

RUSTAMOV M.R.



**BOLALARDA OSHQOZON VA
ICHAK KASALLIKLARI**

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY TA'LIM,
FAN VA INNOVATSIYALAR VAZIRLIGI
O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH
VAZIRLIGI
SAMARQAND DAVLAT TIBBIYOT UNIVERSITETI**

RUSTAMOV MARDONKUL RUSTAMOVICH



**BOLALARDA
OSHQOZON VA ICHAK
KASALLIKLARI**

O'quv qo'llanma



UOK 616.33-053.2(075.8)

KBK 54.132ya73

R 91

Rustamov M.R.

Bolalarda oshqozon va ichak kasalliklari [Matn] : o'quv qo'llanma /
Rustamov M.R. – Samarqand : Samarqand, 2023. - 112 b.

Muallif:

Rustamov M.R.

-SamDTU 1-pediatriya va neonatologiya
kafedrası t.f.d., professor

Taqrizchilar:

Agzamova Sh.A.

-Toshkent pediatriya tibbiyot instituti, 1-son
oilaviy tibbiyot kafedrası professori, t.f.d.

Sharipov R.X.

-SamDTU, DKTF pediatriya kafedrası mudiri
t.f.d., professor.

Ushbu o'quv qo'llanmada Davlat ta'lim standartlariga muvofiq tayyorlangan. O'quv qo'llanmada bolalar oshqozon-ichak kasalliklarining etiologiyasi, patogenezini, tasnifi, klinik manzarasi, tekshirish usullari, solishtirma tashxisi, davolash va profilaktikasi batafsil bayon etilgan.

O'quv qo'llanma pediatriya ta'lim yo'nalishida tahsil olayotgan talabalar, klinik ordinatorlar, magistratura rezidentlari uchun mo'ljallangan.

ISBN 978-9943-5403-9-2

© Rustamov M.R 2023 y

© Samarqand 2023 y

MUNDARIJA

QISQARTIRISHLAR RO'YXATI.....	4
KIRISH.....	5
I BOB. BOLALARDA GASTROEZOFAGAL REFLUKS KASALLIGI.....	6
II BOB. PILOROSPAZM	14
III BOB. PILOROSTENOZ.....	15
IV BOB. MALABSORBSIYA SINDROMI	17
V BOB. INGICHKA VA YO'G'ON ICHAK KASALLIKLARI	41
VI BOB. ICHAK YALLIG'LANISH KASALLIGI.....	47
VII BOB. BOLALARDA NOSPEKIFIK YARALI KOLIT	54
VIII BOB. QO'ZG'ALGAN ICHAK SINDROMI	65
IX BOB. BOLALARDAGI SURUNKALI GASTRITLAR VA GASTRODUODENITLAR	76
X BOB. BOLALARDA O'N IKKI BARMOQLILI ICHAKNING YARA KASSALIGI	87
XI BOB. BOLALARDA GASTRODUODENAL ZONANING FUNKSIONAL BUZILISHLARI.....	96
XII BOB. TALABALARNING MUSTAQIL ISHLARI UCHUN TEST TOPSHIRIQLARI.....	100
XIII BOB. TALABALARNING MUSTAQIL ISHLARI UCHUN VAZIYATLI MASALALAR	105
ADABIYOTLAR RO'YXATI.....	110

QISQARTIRISHLAR RO'YXATI

GK	-glyukokortikoidlar
NYaQP	-nospetsifik yallig'lanishga qarshi preparatlar
SGD	-surunkali gastroduodenit
UTT	-ultratovush tekshirish
EGDFS	-ezofagogastroduodenoskopiya
EChT	-eritrotsitlar cho'kish tezligi
YaK	-yara kasalligi
NYaK	-nospesifik yarali kolit

KIRISH

Oxirgi yillarda chop etilgan adabiyotlarda oshqozon-ichak kasalliklarining ortib borishi haqida ma'lumotlar berilgan. Bu kasalliklarning ortib borishi nafaqat O'zbekistonda balkim, butun dunyo miqyosida kuzatilmoqda. Bu kasalliklarning ortib borishining sabablaridan biri ekologiyaning buzilishi bo'lsa, ikkinchi tomondan kasalliklarni tashxislash yaxshi yo'lga qo'yilganligi, ya'ni zamonaviy laborator-instrumental usullarning sog'liqni saqlash amaliyotida tadbiiq etilishi munosabati bilan kasalliklarni o'z vaqtida ro'yxatga olish yaxshi yo'lga qo'yilganligi bilan bog'liqdir.

Ushbu qo'llanmada O'zbekiston sharoitida oshqozon-ichak kasalliklarning etiologiyasi, xavf omillarining ahamiyati, patogenezi, kasalliklarning klinik manzarasi, tashxisoti, solishtirma tashxisoti va davolash prinsiplari yoritilgan.

Tag'dim etilayotgan o'quv qo'llanma test topshiriqlari va vaziyatli masalalar bilan boyitilgan. Ushbu qo'llanma pediatriya fakultetining 5-6 kurs talabalari, pediatriya yo'nalishidagi magistratura rezidentlari, klinik ordinatorlar, umumiy amaliyot shifokorlariga mo'ljallangan.

I BOB. BOLALARDA GASTROEZOFAGAL REFLUKS KASALLIGI

Bolalardagi gastroezofagial reflyuks kasalligi nafaqat klinikada ishlovchi vrachlar, balki tadqiqotchilar uchun ham dolzarb mavzulardan biri bo'lib qolmoqda. Mavzuning dolzarbligi ushbu patologiyaning keng tarqalishi va tez-tez takrorlanishi bilan bog'liq. Shu munosabat bilan, gastroezofagial reflyuks kasalligini o'z vaqtida tashxislash va yetarli davolanish kasallikning prognozini yaxshilaydi va jarayonning surunkaliga o'tishi takrorlanishini kamaytiradi.

Turli yoshdagi bolalarda kuzatiladigan oshqozon-ichak traktining funktsional va surunkali yallig'lanish kasalliklari orasida qizilo'ngach shikastlanishi, ortib borishi bo'yicha yuqori o'rinni egallaydi. Yaqin vaqtgacha qizilo'ngachning shikastlanishlari orasida pediatrlar asosan turli xil anomaliyalar va rivojlanish nuqsoni, asosan termal yoki kimyoviy shikastlanish natijasida shilliq qavatning shikastlanishi, shuningdek, bu jarohatlarning uzoq muddatli asoratlari aniqlar edilar. Hozirgi vaqtda bolalarda yallig'lanish xarakteriga ega qizilo'ngachning shilliq qavatidagi o'zgarishlar tobora keng uchramoqda.

Ovqat hazm qilish tizimining surunkali yallig'lanish kasalliklari tuzilishida izolyatsiyalangan ezofagitlar taxminan 1,5% ni tashkil qiladi. Ko'pincha qizilo'ngachning yallig'lanishi boshqa organlar va tizimlarning shikastlanishi bilan birga keladi (surunkali gastrit bilan qizilo'ngachning umumiy shikastlanishi bolalarning 15 % