijasida, ikkilamchi oqsil energetik yetishmovchiligi- asosiy kasallik asorati sifatida kelib chiqadi.

Klinikasi: Oqsil energetik yetishmovchiligi I darajasi – tananing hamma qismida, ayniqsa qorinda teri osti yogʻ qavatining kamayishi bilan karakterlanadi. Chulitskaya indeksi 10-15 ga teng. Oqsil energetik yetishmovchiligi II daraja. Teri osti yogʻ qavati qorinda, koʻkrakda, oyoq-qoʻllarda kamaygan, fakat yuzda saqlangan. CHulitskaya indeksi 1-10 ga teng. Bola terisi oqargan, kul rangda, burmaga engil yigʻiladi. Sonning ichki yuzasida ilviragan boʻylama ketgan, xaltachaga oʻxshagan burmalar paydo boʻladi. Poligipovitaminoz (terining marmarsimon boʻlishi, burmalarda kipiklanishi va giperpigmentatsiyasi, tirnoq va sochlarning sinuvchanligi, ogʻiz burchagida oʻyilmalarning paydo boʻlishi va x.k.) belgilari rivojlanadi. Toʻqimalar turgori pasaygan. Mushak tonusining pasayishi natijasida qorin kattalashadi, ichak atoniyasi va meteorizmga olib keladi. Oqsil energetik yetishmovchiligida raxit kasalligi mushak gipotoniyasi, osteoporoz, osteomalyasiya, gipoplaziya, kraniotabes, katta likildok atrofining yumshashi, tishlarning kech chiqishi, lordoz, kifoz, skolioz bilan namoyon boʻladi. Tana massasi 20-30 % ga kamaygan, boʻy uzunligi normaga qaraganda kamaygan. Bola holsiz, bezovta, injiq, eki tashqi muhitga befarq. Bolaning ishtahasi, ovqatga tolerantligi pasaygan. Uyqusi bezovta, termoregulyasiya buzilgan, bola tez sovqotadi yoki isib ketadi.

Koʻpgina bemorlarda otit, pnevmoniya, pielonefrit va boshqa infeksiyon kasalliklar kam simptomlar bilan kechadi. Oqsil energetik yetishmovchiligi II darajasida bemorlarning ahlati oʻzgaruvchan: ich qotishi dispeptik ahlat bilan almashinadi.

Oqsil energetik yetishmovchiligi III - darajasi (marazm, atrofiya).

Birlamchi oqsil energetik yetishmovchiligining III darajasida bemorning tashqi koʻrinishi teri bilan tortilgan skeletni eslatadi. Teri osti yogʻ qavati qorin, koʻkrak, qoʻl-oyoqlarda, tanada yukolgan, yuzida esa juda kamaygan yoki umuman yoʻq boʻladi. Teri kul rangda, quruq, oyoq-qoʻllari sovuk. Teri elastikligi yoʻqolib, yuzida ajinlar ifodalangan. Chulitskaya indeksi manfiy. Terida va shilliq qavatlarda gipovitaminoz (C, A, B vitaminlar) belgilari rivojlangan.

BOLALARDA ENG KO'P UCHRAYDIGAN SOMATIK KASALLIKLAR

Bemorning og'zi katta, og'iz burchagida bichilishlar ko'zga tashlanadi. Ba'zida teri qoplamalarida ho'l eritemalar kuzatiladi. Bemorning yuzi qari odam yuzini eslatadi (ajinlar hisobiga). Qorni katta, damlagan, ahlati o'zgaruvchan, ich qotishi ich ketishi bilan almashinadi. Tana harorati pasaygan. Bemor tez sovqotadi yoki isib ketadi. Tana harorati sababsiz ko'tarilib turadi. Immunologik reaktivlikning susayishi natijasida otit va boshka infeksiya o'choklari (zotiljam, pielonefrit, kolienterit va h. k.) rivojlanib, kam ifodalangan simptomlar bilan kechadi. Bemorda raxitning gipoplaziya va osteomalyasion belgilari kuzatiladi. Bemorning tana massasi normaga qaraganda 30 % va undan kam. Bemorning bo'y uzunligi xam kamaygan.

Oqibati: Oqsil energetik yetishmovchiligini sababini yo'qotishga, xamrox kasalliklar va asoratlar borligiga, bemor yoshiga, ovqatlanish xarakteriga, muhit sharoiti, oqsil energetik yetishmovchiligi darajasiga boglik.

Profilaktikasi: Tabiiy ovqatlantirish muhim. Gipogalaktiyani erta aniqlab, ratsional davolash. Yoshiga qarab tug'ri ovqatlantirish. Ovqatning etarli vitaminizatsiyasi. Raxit profilaktikasi. Kunlik marom va parvarishni tashkil qilish. Raxit, anemiya, nafas, oshkozon-ichak sistemasi organlari, bo'yraqlar, endokrin kasalliklarni erta diagnostikasi va tug'ri davolash.

BUYRAK VA SIYDIK CHIQRISH A'ZOLARI KASALLIKLARI

SISTIT

O'tkir sistit siydik qopi shilliq pardasining mikroblari yallig'lanishidir. Kasallikning bunday tasniflanishining ahamiyatga moyil tomoni shundan iboratki, siydik ajratish tizimi yuqori qismining infeksiyon yallig'lanishi siydik ajratish pastki qismining infeksiyon yallig'lanishiga nisbatan, mukammal tekshiruv, davolash va kasallikni dinamikada kuzatishni talab etadi. O'tkir sistit qiz bolalarda, og'il bolalarga nisbatan 3-5 maro'taba ko'p uchraydi. Bu hol qiz bolalarda siydik ajratish tizimining pastki qismi, endokrin tizimidagi o'ziga xos o'zgarishlar bilan tushuntiriladi.

Etiologiyasi. Kasallikning rivojlanishida infeksiyaning ahamiyati katta. Patogen bakteriyani siydik qopiga yengillik bilan tez o'tishi ayollarda siydik ajratish tizimining o'ziga xosligi - uretraning kalta va kengligi, qin va to'g'ri ichakning yaqin joylashganligidir. Kasallikning rivojlanishida quyidagi omillar muhim rol o'ynaydi: nur bilan davolanish, nefropatiya, jinsiy a'zolarning yalliglanishi, sovuq qo'tish. Siydik qopi shilliq pardasida mahalliy qon aylanishining buzilishi, yuqori verulentlikka ega bo'lgan bakteriyalarning siydik qopida uzoq vaqt davomida qolib ketishi kasallik rivojlanishiga sabab bo'ladi. Surunkali sistit siydik qopining toshi, osmasi, tuberkulezi hisobiga bo'lishiga mumkin, bunday qo'llarda surunkali sistit ikkilamchi bo'lib, shifokordan buni o'z vaqtida aniqlash vazifasini talab qiladi. Birlamchi surunkali sistit deyarli uchramaydi. Odatda birlamchi surunkali sistit ostida boshqa urologik kasalliklar bo'lishiga mumkin.

Klinikasi. Siydik qopining yalliglanish kasalligi birdaniga rivojlanishi mumkin, lekin ko'p qo'llarda kasallik asta-sekin rivojlanadi. Kasallik siydik chiharish mahalida uretrada va chot orasida achishish va qichishish hissi bilan namoyon bo'ladi. Bu belgilar siydik ajralgandan keyin ham saqlanadi. Siydik ajralishi tez-tez, og'riqli bo'lib, siydik miqdori borgan sari kamayib boradi. Siydik ajralishining oxirida ba'zan siydik qon aralash keladi. Ko'p qo'llarda tana harorati normal korsatgichda bo'ladi, ba'zan subfebril bo'lishiga mumkin. Sistitda tana haroratining ko'tarilishi ko'p qo'llarda infeksiyaning siydik ajratish tizimining yuqori qismiga o'tganligini bildiradi. qovuq ustining palpasiyasi va perkussiyasi ba'zida og'riqli bo'ladi. Bolalarda qorin oldi devori mushaklarining taranlashuvi asosan bolalarda kuzatiladi. O'tkir sistitda peshob tahlilida ko'p miqdorda leykosit va eritrositlar aniqlanadi. Infeksion sistitda bakteruriya har-doim aniqlanadi. 1 ml siydik tarkibida 100 000 mikrobnig aniqlanishi o'tkir jarayon ketayo'tganligini ko'rsatadi. qonning umumiy tahlilida ortacha korsatgichli leykositoz va EChT yuqori bo'ladi. O'tkir sistitning kliniko-laborator ko'rinishlari kasallikni to'g'ri davolaganda 7-14 kun ichida asosratsiz yo'qoladi. Surunkali uzoq vaqt kechuvchi sistit siydik qopi - siydik chiharish kanali yo'piluvchi mexanizmining buzilishiga olib keladi. Bu esa keyinchalik ikkilamchi pielonefrit rivojlanishiga sabab bo'lishiga

BOLALARDA ENG KO'P UCHRAYDIGAN SOMATIK KASALLIKLAR

mumkin. Tashqi tomondan surunkali sistit siydik qopi devorida qaytmas struktur o'zgarishlar, deformatsiyalar va mushak tolalari gistoarxitektonikasining buzilishiga sabab bo'lishiga mumkin.

Tashhisot: O'tkir sistit tashhisi bemordagi dizurik belgilar, palpasiyada qovuq usti sohasida paydo bo'ladigan lokal og'riqlar, peshob tahlilida namoyon bo'ladigan leykosituriya, gematuriyaga asoslanib qo'yiladi. Asosiy tekshirish usullaridan biri siydikni ekish va mikrofloraning antibakterial hamda ximioterepevtik dorilarga sezuvchanligini aniqlash hisoblanadi. Bu usul sistitda rasional antibakterial davo o'tkazishga yo'rdam beradi, ammo buning uchun 48 soat vaqt talab qilinadi.

Kechishi: O'tkir sistit bilan og'rigan bemor yotoq rejimiga rioya qilishi, sovuq qo'tmasligi zarur. Qovuq ustiga issiq grelka qo'yish, o'tiruvchi issiq vannalar ogriqni kamaytiradi. Ovqat o'tkir pripravalar va konservandlarsiz bo'lishiga kerak. Sutli choy qabul qilish tavsiya etiladi.

Profilaktikasi: Shaxsiy gigiena qoidalariga rioya qilish, qabziyat va ginekologik kasalliklarni o'z vaqtida davolash.

O'TKIR PIELONEFRIT

Pielonefrit - buyrakning nospesifik infeksiyon kasalligi bo'lib, buyrak parenximasi, interstisial to'qima, jomchalari zararlanishi bilan xarakterlanadi.

O'tkir pielonefrit buyrakning tubulointerstisial to'qimasida o'tkir destruktiv, mikrobli-yalliglanish jarayoni. Siydik ayirish tizimi kasalliklari orasida buyrakdagi yalliglanish jarayoni 23-79%ni tashkil etadi.

Pielonefrit birlamchi va ikkilamchi, bir yoki ikki tomonlama, o'tkir (serozli yoki yiringli), surunkali yoki residivlanuvchi bo'ladi.

Birlamchi pielonefrit buyrak parenximasining mikrobli yalliglanish jarayoni bo'lib, mikroorganizmlar fiksasiyasi va buyrak tubulo-interstisial to'qimasining yalliglanishi bilan kechadi.

Ikkilamchi pielonefrit bolalarda buyrakning bakterial-yalliglanishli o'zgarishi bilan xarakterlanadi, urodinamika buzilishi yoki moddalar almashinuvidagi nefropatiyada kuzatiladi. Pielonefritni yuqorida buyurilgan variantlarga ajratish maqsadga

muvofig, chunki, bu adekvat davo terapiyasini aniqlashga yordam beradi.

Pielonefritni o'tkir va surunkali turlarga bo'lishi uning oqibatiga asoslangan bo'lib, prognostik ahamiyatga ega. Masalan, o'tkir pielonefrit kasallik boshlanishidan boshlab 6 oy davomida simptomlarning ortga qaytishi bilan xarakterlanadi. Bunda sohayish 80-90% gacha bo'lishiga mumkin. Jarayonning faollik belgilari saqlanishi 6 oydan ohsa, bu davrda ikki marta qaytalanish bo'lsa,

surunkali pielonefrit haqida oylash kerak, unda sohayish 35% qo'llarda bo'ladi. Pielonefritning latent (faqat siydik sindromi bilan) va qaytalanuvchi (yaqqol namoyon bo'lgan kliniko-laborator simptomlar) turlarida diqqat bilan dispanser kuzatuvini olib borish lozim, kam simptomli shakllar esa og'ir asoratlarga olib kelishi (surunkali buyrak yetishmovchiligi) mumkin.

Kasallikning faol va nofaol davrlarga bo'linishi shifokor kuzatuvidagi farq bilan tushuntiriladi. Faol davrda antibakterial terapiya, klinik laborator remissiya davrida esa qaytalanishning profilaktikasi o'tkaziladi. Pielonefritning kechki bosqichi uchun kanalchalar funksiyasining pasayishi xarakterlidir. Jarayonning salbiy kechishida surunkali buyrak yetishmovchiligi rivojlanadi.

Etiologiyasi, patogenezini. Pielonefritni ichak tayo'qchalari, enterokokk, pro'tey, stafilokokk, streptokokklar chaqiradi. 1/3 bemorlarda o'tkir pielonefrit va 2/3 bemorlardagi surunkali pielonefritda mikroflora aralash bo'ladi. Davolash vaqtida mikroflora va antibio'tiklarga sezuvchanlik o'zgaradi, bu esa uroantiseptiklarga sezuvchanlikni aniqlash uchun siydikni qayta ekishni talab qiladi. Pielonefritning rivojlanishi makroorganizmning umumiy holatiga ham bog'liq. Infeksiya limfogen va gematogen yo'l bilan kiradi. Pielonefrit rivojlanishida yashirin kechuvchi interstisial nefrit ham muhim rol o'ynaydi.

O'tkir pielonefrit interstisial, seroz yoki yiringli bo'ladi. Apostematoz nefrit va buyrak karbunkuli- o'tkir yiringli pielonefritning keyingi bosqichlarida kuzatiladi.

Klinik ko'rinishi. Kasallik o'tkir boshlanadi, yuqori harorat (40 °S gacha), qaltirash, ko'p terlash, bel sohasida ogriq; zararlangan buyrak tomonda-qorin devori oldi zo'riqishi, qovurga-umurtqa burchagida kuchli og'riq; umumiy holsizlik, chanqash, dizuriya yoki

BOLALARDA ENG KO'P UCHRAYDIGAN SOMATIK KASALLIKLAR

pollakiuriya aniqlanadi. Bosh og'rihi, ko'ngil aynashi, qayd qilish intoksikasiyaning tez rivojlanishidan dalolat beradi. Neytrofilli leykositoz, aneozinofiliya, piuriya, qisman pro'teinuriya va gematuriya kuzatiladi. Ba'zan bemorlarning ahvoli yomonlashganda leykositoz leykopeniya bilan almashinadi, bu kasallikning yomon oqibat bilan tugashi belgisi hisoblanadi. Pasternaskiy sinamasi, musbat bo'ladi. Ikki tomonlama o'tkir pielonefritda buyrak yetishmovchiligi belgilari kuzatiladi. O'tkir pielonefrit paranefrit, buyrak sorgichlari nekrozi bilan asoratlanadi.

Tashhisi. Tashqis qoyishda anamnezda yaqinda o'tkazilgan o'tkir yiringli jarayon mavjudligi, surunkali kasalliklar (o'tkir osti septik endokardit, ginekologik kasalliklar va boshqalar) mavjudligi muxim orinni egallaydi. Kasallik uchun bezgakning dizuriya, bel sohasida og'riq, oliguriya, piuriya, pro'teinuriya, gematuriya, bakteriuriya bilan birga kelishi xarakterli bo'lib, bunda siydikning nisbiy zichligi yuqori bo'lishiga kuzatiladi. Siydikda patologik elementlar o'tkir yiringli kasalliklarda ham kuzatilishi, piuriya esa buyrakdan tashhari kasalliklarda ham bo'lishiga mumkin. Obzor rentgenogrammada bitta buyrak hajmining kattalashganligi, ekskretor urografiya - nafas olganda zararlangan buyrak harakatining keskin cheklanganligi, zararlangan tomonda siydik chiharish yollari soyalarining yo'qligi yoki kech paydo bo'lishiga aniqlanadi. Kosachalar va jomchalarning siqilishi, bir yoki bir necha kosachalar amputasiyasi karbunkul borligidan dalolat beradi.

SURUNKALI PIELONEFRIT

Surunkali pielonefrit - uzoq (6 oydan yuqori) kechadigan yallig'lanish jarayoni bo'lib, ko'p qo'llarda siydik traktini anatomik nuqsonlari yoki obstruksiyasi, kosacha - jomcha tizimining fibrozi va deformatsiyasi fonida rivojlanadi. Surunkali pielonefrit yaxshi davolanmagan o'tkir pielonefrit yoki birlamchi surunkali pielonefrit oqibatida kelib chiqadi, kasallikning boshlanishidan o'tkir belgilersiz kechishi mumkin. Ko'p bemorlarda surunkali pielonefrit bolalik davrida yuzaga chiqadi, asosan qiz bolalarda. Odatdagi tekshiruvda 1/3 bemorlarda pielonefrit tashqisini qoyish qiyin. Ko'pincha sababsiz bezgak kasallikning xuruji haqida guvohlik beradi. Oxirgi

yillarda surunkali glomerulonefrit va pielonefritning birga kelishi ko'p uchramoqda.

Klinik ko'rinishi. Bir tomonlama surunkali pielonefrit zararlangan buyrak tomonda bel sohasida doimiy kuchsiz og'riq bilan xarakterlanadi. Dizurik ko'p kasallarda bo'lmaydi. Kasallikning xuruj davrida 20% bemorlarda tana harorati ko'tariladi. Siydik chokmasida leykositlar soni boshqa elementlardan ko'p bo'ladi. Lekin zararlangan buyrakning bujmayishi natijasida siydik sindromi kamayadi. Siydikning nisbiy zichligi normada saqlanadi. Tashqis uchun siydikda faol leykositlarning aniqlanishi muhim ahamiyatga ega. Pielonefritning latent kechishida pirogenal yoki prednizolon testini o'tkazish maqsadga muvofiqdir (10 ml natriy xlorid izo'tonik eritmasida eritilgan 30 mg prednizolon, vena ichiga 5 min davomida yuboriladi; 1; 2; 3 soatdan keyin va 1 sutkadan keyin siydik tekshiriladi). Prednizolon yuborilgandan keyin 1 soat davomida ko'p qismi faol bo'lgan 400 000 leykositlar aniqlansa, prednizolon testi musbat deyiladi. Siydikda Shterngeymer - Malbin hujayralari topilsa, siydik traktida yalliglanish jarayonidan dalolat beradi, lekin hali pielonefrit rivojlanganligini aniq belgisi hisoblanmaydi.

Ko'pgina bemorlarda kasallik simptomlaridan biri bakteruriya hisoblanadi. 1 ml siydikda bakteriyalar soni 100 000dan oshsa, bunda antibio'tiklarga va ximiopreparatlarga sezuvchanlikni aniqlash zarur. Arterial gipertenziya-surunkali pielonefrit, asosan ikki tomonlama pielonefritning eng ko'p uchraydigan simptomi.

Buyrakni funksional holati xromosistoskopiya, ekskretor urografiya, klirens-usul bilan tekshiriladi (masalan, endogen kreatinin tozalash koeffisientini aniqlash, har bir buyrakda alohida aniqlanadi), radionuklid usuli (renografiya gippuran bilan o'tkaziladi, buyrakni skanirlash). Surunkali pielonefritda buyrakning konsentrasyon funksiyasi erta buziladi, azo't ajratish funksiyasi ko'p yillar davomida saqlanadi.

Kanalchalar funksiyasi buzilishi natijasida asidoz rivojlanadi, buyrak orqali kalsiy va fosfatlar ajralishi buziladi, ba'zida bu ikkilamchi paratireoidizm, buyrak osteodistrofiyasiga olib keladi.

Infuzion urografiya oldin buyrak konsentrasyon funksiyasining pasayishi, rentgenokonstrast moddasining sekin ajralishi, lokal spazmlar, kosacha-jomcha deformatsiyasi aniqlanadi.

BOLALARDA ENG KO'P UCHRAYDIGAN SOMATIK KASALLIKLAR

Keyinchalik spastik bosqichi atoniya bilan almashadi, kosacha va jomcha kengayadi. Kosacha qirralari zamburug' shaklini egallaydi, kosachalar yaqinlashadi. Agar qonda mochevina miqdori 1 g/ldan kam bo'lsa infuzion urografiya usuli informativ hisoblanadi. Tashqis qoyish qiyin bo'lgan qo'llarda buyrak biopsiyasi o'tkaziladi. Buyrak yetishmovchiligi rivojlanishi bilan teri rangi quruq va oharadi, ko'ngil aynashi va qusish, burundan qon ketishi kuzatiladi. Bemorlar ozib ketadi, kamqonlik rivojlanadi. Siydikdagi patologik elementlar yo'qoladi. Pielonefritning asoratlari: nefrolitiaz, pionefroz, buyrak sorgichlari nekrozi.

Tashxisi. Katta qiyinchilik tug'diradi. Surunkali glomerulonefrit bilan differensial tashqisida siydik sindromi, (leykosituriyaning gematuriyadan ustunlik qilishi, faol leykositlar va Shterngeymer-Malbin hujayralari, yaqqol bakteriuriya pielonefritga xarakterli), ekskretor urografiya, radionuklid renografiya ma'lumotlari muhim ahamiyatga ega. Nefrotik sindrom mavjudligi glomerulonefritdan dalolat beradi. Arterial gipertenziyada differensial tashqis pionefrit, gipertonik kasalligi va vazorenal gipertenziya bilan o'tkazish zarur. Pielonefritga xarakterli anamnez, siydik sindromi, rentgenologik va radionuklid tekshirish natijalari, xromosistosko'piyadagi boyog ekskresiyasi asimmetriyasi, ko'p qo'llarda bu kasallikdan dalolat beradi. Vazorenal gipertenziya borligi yoki yogligi, vena ichi urografiya, radionuklid renografiya va aortoarteriografiya yo'rdamida aniqlanadi.

Tashqis ko'p ho'llarda katta qiyin. Surunkali glomerulonefrit bilan solishtirma tashqis o'tkazilganda siydik sindromi (leykosituriyadan gematuriyaning ustunlik qilishi, aktiv leykositlar va Shterngeymer-Malbin hujayralarining borlig'i, pielonefritda bakteriuriya bo'lishiga), ekskretor urografiya, radionuklid renografiya ahamiyatga ega. Nefrotik sindrom glomerulonefrit to'g'risida ma'lumot beradi. Arterial gipertenziya aniqlanganda pielonefrit, gipertoniya kasalligi va vazorenal gipertenziya orasida qiyosiy tashqis o'tkazish lozim.

Tashqis qo'yishda pielonefritga xos anamnez, laborator tekshiruv natijalari yo'rdam beradi. Vazorenal gipertenziya mavjudligini tomir ichi urografiya, radionuklid renografiya va aortoarteriografiya usullari bilan aniqlanadi.

GLOMERULONEFRIT

Glomerulonefrit (yun. *glomerulo* -buyrak ko'ptokchasi, *nephritis*- buyrak yallig'lanishi, *ko'ptokchali nefrit*) - bu immunoyallig'lanishli buyraklar kasalligi, asosan buyrak ko'ptokchalarining shikastlanishi bilan kechadi. Ba'zan jarayonga interstitsial to'qima va buyrak naychalari jalb qilinadi. Glomerulonefrit mustaqil kasallik shaklida kechishi yoki angina, faringit, skarlatina va boshqa infeksiyon-yallig'lanish kasalliklar bilan og'rib o'tgandan so'ng (ba'zan esa difteriya, o'pka yallig'lanishi, toshмали terlama, ich terlama va shunga o'xshash asosan streptokokklar qo'zg'atadigan kasalliklarga chalingandan keyin shuningdek o'ta sovuq ob-havo ta'sir qilganda, havoda namgarchilik ortib ketganda, zararli moddalar (alkogol, simob, qo'rg'oshin, atseton, benzin singarilar) organizmga ta'sir ko'rsatganda hamda tizimli kasalliklar (qizil yugurik, gemorragik vaskulit, infeksiyon endokardit) bilan og'riganda buyrak to'qimalari zararlanishi mumkin.

Epidemiologiya. Pediatriya sohasida glomerulonefrit orttirilgan buyrak kasalliklari orasida siydik yo'llari infeksiyon kasalliklaridan keyingi o'rinda turuvchi eng ko'p tarqalgan kasallikdir.

Ko'p hollarda kasallik maktabgacha va maktab yoshidagi bolalarda uchraydi va o'g'il bolalar qiz bolalarga nisbatan 2 barobar ko'proq kasallanadi. Bolalarda aholi populyatsiyasida tarqalish chastotasi 0,15-0,25% ni tashkil qiladi.

Glomerulonefrit tarqalish va uchrash chastotasi bolaning yoshidan, yashash sharoitidan, yil faslidan, iqlim jo'g'rofik xususiyatlardan, organizmning sensibilizatsiya darajasidan, infeksiyon patologiyani epidemik uchoqlarini avj olishidan va boshqa faktorlardan bog'liq.

Glomerulonefrit bilan barcha yoshdagi bolalar kasallanishi mumkin, lekin ko'proq 3-12 yoshdagi bolalarda uchraydi. Kasallikni boshlanish yoshi uning kechishida va oqibatida alohida ahamiyatga ega. Agar kasallik 10 yoshdan kata bolalarda uchrasa patologik jarayonni surunkali shaklga o'tish ehtimoli oshadi va glyukokortikoidoterapiyaga rezistent bo'lib qoladi.

BOLALARDA ENG KO'P UCHRAYDIGAN SOMATIK KASALLIKLAR

Etiologiya. Glomerulonefrit etiologiyasida bakterial va virusli kasalliklar yotadi. Ayniqsa streptokokkli infeksiyani ahamiyati katta. Etiologik omillar orasida ko'proq infeksiyon agent, ya'ni A guruhidagi V - gemolitik streptokokk nefritogen shtammi hisoblanadi. Har-xil viruslar ham GN - ga sabab bo'lmoqda. Shundan HBs - 6 virusi 10 % hollarda sabab bo'lmoqda. Bu ko'proq GN ni og'ir shakllariga sabab bo'lmoqda. Har-xil dorilar ta'siri ham ahamiyatli, chunki dorilar asosan buyrak orqali ajraladi, noto'g'ri qo'llanilishdan koptokchalami zararlaydi. Diffuz glomerulonefrit buyrakning ikki tomonlama abakterial yallig'lanishidir. Birlamchi GN - bu biriktiruvchi to'qimani sistemali kasalliklarisiz rivojlanishi tushuniladi. Birlamchi va diffuz GN - bu sinonim hisoblanadi. O'tkir GN - bu streptokokk infeksiyasidan so'ng rivojlanadigan, tsiklik kechishi bilan xarakterlanadigan kasallikdir.

Surunkali GN - bu to'liqinsimon, chuziluvchan latent kechishi bilan

xarakterlanadi. Bunda jarayon progressiv kechib, buyrak to'qimasida sklerotik va distrofik o'zgarishlar rivojlanishiga sabab bo'ladi. Tez progressivlanuvchi GN - eng yomon sifatli bo'lib, bir necha oydan so'ng SBY rivojlanadi.

Patogenez.

Birlamchi glomerulonefrit bu muhit va genetik faktorlarni o'zaro munosabati

natijasida kelib chiqadi. Immunogenetikani zamonaviy usullari shuni ko'rsatdiki birlamchi glomerulonefrit kelib chiqishida B8, V 12, B35, DR2, HLA - tizim antigenlarni o'z ichida, bu esa kasallikni irsiy moyillikka ega ekanligini isbotlaydi. Bu HLA-antigenlarni organizmda antigen - antitelo kompleksini hosil bo'lishini, makrofaglarni bu antigenlarga nisbatdan funktsional aktivlik etishmovchiligini va streptokokklarni nefritogen shtammlariga nisbatdan sezgirligini oshishini ta'minlaydi.

Hozirgi vaqtda hammaga ma'lumki, glomerulonefrit asosida immunopatologik

reaktsiyalar yotadi. Glomerulonefrit patogenezi juda murakkab. Uning negizida 2 ta asosiy patogenetik mexanizm yotadi: immunokompleksli va autoimmun, ular bir biridan patologik jarayonni initsiatsiya bosqichi bilan farq qiliadi, lekin effektorli

(zararlovchi) bosqichi umumiy. 80-85% bemorlarda glomerulonefrit kasalligi immune kompleksli mexanizm asosida rivojlanadi. Immunokompleksli glomerulonefritga poststreptokokkli glomerulonefrit, malyariyadagi glomerulonefrit, gepatit V virusi tomonidan chaqirilgan glomerulonefrit, idiopatik glomerulonefrit (birlamchi va ikkilamchi tipdagi membranoz-proliferativ, immunoglobulin - A - nefropatiya) kiradi.

O'GN Klinikasi.

Kasallik nefrotik, nefritik va aralash shakllarda kechadi (jadval 1.):

Nefritik shakli:

- 1) Gematuriya
- 2) Proteinuriya
- 3) Gipertenziya
- 4) Oliguriya bo'lishi mumkin
- 5) Silindruriya
- 6) Leykotsituriya
- 7) Gipovolemiya
- 8) Ensefalopatiya

Nefrotik shakli:

- 1) Proteinuriya 3 g \ l va yuqori
- 2) Shish - keng tarqalgan
- 3) Gipoproteinemiya 40 g \ l
- 4) Giperoxolesterinemiya bo'lishi mumkin
- 5) Gipertenziya
- 6) Eritrotsituriya
- 7) Azotemiya

BOLALARDA ENG KO'P UCHRAYDIGAN SOMATIK KASALLIKLAR

Shikoyatlar	Rivojlanish sabablari
Bel sohasida og'riqlar	Buyraklar o'Ichamini kattalashuvi
Mehnat layoqatini pasayishi	Nerv-tomir ohirlarini qisilishi
Bosh og'rig'i	Quvvatsizlik. Patologik jarayonda a'zo va tizimlarni zararlanishi
Dizuriya	Arterial gipertenziya
Oliguriya	Kalla ichi bosimni oshishi
Chanqash	Buyrakda gemodinamikani buzilishi. Siydik yo'llari infeksiyasi
Hansirash	Buyrakda gemodinamikani buzilishi. Koptokchalar filtratsiyasini buzilishi. Markaziy ta'sir Yurak etishmovchiligi. O'pkada nefrogen shish elementlari.

Jadval 5: O'GN klinik simptomlari

Glomerulonefritni tashxislash

O'tkir glomerulonefritni tashxislash uchun quyidagi kompleks tekshirishlar o'tkaziladi.

1. Dinamikada siydik tahlili (7-10 kunda 1 marta). Agar umumiy siydik

tahlilidan tashxislash uchun etarli o'zgarishlar bo'lmasa, Nechiporenko sinamasi, Ambuije sinamasi, Addis - Kakovskiy sinamasi o'tkaziladi.

Nechiporenko sinamasi - tahlilning maqsadi siydik tizimidagi yallig'lanish jarayonini aniqlash ya'ni siydikda elementlar sonini - leykotsitlar, eritrotsitlar - birlik hajm (odatda 1 ml) da aniqlash.

Normal ko'rsatkichlar quyidagicha:

Leykotsitlar - 1 ml dan 4000 gacha;

Eritrotsitlar - 1 ml dan 2000 gacha.

Tahlil qilish tartibi

siydik idishga yig'ilib aralashtiriladi.

10 ml siydik graduslangan probirkaga solinadi.

Probirka 3 minut sentrifügaga qo'yiladi.

Siydikning yuqori qatlami pipetka yordamida ehtiyotkorlik bilan olib tashlanadi, probirkada 1 ml cho'kma bilan siydik qoldiriladi.

Cho'kma yaxshi aralashadi va Goryaev hisoblash kamerasi, Fuks-Rosental kamerasini yoki Burker kamerasi to'ldiradi.

Butun tarmoqdagi hisoblash xonasida leykotsitlar, eritrotsitlar va silindrlarni alohida hisoblash amalga oshiriladi va 1 mm³ siydik cho'kmasiga qayta hisoblab chiqiladi.

Glomerulonefrit asoratlari

O'tkir glomerulonefrit quyidagi asoratlarning rivojlanishiga olib kelishi mumkin:

O'tkir buyrak etishmovchiligi (1% hollarda);

O'tkir yurak yetishmovchiligi (3% dan kamroq hollarda);

Preeklampsiya yoki eklampsiya (o'tkir buyrak gipertenziv ensefalopatiyasi);

Miyaga qon quyilishi;

Vaqtinchalik ko'rish buzilishi;

Surunkali diffuz glomerulonefrit.

QON VA QON YARATISH A'ZOLARI KASALLIKLARI

ANEMIYA

Anemiya -qondagi eritrotsitlar sonining kamayib, qonning hajm birligida gemoglobin miqdori va bitta eritrotsitdagi o'rtacha gemoglobin miqdorining kamayib qolishi bilan xarakterlanadigan holatdir.

Anemiyalarni tasnifi

Klinik amaliyotda anemiyalarning quyidagi tasnifi eng keng tarqalgan:

1. O'tkir qon yo'qotish tufayli anemiya

2. Eritrotsitlar ishlab chiqarishining buzilishidan kelib chiqqan anemiya

• *Aplastik*

• *Temir etishmasligi*

• *Megaloblastik*

• *Sideroblastik*

• *Surunkali kasalliklar anemiyasi*

3. Qizil qon hujayralarining ko'p parchalanishi tufayli anemiyalar

• *Gemolitik*

BOLALARDA ENG KO'P UCHRAYDIGAN SOMATIK KASALLIKLAR

Gemoglobinning pasayishining og'irligiga qarab, anemiyaning uch og'irligi darajasi ajratiladi:

Engil - gemoglobin darajasi 90g/l dan yuqori;

O'rta - gemoglobin 90-70 g/l oralig'ida;

Og'ir - gemoglobin darajasi 70 g/l dan kam.

Etiologiyasi. Katta yoshdagi bolalarda anemiyaning kelib chiqishidaturlri sohalardan qon ketishi, gelmintozlar sabab bo'lishi mumkin. Bundan tashqari, anemiya boshqa tizim hamda organlar kasalliklari -leykoz, nefrit, jigarning diffuz zararlanishi, infeksiyalar, intoksi- katsiyalar, irsiy kasalliklar va boshqalarning alomati sifatida ham paydobo'lishi mumkin. Yosh go'dak bolalarda (aksari 6-18 oylik) uchraydigan barcha anemiyalarning 90 foizi infeksiyon-alimentar tabiatga ega. Buning sababi, emadigan bola qon yaratish apparatining funksional jihatdan labil hamda juda nozik bo'lishidir. Yosh go'daklarda bo'ladigan infeksiyon-alimentar anemiyalar ko'pincha temir yetishmasligi sababli kelib chiqadi va shuning uchun bunday anemiyalar - temirdefitsitli anemiyalar deyiladi. Bundan tashqari, keltirib chiqargan sabablarga asoslangan holda kamqonlikning vitamin yoki oqsil yetishmasligidan kelib chiqqan turi, postgemorragik (ko'p qon yo'qotish), gemolitik (qonning parcha- lanishi), postinfeksion (yuqumli kasalliklardan so'ng), gipoplastik va aplastik (qon ishlab chiqarishning pasayishi yoki batamom yo'qolishi) turlari ham farqlanadi. Anemiyalarning postgemorragik, gemolitik, postinfeksion va gipoaplastik turlari odatda katta yoshdagi bolalarda ko'proq uchraydi.

TEMIR YETISHMOVCHILIK KAMQONLIGI

Temir yetishmovchilik kamqonligi (TEK) - temir tanqislikligining ko'rinishi bo'lib, birlik qon hajmida va eritrositlarda gemoglobin konsentrasiyasining kamayishi, mikrositoz, anizositoz, poykilositoz, rang ko'rsatgichining pasayishi, qon zardobida temir va ferritin miqdorining kamayishi, transferrinning temir bilan past darajada to'yinishi, temir boqlovchi xususiyati va eritrositar pro'toporfirinning oshishi bilan xarakterlanadi.

TEK bolalik davrida kamqonlikning eng ko'p korinishidan biri hisoblanadi. Bola hayo'tining ikkinchi yilida va o'smirlik davrida,

erta yoshdagi bolalarda juda ko'p kuzatiladi. Yashirin temir tanqisliklik davri temir yetishmovchilik kamqonligidan 1,5-2 marta ko'p uchraydi.

Temir yetishmovchilik kamqonligi sabablari:

1. Tug'ilganda temir miqdorining kamligi. Xavf guruhi: chala tug'ilganlar; homiladorlik vaqtida kamqonlikka uchragan onalar, shuningdek "tashlandiq bolalar"; homila ichi rivojlanishidan orqada qolgan bolalar; perinatal davrda ko'p qon yo'qotgan bolalar.

2. Alimentar omillar - temir yetishmovchiligi kamqonligining yetakchi sababi. Xavf guruhi: moslashtirilmagan aralashmalar bilan sun'iy ovqatlantiriladigan bolalar; qo'shimcha ovqatni kech berish; har qaysi yoshda faqat osimlik, sabzavo'tlar bilan ovqatlantirish; rasionda sutni ko'p ishlatish (sutkada 0,5 l dan yuqori).

3. Temirni ko'p miqdorda yogo'tish yo'ki unga bo'lgan yuqori talab. Xavf guruhi: o'tkir va surunkali yuqumli kasalliklar, asosan oshqozon-ichak trakti; oshqozon-ichak traktining surunkali noinfektsion, yalliglanish kasalliklari (malabsorbsiya sindromida temirni ko'p yogo'tish yo'ki yetarli darajada organizmga tushmasligi); yaqqol (melena, burundan qon ketish, gematuriya va boshqalar) va yashirin qon ketishi; yuvenil gormonal o'zgarishlar; toksik omillar; essensial.

Temir tanqislikligida birinchi o'zgarish to'qimalarda sodir bo'ladi- to'qimada temir zahirasi kamayadi, zardobda ferritinning kamayishiga olib keladi, keyin transferrinning temir bilan to'yinishi pasayadi, zardobning umumiy temir bog'lovchi xususiyati ortadi va erkin eritrositar pro'toporfınlar miqdori - gem manbalari ko'tariladi. Yuqorida krsatilgan o'zgarishlar bola qon zardobida temir miqdori va gemoglobin konsentrasiyasi, eritrositlar hajmining pasayishigacha, ya'ni kamqonlik rivojlanishidan olin kuzatiladi.

Gemoglobinning pasayish darajasiga harab, anemiyaning yengil (gemoglobin 90-110g/l), orta-og'ir (60-80 g/l) va og'ir (gemoglobin 60 g/l dan kam) turlari ajratiladi. Klinik ko'rinishida quyidagi sindromlar kuzatiladi:

Astenonevro'tik sindrom: tez charchash, qo'zg'aluvchanlik, asabiylashish, emosional no'turg'unlik, ko'p terlash, jismoniy va psixomo'tor rivojlanishdan orqada qolish; lanjlik, asteniya, apatiya, ishtaha pastligi, diqqat e'tiborni pasayishi, hushdan ketish, katta

BOLALARDA ENG KO'P UCHRAYDIGAN SOMATIK KASALLIKLAR

yoshdagi bolalarda bosh og`rishi, bosh aylanishi, quloqlarda shovqin, ko`z oldida bijirlash, yurak sohasida ogriq, shuningdek, ishtaha va hid bilishning o`zgarishi, dizurik buzilishlar.

"Epitelial" sindrom. Terining oqimtirligi (asosan kaftda, tirnoqlarda, shilliq qavatlarida va quloq supralarida; terining quruqligi va kepaklanishi; teri, tirnoq, soch, og`iz shilliq qavati, tilning distrofik o`zgarishi (og`iz burchagida bicqilish, angulyar stomatit, til sorgichlarining yassiligi, laklangan til, tilning qizarishi, atrofik glossit), qattiq ovqatlarni yutishning buzilishi; gastrit; duodenit, malabsorbsiya va maldigestiya bilan kechuvchi enteropatiya, no`turg`un najas; ko`ngil aynashi; ba`zida terining alebastr-yashil rangda bo`lishiga (xloroz) kuzatiladi.

Yurak qon-tomir sindromi: taxikardiya, arterial gipo`toniyaga moyillik, yurak tonlarining susayishi va yurak nisbiy chegarasining kengayishi, yurak cho`qqisida funksional sistolik shovqin, ba`zida yirik tomirlar ustida shovqin eshitalishi, 260

Mushak sindromi: gipo`toniya, tez charchash, peshobni ushlab turaolmaslik, qabziyat. Ikkilamchi immunitet tanqisligi sindromi: temir yetishmasligini yanadi og`irlashishiga olib keluvchi tez-tez ORVI, pnevmoniya, ichak infeksiyalari bilan kasallanish.

Temir yetishmasligi kamqonligining tashqiso`ti gematologik ko`rsatgichlarning siljishini aniqlashga asoslangan - gemoglobinning pasayishi (5 yoshgacha 110g/l dan kam va katta yoshdagilarda 120 g/l dan kam), rang ko`rsatgichi 0,8 dan past, bitta eritrositda gemoglobinning o`rtacha miqdori 927 pg/eritrositdan past, eritrositlar o`rtacha hajmining pasayishi, temir almashinuvi ko`rsatgichi - qon zardobida ferritinning pasayishi (30 ng/ml dan past), transferrinning temir bilan toyinganligi (25% dan past), temir (11,6 mkmol/l dan past; qon zardobida umumiy temir bog`lovchi funksiyasining yuqoriligi (50 mkmol/l dan yuqori. Laborator belgilariga shuningdek, mikrositoz, anizo va poykilositoz kiradi. Rang korsatgichining pasayishi temir etishmovchiligining erta bosqichlarida rivojlanmaydi, shuning uchun normoxrom rang ko`rsatkichi temir yetishmovchilik kamqonligini inkor hilmaydi. Eritrositlar sonining pasayishi faqatgina og`ir kamqonliklarga xarakterlidir. Suyak ko`migida eritropoezning yosharish belgilari xarakterlidir, bu qonda retikulositoz bilan tasdiqlanadi.

Differensial tashxis juda kam uchraydigan mikrositar gipoxrom kamqonliklar bilan o'tkaziladi: talassemiya, kumush, simob bilan zaxarlanish; sideroblast kamqonlik.

Profilaktikasi. Ayollarda temir tanqisligini oldini olishdan boshlanadi. Chala tug'ilgan bolalarda 1-oyligidan boshlab profilaktik doza sutka davomida 2 mg/kg beriladi. Bolalar ovqatlanishida tarkibiga temir dorilari qo'shilgan bo'tqalarni berish tavsiya qilinadi.

MEGALOBLASTIK ANEMIYALAR

Megaloblastik anemiya - B₁₂ vitamini va folat kislotasi etishmovchiligi tufayli yuzaga keladigan eritroid hujayralarining DNK va RNK sintezining buzilishi bilan oldindan belgilangan anemiya. Anamnez: kasallikning asta-sekin rivojlanishiga, umumiy darmonsizlikka e'tibor berish.

Bemorni tekshirish - sindromlarning xarakterli uchligi:

1. Anemiya (teri va shilliq pardalarning rangsizlanishi, teri va skleraning nozikligi);

2. Ovqat hazm qilish traktining shikastlanishi (tilning shilliq qavati - birinchi bosqichda, yorqin qizil, og'riqli, keyinchalik - silliq, porloq; atrofik gastrit);

3. Nevrologik sindrom (funikulyar miyeloz).

laboratoriyadagi xarakterli o'zgarishlar: giperxrom turdagi anemiya (rang indeksi > 1,0), leykopeniya, trombotsitlar sonini kamaytirish mumkin. Qon tekshiruvi o'tkazilganda, makrositoz, ovalotsitoz, anizotsitoz, eritrotsitlardagi bazofilik granulari, Kebo't halqalari va Jolli tanachalarni o'z ichiga olgan eritrotsitlar, giper segmentli yadroga ega neytrofillar topiladi;

Makrositar anemiya (o'rtacha EH 100 m³ dan ortiq) megaloblastik va megaloblastik bo'lmaganlarga bo'linadi. Megaloblastik anemiya B₁₂ vitamini yoki folat kislotasi etishmovchiligi tufayli yuzaga keladi va periferik qon va suyak iligi xarakterli manzarasi bilan tavsiflanadi. Megaloblastik bo'lmagan makrositar anemiya jigar kasalliklari va mielodisplastik kasalliklarda uchraydi. Makrotsitoz retikulotsitar kriz (retikulotsitlar 10% dan yuqori) bo'lgan bemorlarda ham aniqlanadi. Bunday holda, tashxis periferik qonni, suyak iligini, shuningdek qon zardobidagi

BOLALARDA ENG KO'P UCHRAYDIGAN SOMATIK KASALLIKLAR

B₁₂ vitamini va folat kislotasi miqdorini aniqlashni talab qiladi. Yakuniy tashxis va terapiyani buyurish odatda gematolog bilan maslahatlashishni talab qiladi.

VITAMIN B₁₂ DEFITSIT ANEMIYASI DIAGNOSTIKASI

B₁₂ etishmovchiligi anemiyasini tashxislash uchun qo'shimcha tekshiruvlar talab etiladi:

1. Qonda B₁₂ vitaminining miqdorini aniqlash.

2. Aspiratsiya qilingan suyak iligi biopsiyasi (qonda B₁₂ vitaminini aniqlash imkoniyati bo'lmaganida yoki 5-8 kun ichida davolanishga javob bo'lmasa).

Vitamin B₁₂ – folat kislotasi etishmovchiligi anemiyasi. Ushbu anemiyalar, qonni etarlicha qabul qilmaslik yoki gemostimulyatsion xususiyatlarga ega bo'lgan B₁₂ vitamini va folat kislotasidan foydalana olmaslikdan kelib chiqadi. B₁₂ vitamini va folat kislotasi qizil qon hujayralarini shakllantirishda ishtirok etadi. Agar ular oz bo'lsa yoki yo'q bo'lsa, unda qizil qon hujayralarining kamolotga uchrashi sodir bo'lmaydi va natijada anemiya bo'ladi. B₁₂-folat etishmasligi anemiyasi megaloblastik anemiya guruhiga kiradi. Ular uzoq vaqtdan beri ma'lum, ammo ularning sababi bizning asrimizning 40-yillarida aniqlangan. Klinik ko'rinish va laboratoriya xususiyatlariga ko'ra, ular juda o'xshash, ularni farqlash qiyin. B₁₂ vitamini va folat kislotasi etishmovchiligida anemiya paydo bo'lishi holatlari mavjud. B₁₂ vitamini (cyanobalamin) 1948 yilda birinchi marta sintez qilindi va anemiyaning sababi birinchi bor aniqlandi. Ilgari u ichki omil natijasida rivojlanadi deb ishonilgan. Kasl omili - me'da shilliq qavatining asosiy hujayralari tomonidan ishlab chiqariladigan gastromukoprotein (oqsil). Keyinchalik, Kasl omilining tashqi antianemik omili B₁₂ vitamini ekanligi to'g'risida qaror qabul qilindi. Vitamin etishmasligi anemiyasi ekzogen yoki endogen bo'lishi mumkin. B₁₂ vitamini va folat kislotasi tabiatda keng tarqalgan va oziq-ovqat bilan ta'minlanadi: go'sht, tuxum, sut, pishloq, hayvonlar buyraklari, ismaloq va xamirturush. Kattalar tanasida B₁₂ vitaminining miqdori 2-5 mg, folat kislotasi kamroq. B₁₂ vitaminining va folat kislotasining asosiy ombori jigardir. Ularning kunlik yo'qotishlari ahamiyatsiz. Agar B₁₂ tanaga kirmasa,

faqat 5-6 yildan keyin anemiya paydo bo'lishi mumkin. B₁₂ vitamini DNK va RNK, xususan, qizil qon tanachalari sintezida ishtirok etadi. Shuning uchun uning etishmovchiligi bilan qizil qon hujayralarining tuzilishi buziladi. Suyak iligi hujayralarida kamolotga va differentsiatsiyaga kirishish jarayoni sekinlashadi. Gemoglobin hosil bo'lish jarayoni buzilmaydi (B₁₂ va folat kislotasi bu jarayonda ishtirok etmaydi). Vitamin B₁₂, oshqozon-ichak traktiga kirib, oshqozonda parchalanadi va bo'shashadi, uning ichki omili bilan birlashadi. Ichakda villi hududiga kirgandan so'ng, kompleks parchalanadi va allaqachon toza B₁₂ ichak devori orqali so'riladi va qon oqimiga kiradi. Faktor transport va assimilyatsiya qilish uchun kerak. Qonda B₁₂ oqsillarni transkobalamin orqali tashiydi, ular bir nechta turlar bilan ajralib turadi (1, 2, 3, 4). Asosiy transport funksiyasi 1 va 2 transkobalaminlari tomonidan amalga oshiriladi, ular B₁₂ vitaminini depoga - jigarga etkazib beradi, ularning zaxiralari juda katta. Agar kerak bo'lsa, B₁₂ tsanokobalamin yordamida suyak iligiga etkaziladi, u erda u qizil qon tanachalari qurilishida ishtirok etadi. B₁₂ vitamini etishmasligi anemiyasi yoki Addison-Birmer kasalligi ko'plab mamlakatlarda uchraydi. Ko'pincha, 40 yoshdan oshgan ayollar kasal. Kasallik asta-sekin rivojlanib, keyinchalik surunkali takroriy kursni oladi.

B₁₂ va folat kislotasi etishmasligi anemiyasining rivojlanish sabablari.

I. B₁₂ vitaminini (folat kislotasi) so'rilishini buzilishi.

1. Oshqozon fundal bezlarining atrofiyasi (Addison-Birmer kasalligi).

2. Oshqozonni shikastlanishi (polipoz, saraton).

3. Ichak kasalligi (terminal ileit, divertikuloz, ichak oqmalari, o'smalar).

4. Oshqozon va ichakda jarrohlik amaliyoti (oshqozonni subtotal rezektsiya qilish, gastrektomiya, ichak rezektsiyasi).

II. B₁₂ vitaminini (folat kislotasi) ko'p sarflanishi va suyak iligida utilizatsiyasini buzilishi.

1. Ichak parazitlari (difilobotriaz).

2. Ichak disbakteriozi.

3. Homiladorlik, tug'ish.

4. Jigar kasalliklari (surunkali gepatit, sirroz).

BOLALARDA ENG KO'P UCHRAYDIGAN SOMATIK KASALLIKLAR

5. Gemoblastozlar (o'tkir leykemiya, eritromiyeloz, osteomielifibroz).

6. Ba'zi dorilarni qabul qilish (talvasaga qarshi dorilar, sulfanilamidlar, folat kislotasi antagonistlari).

III. B₁₂ (folat kislotasi) alimentar tanqisligi.

1. Bolalarda echki suti va sut poroshogi bilan boqish tufayli.

2. Kattalarda, ba'zi ijtimoiy-etnik guruhlar orasida.

Folat kislotasi (fiteroylglutamin kislotasi) inson tanasida oz miqdorda bo'ladi va oziq-ovqat bilan birga keladi: ismaloq, go'sht, sut, tuxum. Agar mahsulotni issiqlik bilan ishlov berish paytida B₁₂ vitamini 10-15% faollikni yo'qotsa, folat kislotasi - 50%. Folik kislotasi ingichka ichakda so'riladi. Ammo B₁₂ vitaminidan farqli o'laroq, qon oqimiga kirganda, u erkin va bog'langan holatda bo'lishi mumkin (qon oqsillari bilan). Erkin holatda u najasda, siydikda, terda bo'lishi mumkin. Foliy kislotasi zaxiralari kichik, etishmovchilik 3-6 hafta, folat kislotasi zaxirasi - jigar. Zarur bo'lganda, jigardan suyak iligiga kiradi.

B₁₂ etishmasligi anemiyasining klinik ko'rinishi. Kasallik davriy ravishda davom etadi: remissiya davri retsidiv bilan almashadi. Bu qon aylanish tizimiga, ovqat hazm qilish tizimiga va asab tizimiga zarar etkazadigan alomatlar majmuasi bilan tavsiflanadi. Anemiyaning sekin rivojlanishi unga moslashish uchun sharoit yaratadi. Anemiyaning sezilarli bo'lishiga qaramay, bemorlar uzoq vaqt davomida, klinik va gematologik dekompensatsiyaning og'ir alomatlari paydo bo'lguncha ishlashlari mumkin.

Alomatlarning umumiy guruhi: darmonsizlik, tez jismoniy charchoq, bosh aylanishi, ko'z tinishi, yurak urishi, nafas qisilishi. Limon-sariq rangdagi terining o'tkir rangparligi, sklera subicteric. Teri quruq, mo'rt tirnoqlar. Ko'pgina bemorlarda isitma 38°S gacha. Gnohter simptomi anemiyaning asosiy alomatidir, unda tilning uchida qon nuqtasi paydo bo'lishi, tilda og'riq hissi, yonish, qichishish qayd etiladi. Agar issiq ovqat tilga tushsa, yoqimsiz hissiyot paydo bo'ladi. Til "laklangan" bo'ladi (silliq), bunday sirt og'iz va qizilo'ngachning shilliq qavatida bo'lishi mumkin. Me'da shilliq qavatiga albatta ta'sir ko'rsatiladi, doimiy achishish bilan atrofik gastrit qayd etiladi. Ichak shilliq qavatiga tarqaladigan epigastral og'riq, ko'ngil aynish, qusish,

qorin og'rig'i va diareya xarakterlidir. Markaziy asab tizimidagi o'zgarishlar qayd etilgan: orqa miya lateral va orqa ustunlari ta'sirlanadi. Yon ustunlar avtonom markazlarga (ichki organlarning ishi) javobgardir, orqa ustunlardan markazgacha sezgir impuls mavjud. Bunday bemorlarda yurak ishi (taxikardiya, aritmiya), siydik pufagi, ichak buziladi, parez va falaj kuzatiladi. Megaloblastik anemiya rivojlanadi. Gemapoezning turi o'zgaradi (sog'lom odamda gemapoezning normoblastik turi). Gemapoezning megaloblastik turi bilan qizil va oq qon hujayralarining tuzilishi o'zgaradi. Periferik qonning surati qizil qon hujayralarida degenerativ o'zgarishlar bilan giperxrom makrositar anemiya bilan tavsiflanadi. Suyak iligi hujayralarida yadro va sitoplazmaning etilish jarayoni buziladi. Sitoplazma yadroning etilish jarayonidan oldin rivojlanadi. Shuning uchun yadro yosh, sitoplazma esa eski. Kasallik avjiga chiqqanida, qonning bir birlik hajmiga qizil qon tanachalari soni 1 g/l ga keskin kamayishi mumkin. Gemoglobin hosil bo'lish jarayoni buzilmaydi, gemoglobin miqdori normal chegarada, rang ko'rsatkichi 1,3-1-1,5. Agar eritrotsitlarda (MCH) gemoglobinning o'rtacha miqdori 31 pg dan oshsa, anemiya giperxrom turga kiradi. Giperxrom anemiya odatda makrositar (MCV > 95 fl), MCHC qiymati me'yordan oshib ketmaydi va gemoglobinning pasayishi odatda katta hajmli hujayralar (makrositlar) ko'payib ketadigan qizil qon tanachalari sonining keskin kamayishi bilan izohlanadi. Anemiyaning bu turiga B₁₂ etishmovchiligi, folat kislotasi etishmovchiligi va autoimmun gemolitik anemiya kiradi. Kasallikning balandligi davrida xarakterli belgilardan biri kamolot jarayonining buzilishi tufayli periferik qonda retikulotsitlarning pasayishi yoki yo'qolishi hisoblanadi. Agar B₁₂ folat kislotasi etishmasligi anemiyasiga shubha bo'lsa, retikulotsitlarni albatta aniqlash kerak. Kuchlanish paytida qizil qon tanachalarining degenerativ turlari paydo bo'ladi - poikilotsitlar, shizotsitlar, bazofilik granulasi eritrositlar. Poikilotsitoz - bu qizil qon hujayralari, makrositlar va megalotsitlar shaklidagi o'zgarish. Shizotsitlar vayron qilingan, yirtilgan qizil qon hujayralari.

Qizil qonning o'zgarishi bilan bir qatorda anemiyaning qaytalanishi, gigant polysegmentli neytrofililar ishtirokida 1,5 g/l gacha bo'lgan leykopeniya bilan xarakterlanadi. Chapga,

BOLALARDA ENG KO'P UCHRAYDIGAN SOMATIK KASALLIKLAR

miyelotsitlarga siljish bilan neytrofiliya qayd etiladi. Bemorlarning kam sonida leykotsitoz qayd etiladi, eozinofillar, monotsitlar kamayadi. Trombotsitopeniya 50 g/l ga etadi, tepalik davrida bu aniqroq bo'lishi mumkin, ammo trombotsitopeniya tufayli hech qachon qon ketmaydi. EChT deyarli har doim tezlashadi. Suyak iligida qizil hujayralar ko'payishi sababli oq va qizil hujayralar nisbati o'zgaradi. Ko'p miqdordagi bosofil megaloblastlar qayd etiladi. Bilvosita bilirubinemiya qon zardobida qayd etilgan - 18-36 mkmol/l, najasda sterkobelin miqdori ko'payishi, shiddatda urobilin borligi aniqlanadi.

B₁₂ tanqisligi anemiyasining diagnostik mezonlari:

- MCH ning yuqori qiymati (> 31 pg);

Makrositoz (MCV qiymati > 95 fl), megalotsitoz;

- yadro qoldiqlari bo'lgan qizil qon tanachalari (Jolli tanasi, Kebot halqasi);

- retikulotsitopeniya;

Neytrofillar giper segmentatsiyasi;

- leykopeniya (neytropeniya);

- trombotsitopeniya;

Suyak iligida megaloblastik gemapoez.

FOLAT TANQISLIK KAMQONLIGI

Folat tanqislik kamqonligi (FTK) megablast kamqonlikguruhiiga kiradi. Megablast kamqonlik (MK) - samarasiz eritropoez natijasidagi kamqonlik bo'lib, eritrositlarning shakllanishi va morfologiyasining o'zgarishi bilan xarakterlanadi.

FTK kam uchraydigan kasallik, ko'krak yoshidagi bolalarda, asosan chala tug'ilganlarda kuzatiladi.

Etiologiyasi va patogenezi. Yetuk tug'ilgan, rasional tabiiy ovfatlanishda bo'lgan chaqoloqlarda folat kislo'taga talab qoniharli bo'ladi.

Sabablari: absobrsiyaning tug'ma buzilishi va folat almashinuvining buzilishi (kam hollarda), orttirilgan malabsorbsiya (seliakiya, ekssudativ enteropatiya); chala tug'ilganlarda folat kislo'taga bo'lgan talab yuqoriligi, gemolitik anemiyalar, ba'zi bir

dorilar bilan davolanganda (meto`treksat; sulfanilamidlar; silga harshi dorilar), uzoq davom etuvchi infeksiyalar. Folat kislo`ta tanqisligi kamqonligi echki suti bilan bo`g`ilgan bolalarda kuzatiladi. Suyak iligida va periferik qonda megablast o`zgarishlar 3-3,5 oydan keyin paydo bo`ladi. Og`irlik darajasiga harab klassifikasiya qilinadi.

Klinikasi. Chala tug`ilgan bolalarda 3-6 oyligidan boshlab, lanj, anoreksiya, glossit, diareya, qon talashlar va bakterial infeksiya yuzaga keladi. Periferik qonda megablast o`zgarishlar, neytropeniya neytrofillar olchami kattalashgan, trombositopeniya kuzatiladi. Nevrologik buzilishlar xarakterli emas.

Diagnostikasi. Periferik qonda eritrositlar orasida megalositlar ustunlik qiladi - 10 dan 12 mkmgacha diametrdagi hujayralar, aylana yo`ki ellips shaklida bo`ladi. Eritrositlarning o`rtacha hajmi 100 dan 146 flga teng. Periferik qon surtmasida anizositoz va poykilositoz, neytrofillar gipersegmentasiyasi aniqlanadi.

Suyak iligida eritroidli giperplaziya va barcha gemopoetik hujayralarning katta olchami xarakterlidir.

Differensial diagnostikasi. V12 tanqislikli kamqonlik bilan o`tkaziladi. Vit12 tanqislikligi kamqonligida peshobda metilmalon kislo`tasi ajralishi ko`tarilgan, uni folat kislo`ta kamqonligidan farqlaydi.

ICHKI SEKRETSIYA BEZLARI KASALLIKLARI

Bolalarda ichki sekretsiya bezlari kasalliklari kattalarga qaraganda nisbatan kamroq kuzatiladi. Lekin hozirgi vaqtga kelib ichki sekretsiya a`zolari kasalliklaridan qandli diabet bolalarda ko`p kuzatiladigan bo`lib qoldi. Iste`mol qilinayotgan ovqat mahsulotlarida va ayniqsa tuzda yod miqdorining kamayib ketishi natijasida yosh bolalarda endemik buqoq kasalligi ham ko`paydi. Ichki sekretsiya bezlari kasalliklari vaqtida aniqlanmay qolganda bolalarning keyingi rivojlanishi va organizmining normal faoliyat olib borishida jiddiy nuqsonlar kelib chiqishi mumkin. Bolalarning jinsiy tomondan to`g`ri rivojlanishida ham ushbu tizimning qanchalik to`g`ri faoliyat ko`rsatishi ahamiyatlidir.

BOLALARDA QANDLI DIABET

Bolalardagi endokrin kasalliklar ichida qandli diabet ko'proq uchraydi va me'daosti bezi tufayli yoki undan xoli ravishda organizmda insulin yetishmay qolishiga bog'liq bo'ladi, barcha turdagi almashinuv, birinchi navbatda uglevodlar bilan yog'lar almashinuvining izdan chiqishi bilan xarakterlanadi.

Qandli diabet bilan barcha yoshdagi bolalar og'riydi, ammo bu kasallik maktabgacha tarbiya, prepubertat va pubertat yoshdagi bolalarda ko'proq kuzatiladi.

Etiologiyasi. Kasallikning etiologiyasi haligacha to'la aniqlangan emas. Taxminlarga qaraganda, qandli diabet aksari infeksiyon kasallik (epidemik parotit, suvchechak, qizamiq, gripp, skarlatina, tonzillit va boshqalar) dan keyin boshlanadi. Hozir qandli diabetning etiologiyasida irsiy omillar juda muhim rol o'ynaydi, degan ma'lumotlar ko'p.

Klinikasi. Bu kasallik asta-sekin, zimdan, ba'zida esa ko'pchilik simptomlari tez zo'rayib, juda shiddat bilan, to'satdan boshlanishi

mumkin. Kasallik dastlab ko'p chanqash, og'izning qurib turishi, tez-tez, ko'p-ko'p siyish, tunda va hatto kunduz kunlari siydikni tutolmaslik kabi belgilar bilan boshlanadi. Keyinchalik ishtahasi yaxshi, ba'zida hatto zo'r bo'lishiga qaramay, bola ozib boradi, umuman, quvvatsizlanib, boshi og'riydi, tez charchaydigan bo'lib qoladi. Bunday bolalarda badan terisining qichishuvi va teriga aloqador boshqa kasallik ko'rinishlari (piodermiya, furunkulyoz, ekzema) birmuncha kam kuzatiladi. Bolaning tili quruq, och-qizil rangda, ko'pincha so'rg'ichlari bilinmay ketgan bo'ladi, gingivit, zo'rayib boruvchi tishlar kariyesi boshlanadi. Anchadan beri og'rib kelayotgan bolalarning ko'pchiligidajigar kattalashgan, qattiq bo'ladi, ba'zan bezillab turadi. Ba'zi bolalardadispeptik hodisalar aniqlanadi.

Asab tizimining ta'sirlanishi natijasida bosh og'rig'i va tez charchab qolishdan tashqari, injiqlik, salga yig'lash yoki xursand bo'lish, quvvatsizlik, xotira yomonlashuvi singari hodisalar paydo bo'lishi mumkin. Yuqorida sanab o'tilgan alomatlar bilan birga qandli

diabet uchun glikozuriya, giperglikemiya, qonda keton tanalarining ko'payib ketishi va atsidoz eng asosiy simptomlar bo'lib hisoblanadi.

Shuni nazarda tutish kerakki, sog'lom bolada ham bir kechakunduz davomida siydik bilan 1 g gacha qand chiqib turadi, ammo shunday miqdordagi qandni oddiy usullar bilan aniqlab bo'lmaydi. Qandli diabetning alohida bir formasi latent diabet(prediabet)dir, bolalarda u ko'pincha alimantar semizlik yoki infeksiyon kasalliklar (dizenteriya, virusli gepatit va boshqalar) bilan birga davom etib boradi. Bunday bolalar odatda hech narsadan nolimaydi. Diabetning shu formasini barvaqt aniqlab olish amaliy jihatdan juda katta ahamiyatga ega, chunki o'z vaqtida va to'g'ri davo qilish bilan latent diabetning ro'yirost diabetga aylanib ketishining oldini olish mumkin.

Asoratlari. Kasallik vaqtida aniqlanib, to'g'ri davo olib borilsa, ko'pchilik hollarda asorat bermaydi. Noto'g'ri davo qilinganida qandli diabetning o'tishi og'irlashib, bir qancha asoratlari avj olib boradi. Bo'y o'sishining sekinlashib qolishi (diabet boshlanganida bola qancha yosh bo'lsa, bo'yining o'sishi shuncha sekinlashib qoladi); jinsiy jihatdan yaxshi yetilmaslik; katarakta; buyraklar funksiyasining buzilishi; jigar sirrozi ana shunday asoratlari jumlasiga kiradi. Biroq, qandli diabetning eng dahshatli asorati, diabetik yoki giperglikemik koma bo'lib, bunday hodisa ko'pincha insulin dozasi yetishmay qolganda va ovqatlanish rejimi buzilganida (yog'lar va uglevodlarga ruju qo'yilganda) ro'y beradi. Odatda koma boshlanishidan bir necha kun oldin darakchilari paydo bo'ladi: chanqash kuchayadi, diurez ko'payadi, ishtaha pasayib, keskin darmonsizlik, bosh og'rig'i, ko'ngil aynishi, uyquchanlik paydo bo'ladi, og'izdan atseton hidi kelib turadi. Hoshilinch choralar ko'rilmasa (insulin berilmasa), ahvol og'irlashib, quvvatsizlik zo'rayib boradi, Kussmaul tipidagi nafas paydo bo'ladi, ya'ni kasal chuqur-chuqur, xirillab, ritmik nafas olib turadi, nafasidan chiqadigan havodan keskin atseton hidi kelib turadi, pulsi tezlashib, arterial bosimi pasayadi, qayt qiladi, ba'zan to'xtovsiz qusaveradi. Badan terisi quruq bo'lib qoladi, yuzi chakak-chakak bo'lib ketadi, ko'z soqqalari yumshoq bo'ladi. Es-hushi oldiniga joyidabo'ladi, keyin asta-sekin so'nib borib, batamom yo'qolib ham ketadi. pay refleklari bo'lmaydi. Koma boshlanganida ko'pincha

BOLALARDA ENG KO'P UCHRAYDIGAN SOMATIK KASALLIKLAR

qorinda qattiq og'riq turib, jigar ham ancha kattalashib ketadi. Diabetik komani gipoglikemik komadan ajratib olish, differensirovka qilish kerak, gipoklikemik koma ko'pincha insulin dozasi oshirib yuborilganida va insulin yuborilganidan keyin beriladigan ovqat yetarli bo'lmaganida boshlanadi va qondagi qand miqdorining keskin pasayib ketishi bilan xarakterlanadi. Diabetik komada bemorga katta dozada insulin berib qo'yilganida gipoglikemik holat yuzaga kelib qolishi mumkinligini esda tutish zarur.

Diqqat!		
Diabetik va gipoglikemik komaning differensial-diagnostik belgilari:		
Klinik belgilari	Giperglikemik koma	Gipoglikemik koma
Komaning rivojlanishi	Asta-sekinlik bilan	Birdaniga
Teri qoplamalari	Teri quruqshagan. qashi- nish izlari ko'zga tashlanadi. teri rangi oqish-qiz- g'ish yoki odatdagi rangda	Teri nam, oqargan
Mushaklar tonusi	Pasaygan	Kuchaygan, mushaklar titrashi, ba'zan tirishishlar kuzatiladi
Pay refleklari	Pay refleklari pasayganyoki chaqirilmaydi	Pay refleklari kuchaygan
Nafas	Nafas shovqinli, chuqur-chuqur. Bemor og'zidan atseton hidi kelib turadi	Nafas ko'pincha odatdagidek. Atseton hidi kelmaydi
Yurak-qon tomirlartizimi	Yurak tonlari bo'g'iq, arterial bosim pasaygan, ta-xikardiya va yumshoq puls	Yurak ohanglari aniq, arterial bosim stabil, ayrim hollarda gipotoniya, bradikardiya, ba'zi hollarda taxikardiya
Hazm a'zolari tizimi	Til quruq, ko'ngil aynashi, qusish va psevdoperitonit alomatlari kuzatiladi	Til nam, qusish kuzatilmaydi
Ko'z olmalari holati	Ko'z olmalari yumshoq, sklera pardasi quruq	Ko'z olmalari tonusi o'zgarmagan, sklera pardasi nam
Qon	Giperglikemiya, ketoatsidozda esa qo'shimcha ravishda giperketonemiya	Gipoglikemiya
Siydik	siydikda glyukozuriya, ketoatsidozda esa atseton sinamasi keskin musbat	Glyukozuriya kuzatilmaydi

Oqibati. Kasallikning oqibati diagnozning o'z vaqtida aniqlanishigabog'liq. Og'ir va asorat bergan hollarda qandli diabetning oqibati yaxshi emas. Bolaga yetarli ahamiyat berilmaganda, ya'ni umumiy rejim buzilsa, to'g'ri ovqatlanish va ovqatning sifatiga e'tibor qilinmasa va insulin vaqtida yuborib turilmasa, ayniqsa, yomon bo'ladi.

Hamshiralik tashxislari. Ko'p chanqash, ko'p siyish, quvvatsizlik, bosh og'rig'i, teridagi qichimalar, ekzema, ko'ngil aynishi, qusish, nafas olishning buzilishlari, es-hushning kirarli-chiqarli bo'lishi va hokazo. Qo'xhimcha tekshiruvlar. Qonning umumiy tahlili, qondagi va siydikdagi qand miqdorini aniqlash, qondagi keton tanalari miqdorini aniqlash va boshqalar.

parvarish qilish. sog'lom bolalar uchun belgilangan ovqatda oqsillar, yog'lar, uglevodlar nisbati 1: 1: 4 bo'lsa, qandli diabet bilan og'rigan bolalarda bu nisbat 1: 0,75: 3,5 bo'lishi kerak. Ayni vaqtda, yog'lar bilan uglevodlar miqdori bir qadar cheklab qo'yiladi. Mana shundayparhez jismoniy jihatdan to'g'ri o'sib borishni ta'minlaydi, organizmning immunologik reaktivligini ma'lum darajada saqlab turadi.

ENDEMIK BUQOQ

Endemik buqoq - qalqonsimon bezning kattalashib ketishi, jismoniy va jinsiy rivojlanishning ortda qolishi, yurak va asab tizimi faoliyatining buzilishi bilan xarakterlanadigan kasallik bo'lib, hamma yoshdagi kishilarda, shuningdek, bolalarda ham kuzatiladi. Kasallik aksari qiz bolalar va ayollarda ko'proq uchraydi.

Etiologiyasi. Kasallik, asosan, surunkali ravishda suv va oziq- ovqat mahsulotlarida yod moddasining yetishmasligi hamda boshqa elementlar: mis, marganets, qo'rg'oshin, rux, kobalt, brom va boshqalarning yetarli miqdorda organizmga tushmasdan qolishi natijasida kelib chiqadi. Endemik buqoq podzol va qum tuproqli zonalarda, ya'ni yod kam bo'ladigan joylarda, shuningdek, tog'li tumanlarda (yodning yuvilib ketishi sababli) ko'proq kuzatiladi.

Klinikasi. Bemorlar aksari hech qanday shikoyat qilishmaydi va qalqonsimon bez kattalashganligini tasodifan ko'rib qolgachgina

BOLALARDA ENG KO'P UCHRAYDIGAN SOMATIK KASALLIKLAR

tibbiyot xodimlariga murojaat qilishadi. .huning uchun kasallikning asosiy belgisi bezning kattalashishi hisoblanadi. Bez kattalashuvining 5 ta darajasi farqlanadi. Asosiy shikoyatlar bez kattalashuvining 3-dara- jasidan so'ng boshlanadi. Kattalashish shakliga ko'ra diffuz, tugunli va aralash buqoq farq qilinadi.

Buqoq juda kattalashib ketishi munosabati bilan ba'zan traxeya, qizilo'ngach, halqum asab-tolalarining bosilib qolishiga xos alomatlar paydo bo'ladi, shunda bemorlarning nafas olishi o'zgarib, ularda quruq yo'tal paydo bo'ladi, ovoz bo'g'ilib qoladi, yutish qiyinlashadi.

Kasallik ko'pincha bez funksiyasining buzilishini ko'rsatuvchi simptomlarsiz o'tadi, lekin bir qancha bemorlarda giperterioz yoki qalqonsimon bez giperfunksiyasiga xos simptomlarni topish mumkin.

Asoratlari. Kasallikda bezning kattalashib ketishidan nafas olish va yutishning qiyinlashuvi, bez giperfunksiyasi natijasida qaltirash va turg'un taxikardiya kabi asoratlar kuzatilishi mumkin.

Oqibati. Kasallik vaqtida (1-2-darajalarda) aniqlanib, tegishli davo choralari olib borilganda xayrli tugaydi. Lekin vaqt o'tib qolsa va yuqoridagi asoratlar kelib chiqsa, oqibat yomon tus oladi.

Hamshiralik tashxislari. Bezning kattalashuvi, nafas olish va yutishning qiyinlashuvi, ovozning bo'g'ilishi, taxikardiya va boshqalar. Qo'xhimcha tekxhiruvlar. Qonning umumiy tahlili, qondagi triyodtironin miqdorini aniqlash, jarroh konsultatsiyasi va boshqalar. Davolash va parvarishqilish.

Profilaktikasi. Endemik o'choqlarda buqoqqa qarshi maxsus chora- tadbirlar amalga oshiriladi. Osh tuzi va boshqa oziq-ovqat mahsulotlariga oz miqdorda yod tuzlarini qo'shib berishdan iborat ommaviy yod profilaktikasi ana shunday chora-tadbirlar jumlasiga kiradi. Yodlangan tuz zavod usuli bilan ishlab chiqariladi (1 tonna tuzga 25 gramm kaliy yodid qo'shiladi).

AMALIY QISM

KO'KRAK YOSHIDAGI BOLALARNI TIBBIY KORIKDAN O'TKAZISH

Ko'rsatmalar:

Birlamchi ko'rik

Bola rivojlanishini doimiy kuzatish.

CHaqqaloqni tug'ruqxonadan chiqqanidan keyin 3 kun ichida birinchi ko'rikdan o'tkaziladi, keyingi ko'rik 20 kundan keyin. So'ngra har oyda 1 marta ko'rikdan o'tkazish zarur

Qarshi ko'rsatmalar:

Yo'q.

Kerakli sharoit va jihozlar:

Iliq yorug' xona

Yo'rgaklash uchun mo'ljallangan stol

Toza yo'rgaklar

O'lchov tasmasi

Bolalar tarozisi

Bo'y o'lchagich asbob

Maxsus qoshiqcha (shpatel)

Oftalmoskop

Otoskop

Fonendoskop

Sekundomer

Termometr.

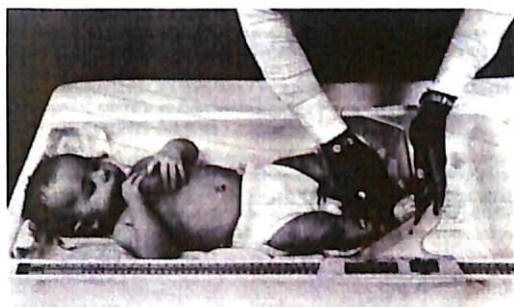
Tana uzunligini o'lchash

Hayotining dastlabki ikki yilida bolalarning tana uzunligini o'lchash bola yotgan holatda, maxsus bo'y o'lchaydigan asbob (rostomer) yordamida amalga oshirilishi lozim. Bo'y o'lchagich asbobning yon tomoni santimetrli shkaladan iborat. Bola bo'y o'lchagich asbobiga yuqoriga qaratib yotqiziladi, bunda boshining yuqori nuqtasi bo'y o'lchagich asbobning qo'zg'almaydigan ko'ndalang uzun taxtachasiga zich tegib turishi kerak. YOrdamchi

BOLALARDA ENG KO'P UCHRAYDIGAN SOMATIK KASALLIKLAR

bolaning boshini shunday holatda tutishi lozimki, bunda ko'z soqqasining quyi qirrasini va tashqi eshituv yo'lining yuqori qismi bir bo'ylama tekislikda joylashishi shart. Uning oyoqlarini tizzasini sekin bosish orqali rostdash va bo'y o'lchagich asbobning qo'zg'aladigan uzun taxtachasini tovonlarga mahkam tutish lozim.

Tana uzunligi 1 mm gacha bo'lgan aniqlikda qayd etiladi (sm) va jismoniy rivojlanish jadvaliga kiritiladi.



1-rasm. Bolada tana uzunligini aniqlash

TANA VAZNINI ANIQLASH

Dastlab tarozida yo'rgak vazni aniqlab olinadi, so'ng tarozi shayining yopiq holatida, bolani yalang'och holda taroziga, vazni aniqlangan yo'rgak ustiga shunday yotqizish lozimki, bunda uning oyoqlari tarozining tor qismiga joylashtirilib, uning boshi va elka kamari tarozining keng qismiga to'g'ri kelsin. Tarozida tortuvchi xodim o'ng qo'li bilan qadoq toshlarni o'zgartirib, chap qo'li bilan esa — bolani qulab tushishidan ehtiyot qilgan holda, tarozi shayini qarshisida turishi kerak. Tarozida toshining chuqurchasi mavjud tomonidan ko'rsatkich olish lozim. Uning kichik toshi faqat quyi shkaladagi uyalarga kiradi. Natijalar qayd etilganidan so'ng qadoqtoshlarni nolga keltirish, shayinni yopish va bolani tarozidan olish kerak. Bola vaznini aniqlash uchun tarozi ko'rsatkichlaridan yo'rgakning og'irligini chiqarib tashlash lozim.

Bolaning tana vazni 100 grammgacha bo'lgan aniqlikda yoziladi va jismoniy rivojlanish jadvaliga kiritiladi

Bosh aylanasi o'lchash

Ko'krak va maktab yoshigacha bo'lgan bolalarda bosh aylanasi o'lchashni uning yuqoriga qarab yotgan holatida bajarish ma'qul.

Bosh aylanasi tasma boylash orqali aniqlanadi. Bunda tasma orqa tomondan - ensa sohasi, old tomondan esa qosh usti yoylari bo'ylab aylantiriladi. Tasma o'ng chakka sohasidan chap chakka sohasi tomon yo'nalishi va natija peshona ustida aniqlanishi lozim.



2-rasm. Bosh aylanasi va vaznini aniqlash

Bosh aylanasi so'nggi to'liq millimetrga qadar bo'lgan aniqlikda qayd etilishi (sm) va jismoniy rivojlanish jadvaliga kiritilishi kerak.

TANA HARORATINI O'LCHASH

Tana haroratini qo'ltiq ostidan o'lchash.

Kerakli anjomlar:

Termometr.

Salfetka yoki sochiq.

Soat.

Ruchka.

Sovunli suv.

Bajarish ketma-ketligi:

Qo'l yuviladi va quritiladi.

Tibbiy termometr, sochiq, harorat varaqasi, zararsizlantiruvchi eritma solingan idish tayyorlanadi

Bemorga muolaja maqsadi tushuntiriladi.

BOLALARDA ENG KO'P UCHRAYDIGAN SOMATIK KASALLIKLAR

Bemor qulay vaziyatda yotqiziladi.

Termomer qo'lga olinadi va simob ustuni silkitib 34 gradusgacha tushuriladi.

Termometr qo'yiladigan soha ko'zdan kechiriladi va sochiq bilan quruq qilib artiladi.

Termometr qo'ltiq osti teri burmasiga qo'yiladi. Bunda termometrdagi simob rezervuari badanga tegib turishi kerak.

Bemor qo'lini ko'kragiga yaqinlashtirib termometrni qo'ltig'ida qisib turadi.

10 daqiqadan so'ng termometr olinadi va ko'rsatgich harorat varaqasiga belgilanadi.

Termometr simob ustuni pastga tushguncha silkitiladi

Termometr sovunli suvda yuvilib, oqar suvda chayiladi.

So'ngra steril salfetka bilan artiladi va quruq joyda saqlanadi.

Eslatma:

Qo'ltiq osti terisida toshmalar yoki qizarish kuzatilsa, harorat boshqa joydan o'lchanadi.

Haroratni o'lchashdan oldin qo'ltiq osti quritib artiladi, aks holda natija past ko'rsatiladi.

Uxlab yotgan bemorlarda haroratni o'lchash mumkin emas, chunki termometr sirg'anib tushishi va bemor uni bosib olishi mumkin.

TANA HARORATINI OG'IZ BO'SHLIG'IDAN O'LCHASH.

Kerakli anjomlar:

Termometr.

Soat.

Ruchka.

Sovunli suv.

Bajarish ketma-ketligi:

Qo'l yuviladi va quritiladi.

Tibbiy termometr, sochiq, harorat varaqasi tayyorlanadi

Bemorga muolaja maqsadi tushuntiriladi.

Termomer qo'lga olinadi va simob ustuni sikitib 34 gradusgacha tushuriladi.

Termometr rezervuari bemorning tilning pastki yuzasi bilan og'iz bo'shlig'i tubining orasiga qo'yiladi.

Bemorga og'zini yumib termometrni lablari bilan ushlab turish aytiladi.

5 daqiqadan so'ng termometr olinadi va ko'rsatgich harorat varaqasiga belgilanadi.

Termometr simob ustuni pastga tushguncha silkitiladi

Termometr sovunli suvda yuvilib, oqar suvda chayiladi.

So'ngra oqar chayilib, steril salfetka bilan artiladi va quruq joyda saqlanadi.

Eslatma:

Bemor yosh bola yoki aqli zaif, og'iz bo'shlig'ida og'riq va jarohatlar bo'lganda bu muolajani qo'llash mumkin emas.

Agar bemor sovuq yoki issiq ichimlik iste'mol qilgan bo'lsa, tana harorati

og'iz bo'shlig'idan 15 daqiqadan keyin o'lchanadi.



3-rasm. Bemorlarda haroratni o'lchash qo'ltiq ostidan

BURUNGA TOMCHI DORI TOMIZISH

Kerakli anjomlar:

Pipetka

Dori eritmasi

Paxta sharikchalari

Steril o'simlik moyi

Lotok

Iltilgan dori moddasi

Bajarish ketma-ketligi:

BOLALARDA ENG KO'P UCHRAYDIGAN SOMATIK KASALLIKLAR

Qo'l yuviladi va quritiladi.

Kerakli jihozlar tayyorlanadi

Qo'l zararsizlantiriladi.

Bemorning burun katakchalari tozalanadi (bemorning shaxsiy gigiyenasiga qaraladi).

Bemorning boshi orqa tomonga engashtiriladi.

O'ng qo'l bilan tomizgichga dori moddasi tortib olinadi.

2-3 tomchi dori moddasi burun katagiga tomiziladi.

Ishlatilgan asboblar zararsizlantiriladi.



4-rasm. Burunga tomchi dori tomizish

KO'ZGA TOMCHI DORI TOMIZISH

Kerakli anjomlar:

Pipetka

Ilitilgan dori eritmasi

Ko'zni yuvish uchun vosita.

Bajarish ketma-ketligi:

Qo'l yuviladi va quritiladi.

Kerakli jihozlar tayyorlanadi

Bemor qulay vaziyatda o'tqaziladi.

Ko'z yuviladi (bemorning shaxsiy gigiyenasiga qaraladi).

Tomizg'ichga dori moddasi tortiladi (3-4 tomchi).

Ko'zning pastki qovog'iga 1-2 tomchi tomiziladi.

Bemordan ko'zini ochib yumish so'raladi.

Zararsizlantirish: ishlatilgan asboblar distillangan suvda 30 daqiqa qaynatiladi va quritiladi.

Eslatma: Ita bemor uchun tomizgichlar soni dori moddalarining soniga qarab belgilanadi, har bir dori moddasi uchun alohida tomizgich kerak bo'ladi.

BURUNDAN SURTMA OLISH

Kerakli anjomlar:

Qo'lqop

Niqob

Bakteriologik laboratoriyadan olingan etarli probirka ichida simga o'ralgan paxta pilik

Yo'llanma.

Bajarish ketma-ketligi:

Bemorga muolaja bajarilish tartibi va maqsadi tushuntiriladi.

Yo'llanma, bakteriologik laboratoriyadan olingan etarli probirka ichida simga o'ralgan paxta pilik tayyorlanadi.

Bemorni yorug'lik manbai oldiga o'tqaziladi.

Qo'llariga qo'lqop kiyiladi.

Chap qo'lga probirkani olib 1- barmoq bilan burun uchini bir oz ko'tariladi, o'ng qo'l bilan probirkadan tamponni olib, asta - sekin aylanma harakat qilib pastki burun yo'lidan surtma olinadi, burun chap katagidan huddi shunday tartibda boshqa probirkaga burun o'ng katagidan surtma olinadi va extiyotkorlik bilan tampon probirkaga solinadi.

Probirkaning birinchisi (O') belgisi bilan, ikkinchisi (CH) belgisi bilan belgilanadi.

Qo'lqoplar echilib zararsizlantiriladi.

Yo'llanma probirkaga mahkamlanib, bakteriologik laboratoriyaga yuboriladi.

Surtma taxlili 7-10 kundan so'ng olib kelib kasallik tarixiga yopishtirib qo'yiladi

TOMOQDAN SURTMA OLISH

Kerakli anjomlar:

Steril shpatelъ

Steril probirka tampon

Niqob

BOLALARDA ENG KO'P UCHRAYDIGAN SOMATIK KASALLIKLAR

Kraft paket (Bakteriologik laboratoriyadan olinadi)

Yo'llanma.

Bajarish ketma-ketligi:

Bemorga muolaja bajarilishi va maqsadini tushuntiriladi

Qo'l yuviladi va quritiladi

Kerakli jihozlar tayyorlanadi

Bemorni yorug'lik manbai oldiga o'tqaziladi

Qo'llarga qo'lqop kiyiladi.

Chap qo'lga steril shpatel bilan probirkani olinadi.

Bemordan og'zini ochishni so'raysiz, so'ng shpatel bilan til ildiziga bosib, o'ng qo'lingiz bilan probirkadan tamponni olib, bado'mcha bezlari, tanglay rovoqlari, yutkin orqa devoridan sekin surtma olinadi.

Probirka chekkalariga tekqizmasdan ehtyotlik bilan tampon (paxtali pilik o'ralgan) probirkaga solinadi.

Qo'lqoplar echiladi va zararsizlantiriladi

Yo'llanma probirkaga yopishtirilib bakteriologik laboratoriyaga olib boriladi.

Tekshiruv natijasi surtma taxlili 7-10 kundan so'ng olinib kasallik tarixiga yopishtirib qo'yiladi.

Eslatma:

Probirkada paxta pilik o'ralgan sim bo'ladi yoki tampon.

Zararsizlantirish: shpatel va qo'lqoplar 3% li xlorli ohak eritmasiga 60 daqiqaga solib qo'yiladi yoki 30 daqiqa davomida distillangan suvda qaynatiladi, so'ng sterilizatsiya qilinadi.

TERI ORASIGA INYEKSIYA QILISH

Kerakli anjomlar:

1 ml li shprits va 10-15 mm li igna

70% li etil spirti

Qo'lqop

Steril paxta sharchalari

Dori moddasi

Bajarish ketma-ketligi:

Qo'l yuviladi va quritiladi.

Kerakli jihozlar tayyorlanadi.

Buyurilgan dori moddasi va dozasi tekshiriladi.
Qo'lqop kiyiladi.
Shprits yig'iladi.
Shpritsga kerakli miqdordagi dori moddasi tortib olinadi.
Bemorga muolaja maqsadi tushuntiriladi.
Bemor qulay vaziyatda yotqiziladi.
Inyeksiya qilinadigan soha zararsizlantiriladi.
70% li spirt bilan inyeksiya qilinadigan soha 2 marta artiladi.
Chap qo'l bilan Inyeksiya qilinadigan soha tortiladi.
O'ng qo'l bilan shprits olinadi, ko'rsatkich barmoq bilan shprits muftasi ushlanadi.
Igna kerakli sohaga kiritiladi.
Shprits porsheni itariladi va dori moddasi yuboriladi.
Spirtga ho'llangan paxta bilan Inyeksiya qilingan joyga, igna sanchilgan joyga qo'yiladi va igna tortib olinadi
Bemorga qulay sharoit yaratiladi
Ishlatilgan asboblari zararsizlantiriladi
Qo'lqop echiladi va zararsizlantiriladi
Inyeksiya qilinganlik haqida bemorning kasallik tarixiga belgilab qo'yiladi.



5-rasm. Teri orasiga Inyeksiya qilish

TERI OSTIGA INYEKSIYA QILISH

Kerakli anjomlar:
shprits va igna
70% li etil spirti

BOLALARDA ENG KO'P UCHRAYDIGAN SOMATIK KASALLIKLAR

Qo'lqop

Steril paxta sharchalari

Dori moddasi

Bajarilish ketma-ketligi:

Qo'l yuviladi va quritiladi.

Tayyorlanadi: igna, shprits, dori moddasi, steril paxta sharchalari, 70% li spirt.

Dori moddasi va dozasi tekshiriladi.

Vrach ko'rsatmasi o'qiladi.

Qo'lqop kiyiladi va shprits yig'iladi.

Bemorga muolaja maqsadi tushuntiriladi.

Inyeksiya uchun kerakli soha aniqlanadi.

Bemorga qulay sharoit Inyeksiyanratiladi.

Inyeksiya qilinadigan soha spirt bilan 2 marta artiladi.

Shprits o'ng qo'l bilan olinadi, chap qo'l bilan Inyeksiya qilinadigan soha siqiladi.

Tezlik bilan igna 45° burchak ostida ignani 2/3 qismi kiritiladi.

Siqilgan soha qo'yib yuboriladi va asta-sekin shprits porsheni itarilib, dori moddasi yuboriladi.

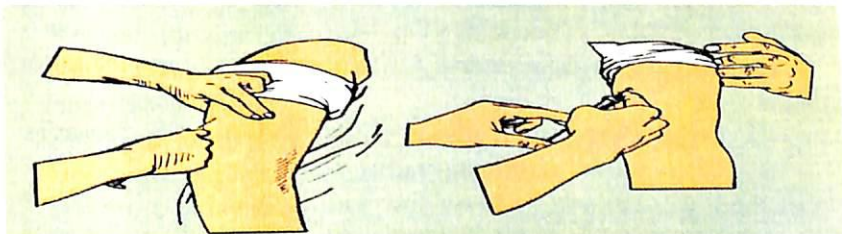
Igna sanchilgan joyga spirtda ho'llangan paxta qo'yiladi va tezda igna tortib olinadi.

Shprits zararsizlantiriladi.

Bemorga qulay sharoit yaratiladi.

Qo'l zararsizlantiriladi.

Muolaja bajarganligi haqida belgilab qo'yiladi.



6-rasm. Teri ostiga Inyeksiya qilish

MUSHAK ORASIGA INYEKSIYA QILISH

Kerakli anjomlar:

5-10 ml li shprints va 40-50 mm li igna

70% li etil spirti

Qo'lqop

Steril paxta sharchalari

Dori moddasi

Bajarish ketma-ketligi:

Qo'l yuviladi va quritiladi.

Kerakli jihozlar tayyorlanadi.

Dori moddasi dozasi tekshiriladi.

Vrach ko'rsatmasi o'qiladi.

Shprints yig'iladi.

Dori moddasi shprintsqa tortiladi.

Bemorga muolaja maqsadi tushuntiriladi.

Inyeksiya qilinadigan soha aniqlanadi.

Bemorga qulay sharoit yaratiladi.

Qo'lqop kiyiladi.

Inyeksiya qilinadigan soha spirt bilan 2 marta artiladi.

Shprints o'ng qo'lga olinadi va 5-barmoq bilan shprints mufti, 2-barmoq bilan shprints porsheni, 1,3,4- barmoqlar bilan shprints silindri ushlanadi.

Inyeksiya qilinadigan soha chap qo'l bilan siqiladi yoki tortiladi.

Ignani 90° burchak ostida tezda kiritiladi.

Tortilgan yoki siqilgan soha qo'yib yuboriladi va porshen itarilib dori moddasi yuboriladi.

Igna sanchilgan joyga spirtli paxta qo'yiladi va igna tezda tortib olinadi.

Inyeksiya qilingan joy asta-sekin uqalanadi (massaj qilinadi).

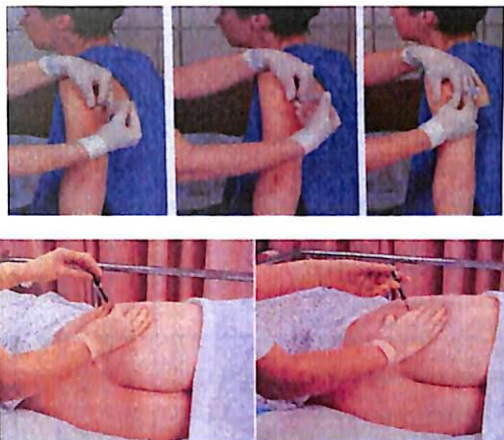
Bemorga qulay sharoit yaratiladi.

Ishlatilgan asboblarni zararsizlantiriladi.

Qo'lqop echiladi va zararsizlantiriladi.

Muolaja bajarilganligi haqidagi belgi muolaja varaqasiga belgilanadi.

20-25 daqiqadan so'ng bemorning hol-ahvoli so'raladi.



7-rasm. Mushak orasiga Inyeksiya qilish

VENAGA DORI MODDALARINI YUBORISH

Kerakli anjomlar:

10-20 ml li shprits

40 mm uzunlikdagi va diametri 0,8-1,1 mm li igna

70% li etil spirti

Qo'lqop

Steril paxta sharchalari

Dori moddasi

Salfetka, yostiqcha

Bajarish ketma-ketligi.

Qo'l yuviladi, quritiladi va qo'lqop kiyiladi.

Kerakli jihozlar tayyorlanadi.

Vrach ko'rsatmasi, dori moddasi va dozasi aniqlanadi.

Shprits yig'iladi.

Shpritsga kerakli miqdordagi dori moddasi tortiladi.

Bemorga muolaja maqsadi tushuntiriladi.

Bemorga qulay sharoit yaratiladi (o'tirgan yoki yotgan holat).

Inyeksiya qilinadigan soha aniqlanadi.

Venopunksiya o'tqaziladigan soha kiyimdan bo'shatiladi.

Inyeksiya qilinadigan sohadan 4-5 sm yuqoridan jgut bog'lanadi.

Jgut qo'yilgandan so'ng pul'as aniqlanadi va vena aniqlanadi.

Inyeksiya qilinadigan soha 2 marta spirt bilan artiladi.

Sprits o'ng qo'l bilan olinadi, ko'rsatgich barmoq bilan shprits porsheni ushlanadi.

Chap qo'l bilan vena paypaslanadi.

Shprits va igna venaga yo'naltiriladi.

Igna 30° li burchak ostida teri ostiga kirgiziladi va asta-sekin igna uchi venaga kirgiziladi.

Venaga to'g'ri tushganlik tekshiriladi.

SHprits porsheni tortib ko'riladi, agar shprits ichida qon paydo bo'lsa, venaga to'g'ri tushgan hisoblanadi.

CHap qo'l bilan jgut echiladi.

Igna venada ekanligi shprits porsheni tortib yana tekshiriladi.

SHprits porsheni asta-sekin itariladi va dori moddasi yuboriladi.

Igna kirgizilgan joyga spirtli paxta qo'yiladi va shprits tezda tortib olinadi.

Inyeksiya qilingan joyga qattiq antiseptik bog'lam qo'yiladi.

Bemorga qulay sharoit yaratiladi.

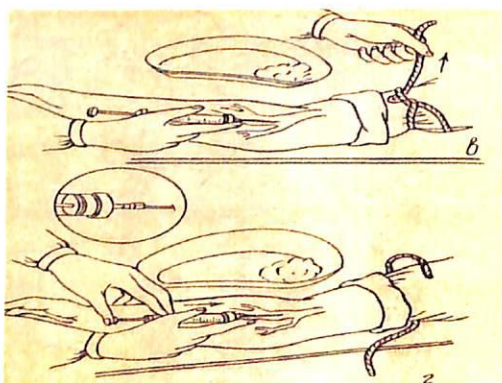
Ishlatilgan asboblari zararsizlantiriladi.

Qo'lqop echiladi va zararsizlantiriladi.

Muolaja bajarilganligi belgilab qo'yiladi.

20-25 daqiqadan so'ng bemordan hol-ahvol so'raladi.

Eslatma: Jgut teri ustidan bog'lanmaydi.



8-rasm. Venaga dori moddalarini yuborish

TEST SAVOLLARI

Chaqaloqlik davrining davomiyligi:

*bola tug'ilganidan 28 kungacha

bola tug'ilganidan 1 yoshgacha

bola tug'ilganidan 2 oygacha

bola tug'ilganidan 6 oygacha

Bolalik davri necha bosqichdan iborat?

*6 bosqich

4 bosqich

5 bosqich

3 bosqich

Muddatda tug'ilgan chaqaloqning bosh aylanasi qancha bo'ladi?

*33-35 sm

30-35 sm

32-33 sm

48-52 sm

Bola jismoniy rivojlanishining asosiy ko'rsatkichlari:

*bo'yi, vazni, ko'krak qafasi va bosh aylanasi

bo'yi, vazni va bosh aylanasi

bosh va ko'krak qafasi aylanasi

vazni, ko'krak qafasi aylanasi

Chaqaloqlarda dastlabki birinchi oyida tana vazni qanchaga ortadi?

*600 g

800 g

700 g

750 g

Bir yoshli bolaning tana vazni o'rtacha qancha bo'ladi?

*10 kg

12 kg

16 kg

20 kg

Tug'ilgandagi vazni 3200 bo'lgan bolaning 7 oylikdagi tana vazni qancha bo'lishi kerak?

*8100 gr

7400 gr

8400 gr

8700 gr

Bir yoshli bolalarda o'rtacha bo'y uzunligi qanchaga teng bo'lishi kerak?

*75-80 sm

55-60 sm

110-120 sm

105 sm

O'sish va rivojlanishning tezlashuvi qanday ataladi?

*akseleratsiya

giperrefleksiya

gipertrofiya

gipertonus

Periferik qondagi I va II fiziologik kesishuv qachon kuzatiladi?

*5-6 kunlik, 5-6 yoshda

5-6 oylik, 5-6 yoshda

5-6 kunlik, 5-6 oylik

1-3 kunlik, 1-3 oylik

Qonning asosiy shaklli elementlari qatorini ko'rsating:

*eritrositlar, leykositlar, trombositlar

eritrositlar, limfositlar, leykositlar

eritrositlar, bazofillar, eozinofillar

retikulosit, eritrosit, trombosit

Ensa liqildogining yopilish muddati:

*2-3 oylikda

tug'ilgandan bitgan bo'lishi kerak

3-6 oylikda

9-12 oylikda

Sun'iy usulda ovqatlantirishga asosiy ko'rsatma:

*tabiiy usulda ovqatlantirishga absolyut qarshiliklar

tabiiy usulda ovqatlantirishga nisbiy qarshiliklar

ko'krak sutida oqsil, yog' va uglevod nisbatining buzilishi

gipogalaktiya, ko'krak sutida uglevod nisbatining buzilishi

Ona suti o'rnini bosuvchi mahsulotlar qatorini ko'rsating?

*sutli, shirin, nordon, quruq aralashmalar

BOLALARDA ENG KO'P UCHRAYDIGAN SOMATIK KASALLIKLAR

baliq yog'i, malish, meva sabzavot bo'tqasi
manniy bo'tqasi, meva sabzavot bo'tgasi, kefir
sho'rvalar, tvorog, biolakt, malish

Ko'krak yoshidagi bolani ovqatlantirishning quyidagi turlari mavjud:

*tab'iiy, sun'iy, aralash
ta'biy
aralash
tab'iiy, sun'iy, fakultativ

Gipogalaktiya nima?

*onadan yetarli miqdorda sut kelmasligi
onadan ko'p miqdorda sut ajralishi
sut tarkibidagi oqsillar miqdorining kamayishi
ko'krak uchining yassiligi

Nazorat o'lehovini o'tkazishdan maqsad:

*tabiiy usulda ovqatlanganda yetishmayotgan sut miqdorini aniqlash va uni sutli aralashmalar bilan qoplash
suniiy usulda ovqatlantirishga o'tkazish, sut tarkibidagi oqsillar miqdorini aniqlash

oqsil energetik yetishmovchiligi darajasini belgilash
aralash usulda ovqatlantirishga o'tkazish

Oqsil energetik yetishmovchiligining asosiy belgilari:

*tana vaznining kamayishi
tana harorati ko'tarilishi, qusish, ich ketishi
toksikoz, eksikoz belgilari paydo bo'lishi
tana vazni va bo'y uzunligi o'rtasidagi nisbiy buzilish.

Birinchi darajali oqsil energetik yetishmovchiligida tana vaznini necha % i kamayadi?

*10-20 %
5-10 %
20-30 %
30 % dan ko'p

Oqsil energetik yetishmovchiligi rivojlanishining asosiy sababini ko'rsating:

*noto'g'ri ovqatlantirish
tez-tez shamollash
chala tug'ilganlik

noto'g'ri parvarish

Teri bichilishi kuzatiluvchi asosiy sohalarni ko'rsating:

*tabiiy burmalar sohasida

boshning sochli qismida

tananing orqa qismida

ko'krak qafasi, qorinda

Teri bichilishini oldini olishda ishlatiladigan vosita:

*tabiiy burmalar sohasini steril paxta moyi bilan artish, talk kukuni sepush

tabiiy burmalar sohasini furasillin eritmasi bilan artish

tabiiy burmalar sohasini kaliy permanganat eritmasi bilan artish

tabiiy burmalar sohasini brilliant yashili eritmasi bilan artish

Raxit kasalligi asosan qaysi yoshda ko'p uchraydi?

*1 oylikdan 2 yoshgacha

4 -5 oylikda

6 oylikdan 5 yoshgacha

3 yoshda.

Raxit kasalligining asosiy sababi:

*a'zoizmda vitamin D yetishmasligi

a'zoizmda vitamin A yetishmasligi

a'zoizmda vitamin B yetishmasligi

a'zoizmda vitamin C yetishmasligi

Raxitning asosiy klinik belgilari ko'rsatilgan qatorni toping:

*ko'p terlash, sochlarning to'kilishi, «raxit bilaguzuklari», katta liqildoq atrofining yumshashi

holsizlik, tana haroratining ko'tarilishi, yo'tal

siydik ajralishinig kamayishi, qonda kalsiy miqdorining oshishi

ko'p terlash, sochlarning to'kilishi, «raxit bilaguzuklari», katta

liqildoq atrofining yumshashi, injiqlik, tovonlarining yorilishi

Spazmofiliyada asab tizimining zararlanishi qanday ko'rinishda namoyon bo'ladi?

*eklampsiya

yaqqol karpopedal sindrom

yashirin karpopedal sindrom

laringospazm

Spazmofiliyaning yashirin shaklini aniqlashda qaysi usullardan foydalaniladi?

*Xvostek yuz fenomeni

Artyus fenomeni

Spartak fenomeni

Maslov fenomeni

Toksik dispepsiyada suvli-choyli parhez davomiyligi:

*12-24 soat

6-10 soat

8-13 soat

48-72 soat

Bronxial astma qanday kasallik?

*infeksion-allergik

immunologik

endokrin

immunologik- onkologik

O'tkir rinitni asosiy qo'zg'atuvchisini ko'rsating:

*adenoviruslar

bakteriyalar

xlamidiylar

stafilokokklar

Pnevmoniyaning qaysi toksik asorati ko'p uchraydi?

*neyrotoksikoz

yurak tomir yetishmovchiligi

ichak toksik parezi

toksikoz eksikoz bilan

Gemolitik kamqonliklar sababi:

*irsiy omil, eritrositlarning ko'p parchalanishi

o'tkir medikamentoz zaharlanish.

o'tkir ximiyaviy moddalar bilan zaharlanish.

o'tkir oziq-ovqat toksiko – infeksiyalari

Temir tanqislik kamqonligining sababi:

qo'shimcha ovqat kech kiritilishi, bir tomonlama ovqatlantirish

sun'iy ovqatlantirish

ko'p qon yuqotish

suyak ko'migi gipoplaziyasi, irsiy omil etishmovchiligi

O'tkir revmatik isitma qo'zg'atuvchisi:

*A-guruhga kiruvchi β -gemolitik streptokokk
tillarang stafilokokk, B-gemolitik streptokokk
vulgar protey
mikoplazmalar

Gastroenterit kasalligida qaysi a'zo zararlanadi?

*me'da va ingichka ichak

me'da va yo'g'on ichak

me'da va jigar

me'da osti bezi

Glomerulonefritni qo'zg'atuvchisini ko'rsating:

* A guruhga kiruvchi β -gemolitik streptokokklar

B guruhga kiruvchi gemolitik stafilokokklar

mikoplazmalar

shartli patogen mikroflora

Bronxial astmada xuruj oldi davr davomiyligi:

*1 necha minutdan bir necha kungacha

1 hafta

2 haftadan bir necha haftagacha

2 oy

Enterobiozni qo'zg'atuvchisini belgilang:

*ostritsa

askaridalar

lyambliya

qil bosh gijjalari

Tug'ma yurak nuqsonlarining asosiy sababi:

*homiladorlikning birinchi oyida virusli infeksiyalar

homiladorlik toksikozlari

kamqonlik

plasental qon aylanishning buzilishi.

Postgemorragik kamqonlik sababi:

*o'tkir va surunkali qon yuqotish

temir moddasi yetishmasligi

B guruh vitaminlar yetishmasligi

suyak ko'migi giperfunksiyasi

O'tkir rinit belgisini ko'rsating:

*aksirish, burun orqali nafas olishning qiyinlashuvi

tanlay qurishi, burun qichishi

BOLALARDA ENG KO'P UCHRAYDIGAN SOMATIK KASALLIKLAR

yo'tal, bosh og'rig'i, ich ketishi, nafas olishning qiyinlashuvi
tana harorati ko'tarilishi, yo'tal

Qandli diabetning asorati:

*giperqlikemik koma
miokard infarkti
uremik koma
jigar sirrozi

Insulin ishlab chiqaruvchi bezni ko'rsating:

*oshqozon osti bezi β xujayralari
oshqozon fundal bezlari
oshqozon katta va kichik egriligi bezlari
oshqozon osti bezi A xujayralari

Siydik orqali ajralgan har 4-5 gramm qandga qancha insulin olinadi?

*1 TB
10 TB
5 TB
0,5 TB

Laringit nima?

*hiqildoq shilliq qavatining yallig'lanishi
halqum shilliq qavatining yallig'lanishi
bronx shilliq qavatining yallig'lanishi
burun shilliq qavatining yallig'lanishi

O'tkir revmatik isitmaning asosiy kriteriyalariga kirmaydi:

*monoartrit
poliartrit
anulyar eritema
revmatik xoreya

Gipoglikemik komaning asosiy sabablari:

*insulin dozasini keskin oshirilishi
insulin yetishmasligi.
jismoniy shikastlanishlar
ko'p ovqat yeyish.

Oqsil energetic yetishmovchiligi qaysi turkum kasalliklariga mansub?

*ovqat hazm qilishning surunkali buzilishi
ovqat hazm qilishning o'tkir buzilishi

ichak soʻrilishining buzilishi

ovqat hazm qilishning funktsional buzilishi

Soxta krupni davolashda qoʻllaniladigan gormon:

*deksametazon inyeksiyasi

prednizolon tabletkasi

prednizolon inyeksiyasi

gidrokortizon inyeksiyasi

Oʻtkir revmatik isitmada immunologik koʻrsatkichlar:

*S-reaktivli oqsil

S-antistreptolizin

definilamin koʻrsatkich

ALT ning oshishi.

Yurak tugʻma nuqsonlarining boshlangʻich belgilari:

*entekish va koʻkarish paydo boʻlishi

perkussiyada yurak chegaralarining kengayishi

auskultasiyada boʻgʻiq tovush

EKG va FKG da oʻzgarishlar

Suyak koʻmigi gipofunksiyasi sababli rivojlanuvchi kamqonliklar:

*gipo va aplastik kamqonliklar

temir tanqisligi kamqonliklari

oqsil tanqisligi kamqonligi

postgemorragik kamqonliklar

Qaysi fon kasalligi bronxial astma rivojlanishiga sabab boʻladi?

*Ekssudativ kataral diatez

anemiya

raxit

oqsil energetik yetishmovchiligi

Qaysi simptom bilan adenovirusli infeksiya boshqa OʻRVI dan farq qiladi?

*konyunktivit

tana haroratining koʻtarilishi.

rinit

yoʻtal

Gripp, paragrippda qaysi aʼzolar koʻproq zararlanadi?

*yuqori nafas yoʻllari

BOLALARDA ENG KO'P UCHRAYDIGAN SOMATIK KASALLIKLAR

ovqat hazm qilish yo'llari
siydik ajratish a'zolari
yurak qon-tomir tizimi

Siydikni qanday tekshirish usullarini bilasiz?

* Siydik umumiy analizi, Zimniskiy sinamasi, Nechiporenko sinamasi, Addis Kakkovskiy sinamasi, Amburje sinamasi

Zimniskiy sinamasi, Nechiporenko sinamasi, fraksion usul

Amburje sinamasi, Zimniskiy va Nechiporenko sinamasi, duodenal zondlash usuli

Addis – Kakkovskiy, Amburje sinamasi va ingalyatsion usul

Endemik bo'qoq kasalligida hamshiralik tashhisini qo'ying?

*bezning kattalashuvi, nafas olish va yutinishning qiyinlashuvi, ovozning bo'g'ilishi, taxikardiya

bezning kattalashuvi, limfa tugunining kattalashuvi, ovozning bo'g'ilishi, taxikardiya

bezning kattalashuvi, nafas olish qiyinlashuvi, ovozning bo'g'ilishi, rangparlik, taxikardiya

bezning kattalashuvi, nafas olish va yutinishning qiyinlashuvi, tananing shishi, taxikardiya

Nechiporenko sinamasi uchun qancha miqdorda siydik olinadi?

* 10 ml hajmda

20 ml hajmda

30 ml hajmda

50 ml hajmda

Eng aniq va to'g'ri tana haroratini ko'rsatadigan soha:

*to'g'ri ichak

chov burmasi

og'iz bo'shlig'i

qo'ltiq osti

Mavzular bo'yicha vaziyatli masalalar.

Akmal 9 oylik. Onasi qabulxona bo'limiga quyidagi shikoyatlar bilan murojaat qildi: oxirgi paytlar bolaning bezovtaligiga, ta'sirchanligiga, injiqligiga, kechasi uyqusining buzulishiga, ko'p

terlashga. Ko'rikda bolaning ensa sohasida sochi to'kilgan, qorin hajmi kattalashgan, tishlari chiqmagan. Bolaning to'qimalar turgori pasaygan, terisi oqimtir, boshi katta, peshona hamda tepa do'mboqlari bo'rtgan, katta liqqildog'i 1,5 x 1,5 sm, atroflari yumshoq, oyoqlari «O» simon, bilagida «bilaguzuk» simptomi, barmoqlarida «marjon iplari», qovurg'alarda «tasbeh»lar aniqlanadi. Garisson egati yaxshi ko'rinib turibdi, qorni katta, qorin oldingi devori mushaklarining tonusi past. O'pkada ikkala tomondan vezikulyar nafas eshitiladi. Yurak tonlari bo'g'iq, puls ritmik. Jigari qovurg'a yoyidan +3 sm chiqib turibdi, talog'i + 1 sm. Umumiy qon tahlilidan: Hb – 80 g/l, eritr – 3,2, r.k. – 0,8, leyk – 8,6, eoz – 2%, t.ya. – 4%, seg.ya. – 38%, limf. – 50%, mon. – 6%, SOE – 12mm/s. Qonning bioximik tekshiruvida fosfor – 1 mmol/l, kalsiy – 1,8 mmol/l. To'liq tashxis qo'ying.

Raxit

Spazmofiliya

Diatez

gipervitaminoz D

Anvar, 7 oylik. Snikoyatlari: bezovtalik, injiqlik, kechasi uyqusining buzilishiga, kuchli terlashga, ensa sohasida sochning to'kilishiga, qorin hajmining kattalashishiga, tishlarining yo'kligiga. Ko'rikda: umumiy ahvoli nisbatan qoniqarli, es-hushi o'zida, terisi oqimtir pushti rangda. Tepa va peshona do'mboqlari bo'rtgan. Katta liqqildoq 1,5 x 1,5 sm, qirg'oqlari yumshoq. Bemorda «Bilakuzuk, tasbeh, marjon iplari» aniqlanadi. qorni katta, mushaklar tonusi pasaygan. O'pkasida pueril nafas eshitiladi. Yurak tonlari bo'g'iklashgan, yurak uchida sistolik shovqin eshitiladi. Jigari + 3 sm. qon tahlilida: Hb – 90,0 g/l, Er-3,4 * 10¹²/l, Ley-8,2 * 10⁹/l, SOE-10 mm/soat. Qonda kalsiy miqdori – 2,0 mmol/l, fosfor – 1,0 mmol/l. Tashxis qo'ying.

Raxit

Spazmofiliya

Diatez

gipervitaminoz D

Anvar, 8 oylik. SHikoyatlari: bezovtalik, injiqlik, kechasi uyqusining buzilishiga, kuchli terlashga, ensa sohasida sochning to'kilishiga, qorin hajmining kattalashishiga, tishlarining yo'qligiga.

BOLALARDA ENG KO'P UCHRAYDIGAN SOMATIK KASALLIKLAR

Ko'rikda: umumiy ahvoli nisbatan qoniqarli, es-hushi o'zida, terisi oqintir pushti rangda. Tepa va peshona do'mboqlari burtgan. Katta liqildoq 1,5 x 1,5 sm. qirg'oqlari yumshoq. Bemorda «Bilakuzuk, tasbeh, marjon iplari» aniqlanadi. Qorni katta, mushaklar tonusi pasaygan. O'pkasida pueril nafas eshitiladi. Yurak tonlari bo'g'iqlashgan, yurak uchida sistolik shovqin eshitiladi. Jigari + 3 sm., qon tahlilida: Hb – 90,0 g/l, Er-3,4 x 10¹²/l, Ley-8,2 x 10⁹/l, SOE-10 mm/soat. Qonda kalsiy miqdori – 2,0 mmol/l, fosfor – 0,95 mmol/l. Tashxis qo'ying.

Raxit

Spazmofiliya

Diatez

gipervitaminoz D

Nigora, 10 oylik. Onasining so'zidan shikoyatlari: bola yiglaganda nafasi to'xtab, ko'karishiga, nafas olishi shovqinli bo'lishiga. Anamnezidan: bola I homidadorlikdan, I farzand, o'z vaqtida tug'ilgan, tug'ilgandagi og'irligi 3200 g. Homiladorlik va tug'ruk normal kechgan, 3 haftaligidan sun'iy ovqatlantirilgan. Sut, tvorog, manniy butqasi iste'mol kiladi, 8 oyligida o'tirgan, tishi 8,5 oyligida chiqqan. Bola toza havoda kam sayr kiladi. Raxitning spetsifik profilaktikasi o'tkazilmagan. Bolaga 3 oyligida raxit diagnozi qo'yilgan, davolanmagan. Ko'rikda: umumiy ahvoli qonikarli, aktiv, es-xushi o'zida. Psixomotor rivojlanishi yoshiga mos. Tana vazni 9600 g, bo'yi- 73 sm., tepa va peshona do'mboqlari bo'rtgan, ko'krak qafasining pastki aperturasi kengaygan. Katta liqildoq 1x2,0 sm., tishi 0/2. Qorni yumshok, hajmi biroz kattalashgan. Jigari + 2,5 sm. Talog'i kattalashmagan. Qon tahlilida: HB-100 g/l, Er-3,3*10¹²/l, Ley-10 * 10⁹/l, SOE – 6 mm/soat. Qonda kalsiy miqdori - 2 mmol/l, fosfor – 2,1 mmol/l. Tashhis qo'ying

Spazmofiliya

Spazmofiliya

Diatez

gipervitaminoz D

Bemor Nusrat, tug'ilgandagi og'irligi 3300 g, bo'yi 51 sm., onasida eshakemi (krapivnitsa) bor. Hozirgi vaqtda bola 5 oylik.

Manniy bo'tkasi berilgandan so'ng bolada bezovtalik, tanasida va oyoq-qo'llarida rozeolyoz toshmalar paydo bo'ldi. Tashxis qo'ying

- ekssudativ-kataral diatez
- limfatik-gipoplastik diatez
- neyro-artiritik diatez
- allergik diatez

Bola, 2 oylik. Ona suti bilan oziqlanadi. Bola bezovta, injiq, uyqusi buzilgan, yonoqlari qizargan, terisi qichiydi. Ko'rikda: umumiy ahvoli qoniqarli, yonog'ida "sut qobig'i", boshning sochli qismida seboreyali po'stloqlar ko'zga tashlanadi. Ichki organlarda o'zgarishlar yo'q. Psixomotor rivojlanishi yoshiga mos. Tashxis: ekssudativno-kataral diatez. Ekssudativ-kataral diatez asosida nima yotadi?

- kasallikka nasliy moyillik
- nasliy kasallik
- teri kasalligi
- infeksion kasallik

1,5 oylik bola. 34 haftalikda chala tug'ilgan. CHaqaloqlik davri yaxshi kechgan. Terining rangparligi qayd etiladi. Qonda: gemoglobin - 95 g / l, eritrotsitlar - $3,5 \times 10^{12}$ / l, rang ko'rsatkichi - 0,85, retikulotsitlar - 2%. Anemiyaning eng ko'p ehtimolli sababi nimada?

- temir yetishmasligi
- qon shakllanishining nomukammalligi
- qizil qon hujayralari gemolizi
- B 12 vitamini yetishmovchiligi

3 yoshli bola ikkinchi kuni kasal. Holsizlik, tana harorati 37,3 C, ishtaha kamayishi, tez-tez, ho'l yo'tal, burundan ajralmalarning ajralishi kuzatiladi. ORVI, bronxit tashhisi qo'yilgan. Qaysi davolash ko'rsatilgan turi eng to'g'ri ?

- Mukolitiklar
- Sulfanilamidlar
- Sefalosporinlar
- Aminoglikozidlar

BOLALARDA ENG KO'P UCHRAYDIGAN SOMATIK KASALLIKLAR

Bola 10 oylik, kasalxonaga og'ir ahvolda quruq yo'tal va ekspirator hansirash bilan keldi. Ma'lumki, bola bir haftadan buyon kasal-kasallik burun oqishi, 38 0 C harorat bilan boshlangan. Tekshirganda: o'pkada timpanit, auskultatsiyada ikkala tomonda ko'p quruq hushtaksimon va bir-ikkita nam xirillashlar eshitiladi. Sizning tashxisingiz?

o'tkir obstruktiv bronxit

bronxial astma

zotiljam

ko'k yutal

10 oylik bolada o'tkir bronxopnevmoniya mavjud. Ushbu kasallik qaysi patogen mikroba keltirib chiqarishi ehtimoliyati yuqori?

patogen Stafilokok aureus

E coli

pseudomonas aeruginosa

proteus

12 yoshli qizda profilaktik tekshiruvda birinchi marta mitral qopqoq yetishmovchiligi belgilari aniqlandi. Patologiya revmatik sababli bulishiga shubha qilindi. Ushbu qiz uchun revmatizm qanday kechishi mumkin?

Yashirin

Tuxtovsiz-retsivlanuvchi

O'tkir

Chuzilgan

10 yosh bola shikoyati tez-tez siyishga, yonbosh sohada ogriqqa, ishtahasizlik, siyganda achishga. anamnezidan bir necha kundan beri kasal. Ogriq 2 kun oldin boshlangan. Ahvoli o'rtacha ogirlikda, tana harorati 37,50 S. Yonbosh sohada palpatsiyada ogrik bor. Peshobda: leykotsituriya bakteruriya. Tashxis qo'ying.

O'tkir sistit

O'tkir pielonefrit

Glomerulonefrit

Surunkali pielonefrit

7 yosharli bolada, dizuriya, pollakiuriya, nikturiya, leykotsituriya, kam mikdorda proteinuriya, bakteruriya. Bu qaysi kasallikni klinikasi?

o'tkir pielonefrit
o'tkir glomerulonefrit
Buyrak amiloidozi
o'tkir sistit

12 yoshli bola jismoniy faoliyatdan keyin va ovqatdan o'ng qovurg'a yoyi ostidagi paydo bo'lgan to'mtoq og'riqdan shikoyat qiladi, ba'zida ko'ngil aynish bilan birga keladi. Bola qo'zg'aluvchan. Palpatsiya paytida o'ng qovurg'a yoyi ostida og'riqlar, musbat "pufak" belgilar mavjud. Jigar +1 sm. bir oz og'riqli. Axlal o'zgarishsiz Erit. - 5.5 T/ l, Hb-120 g / l, L-7,1 g / l, EChT - 6 mm / soat, AST-0,52 mmol / l, ALT-0.6 mmol / l, umumiy bilirubin-22 mmol / l, bevosita- 14 mmol / l. ultratovushda: o't pufagida cho'kindi. Ushbu klinik belgilar qaysi patologiyani ko'rsatadi?

O't yo'llarining diskineziyasi.
surunkali pankreatit
jigar sirrozi
O't tosh kasalligi.

O'n ikki barmoqli ichagida yara bo'lgan bola metronidazol, ranitidin, amoksitsillin, sukralfat, maaloksni qabul qiladi. Yuqoridagilardan qaysi biri sitoprotektorlar hisoblanadi?

Sukralfat.
Metronidazol
Ranitidin.
Amoksitsillin.

Bola 4.5 yoshli stasionarga kuyidagi shikoyatlar bilan yotkizilgan: tana xaroratini kutarilishi, 37.5 S. 2 hafta oldin O'RVI utkazgan. Siydik analiz topshirilganda: oksil-0.033 g/l, leykotsituriya 40 k/m, mikrogematuriya. Terisi toza korni yumshok, ogriksiz. Jigar va talogi kattalashmagan. Pasternatskiy simptomi musbat. Bemorda qnday kasallik ketmoqda deb o'ylaysiz

O'tkir pielonefrit
O'tkir sistit
O'tkir glomerulonefrit
O'tkir gastrit

Bola 2 yoshli siydik analizida E-soli - 2000 aniklangan. Sefazolin, sefalekssin, rifampitsinga sezuvchanligi bor. Olgan natijani baxolang.

Normadagi kursatkich
Bakteriuriya
Piuriya

Yashirin bakteriuriya Bola, 2 oylik. Ona suti bilan oziqlanadi. Bola bezovta, injiq, uyqusi buzilgan, yonoqlari qizargan, terisi qichiydi. Ko'rikda:

BOLALARDA ENG KO'P UCHRAYDIGAN SOMATIK KASALLIKLAR

umumiy ahvoli qoniqarli, yonog'ida "sut qobig'i", boshning sochli qismida seboreyali po'stloqlar ko'zga tashlanadi. Ichki organlarda o'zgarishlar yo'q. Psixomotor rivojlanishi yoshiga mos. Tashxis: ekssudativno-kataral diatez. Ekssudativ-kataral diatez asosida nima yotadi?

- kasallikka nasliy moyillik
- nasliy kasallik
- teri kasalligi
- infeksion kasallik

Mavzular bo'yicha nazorat savollari.

1. Raxit kasalligini asosiy sabablari va moyillik faktorlarini aytib bering.
2. Raxit kasalligini og'irlik darajasiga kura asosiy klinik belgilarini tasvirlab bering.
3. Raxitning antenatal va postnatal profilaktikasini aytib bering.
4. Raxit kasalligi qanday davolanadi.
5. Spazmofiliya kasalligini rivojlanish sabablarini ayting.
6. Spazmofiliya kasalligini klinik formalarini aytib bering.
7. Vrach kelguncha shoshilinch xolatlarda birinchi erdam.
8. Ekssudativ diatez kasalligini asosiy sabablari.
9. Erta yoshdagi bolalarda ekssudativ diatez kasalligini klinik belgilarini tasvirlab bering.
10. Xamshiraning diatezi bor bolalarda tugri ovkatlantirish bo'yicha suxbat tayyorlang.
11. Pnevmoniya kasalligini keltirib chiqaruvchi omillarni aytib bering.
12. Pnevmoniya kasalligini bor bolalarni parvarishi.
13. Nafas etishmovchiligi belgilarini aytib bering.
14. Nafas organlarining birlamchi va ikkilamchi profilaktikasini aytib bering.
15. Yurak tug'ma nuqsonlarini ta'rifini ayting va kelib chikish sabablarini aytib bering.
16. Yurak tug'ma nuqsonlarini davolash usullari nimadan iborat.
17. Gipoksemik krizlarda birinchi yordam.
18. O'tkir revmatik isitmaning asosiy va qo'shimcha tashxis mezonlarini aytib bering.
19. O'tkir revmatik isitmaning asosiy davolash mezonlari nimadan iborat.
20. O'tkir revmatik isitmaning profilaktikasi nimadan iborat va qanday o'tkaziladi.
21. Kardiologik kasallar bilan xamshira ishining xususiyatlarini aytib bering.
22. Stomatit, surunkali gastrit va gastroduodenit kasalliklarini keltirib chikaruvchi omillar va klinik belgilarini ta'riflab bering.

23. "Bolalarda oshqozon kasalliklari profilaktikasi" mavzusida suxbat rejasini tuzing.

24. Oqsil energetik etishmovchiligining asosiy sabablarini aytib bering.

25. Oqsil energetik etishmovchiligining I,II,III darajalarini asosiy klinik belgilarini tasvirlab bering.

26. Oqsil energetik etishmovchiligining davolash tamoyillari nimadan iborat.

27. Bolalarda "Oqsil energetik etishmovchiligi profilaktikasi" mavzusida suxbat rejasini tuzing.

28. Nefrologik kasallar bilan xamshira parvarishining xususiyatlari xaqida aytib bering.

29. Turli yoshdagi bolalarda sutkalik siydik miqdorini aniqlab bering.

30. Pielonefrit va glomerulonefrit kasalliklarining asosiy sabablari va klinik belgilarini aytib bering.

31. Nefrologik kasallarda tekshirish usullarini olib borishda xamshiraning ishlash tartibini aytib bering.

32. Nima maqsadda Nechiporenko va Zimnitskiy sinamasi o'tkaziladi.

33. Nefrologik kasalarda shish sindrominig joylashishi va xususiyatlari.

34. Yangi tug'ilgan chaqalaqlarda, ko'krak yoshidagi bolalarda va katta yoshdagi bolalarda gemogramma ko'rsatkichlarini xususiyatlari nimadan iborat.

35. Anemiya kasaligiga ta'rif bering.

36. Temir tanqisligi anemiyasini laborator kursatkichlari nimalardan iborat.

37. Temir tanqisligi anemiyasini bor bolalarga taomnoma tuzing.

38. Ichishga va parenteral yo'l bilan yuboriladigan anemiyani davolashda qo'llaniladigan temir preparatlarini tavsiya etish xususiyatlari nimadan iborat.

39. Qalqonsimon bez qaysi kasalliklarda kattalashadi.

40. Gipotireoz va gipertireozda qanday klinik belgilar kuzatiladi.

41. Qaysi laborator tekshirish usuli yordamida buqoq kasaligi aniqlanadi.

41. Gipotireoz va gipertireoz.

42. Qandli diabetning asosiy sabablari va moyillik faktorlarini aytib bering.

43. Qaysi bolalar kandli diabet kasaligi rivojlanishi uchun xavf guruxiga kiradi.

44. Qaysi laborator tekshirish usuli yordamida qandli diabet kasaligi aniqlanadi.

46. Gipoglikemik va giperqlimik komada birinchi yordam.

ADABIYOTLAR

1. "Hamshiralik ishi" D.I.Ahmedov, 2017 yil.
2. "Pediatriyada hamshiralik ishi" Narkulov U., 2007 yil.
3. "Hamshiralik ishi" Zakirova K.U., 2010 yil.
4. "Bemorni uyda va shifoxonada parvarish qilish" Gadayev A.G., G.S.Oripova, 2014 yil.
5. "Bolalarda hamshiralik ishi" M.F.Ziyayeva, O.Z.Rizayeva, 2016 yil.
6. "Pediatriyada hamshiralik ishi" Q.Inomov, M. G'aniyeva, 2016 yil.
7. "Jamoada hamshiralik ishi" B.M.Mamatkulov, X.E.Rustamova 2016 yil.
8. M.F.Ziyaeva, Z.O.Rizaeva. "Bolalarda xamshiralik parvarishi". Toshkent, "Fan va texnologiya" 2012 yil.
9. X.N Fayziev. «Sestrinskiy uxod za det'mi» Toshkent, «Ilm ziyo» nashriyoti, 2008 yil
10. "Bemor bolalarni parvarish qilish va onalarga maslahat berish" Uslubiy qo'llanma. Toshkent, 2010 y.
11. "Qiz bolalarni o'sishini baholash va kuzatish hamda ko'rsatkichlarni bolaning rivojlanish tarixiga kiritish". O'quv kursi. Toshkent-2009 yil.(YUNISEF).
12. "O'g'il bolalarni o'sishini baholash va kuzatish hamda ko'rsatkichlarni bolaning rivojlanish tarixiga kiritish" O'quv kursi. Toshkent, 2009.(YUNISEF).
13. Birlamchi tibbiy sanitariya tizimidagi hamshiralalar ishining asosiy ko'nikmalari. O'quv qo'llanma. USAID ZdravPlyus loyihasi. Toshkent 2008.
14. В.Д. Тульчинская «Сестринское дело в педиатрии» Ростов-на Дону, «Феникс», 2003 йил.
15. «Сестринское дело». Москва, издательство «Медицина», ежемесячный журнал.
16. "Xavfsiz immunizatsiya" dasturi bo'yicha pedagoglar va tibbiyot xodimlari uchun qo'llanma. 2014 (YUNISEF).
17. "Эффективный перинатальный уход. Акушерство(Интегрированное ведение беременности и родов) 2014 (ЮНИСЕФ).
18. Internet saytlari:
www.ziyonet.uz,
www.wikipedia.uz,
<http://bibliotekar.ru>
19. А. А. Баранова. Педиатрия. Национальное руководство. Краткое издание: ГЭОТАР-Медиа, 2014.
20. Н.П. Шабалов. Детские болезни: Питер, 2011.
21. Таточенко В.К. Болезни органов дыхания (Практическое руководство. М.ПедиатрЪ, 2012).
25. Vitamin D deficiency in young children with severe acute lower respiratory infection / J.D. McNally, K. Leis, L.A. Matheson // Pediatr. Pulmonol. – 2009. – № 44.
26. Смирнова Н.П., Белозерцева В.Н., Сорока Н.Д. Педиатрия для семейного врача. Карманный справочник. С/П, 2017.

MUNDARIJA

KIRISH	4
ERTA YOSHDAGI BOLALAR KASALLIKLARI	4
BOLALARDA RAXIT	4
SPAZMOFILIYA	13
EKSSUDATIV DIATEZ	17
NAFAS A'ZOLARI KASALLIKLARI	21
RINIT	22
BOLALARDA O'TKIR LARINGOTRAXEIT	23
BRONXITLAR	24
PNEVMONIYALAR	27
YURAK-QON TOMIR TIZIMI KASALLIKLARI	32
YURAKNING TUG'MA NUQSONLARI	32
O'TKIR REVMATIK ISITMA	39
OVQAT HAZM QILISH A'ZOLARI KASALLIKLARI	43
STOMATIT	43
EMADIGAN BOLALARDA OVQAT HAZMI VA OVQATLANISHNING BUZILISHI	45
PILOROSPAZM	45
PILOROSTENOZ	46
BOLALARDAGI SURUNKALI GASTRITLAR VA GASTRODUODENITLAR	48
OQSIL ENERGETIK YETISHMOVCHILIGI	53
BUYRAK VA SIYDIK CHIQARISH A'ZOLARI KASALLIKLARI	57
SISTIT	57
O'TKIR PIELONEFRIT	59
SURUNKALI PIELONEFRIT	61
GLOMERULONEFRIT	64
QON VA QON YARATISH A'ZOLARI KASALLIKLARI	68
ANEMIYA	68
TEMIR YETISHMOVCHILIK KAMQONLIGI	69
MEGALOBlastik ANEMIYALAR	72
VITAMIN B ₁₂ DEFITSIT ANEMIYASI DIAGNOSTIKASI	73
FOLAT TANQISLIK KAMQONLIGI	77

BOLALARDA ENG KO'P UCHRAYDIGAN SOMATIK KASALLIKLAR

ICHKI SEKRETSIYA BEZLARI KASALLIKLARI	78
BOLALARDA QANDLI DIABET.....	79
ENDEMIK BUQOQ.....	82
AMALIY QISM.....	84
KO'KRAK YOSHIDAGI BOLALARNI TIBBIY KORIKDAN O'TKAZISH	84
TANA VAZNINI ANIQLASH.....	85
TANA HARORATINI O'LCHASH.....	86
TANA HARORATINI OG'IZ BO'SHLIG'IDAN O'LCHASH.	87
BURUNGA TOMCHI DORI TOMIZISH	88
KO'ZGA TOMCHI DORI TOMIZISH	89
BURUNDAN SURTMA OLIISH	90
TOMOQDAN SURTMA OLIISH	90
TERI ORASIGA INYEKSIYA QILISH	91
TERI OSTIGA INYEKSIYA QILISH.....	92
MUSHAK ORASIGA INYEKSIYA QILISH.....	94
VENAGA DORI MODDALARINI YUBORISH	95
TEST SAVOLLARI	97
Mavzular bo'yicha vaziyatli masalalar.....	105
Mavzular bo'yicha nazorat savollari.	111

**Muxamadiyeva L.A., Quldashev S.F., Kudratova Zebo
Erkinovna., Hasanova G.A.**

**“BOLALARDA ENG KO‘P UCHRAYDIGAN SOMATIK
KASALLIKLAR”**

Tibbiyot texnikumlari talabalari
uchun mo‘ljallangan o‘quv qo‘llanma

“TIBBIYOT KO‘ZGUSI” NASHRIYOTI

Mas‘ul muharrir — Madina Mirzakarimova

Musahhah — Olim RAXIMOV

Texnik muharrir — Nodir Isayev

Dizayner va sahifalovchi — Shahobiddin Zamonov

**“TIBBIYOT KO‘ZGUSI” bosmaxonasida chop etildi.
Pochta indeksi 140100. Samarqand shahar,
Amir Temur ko‘chasi, 18-uy.**

Bosishga 31.03.2021 ruxsat etildi. Bayonnoma raqami: 5
Bichimi 60x84^{1/16}. “Times New Roman” garniturasida. 6.74 bosma taboq
Adadi: 200 nusxa. Buyurtma raqami: 15 / 19.04.2022
Tel: (99) 448-80-19.



9

789943

825932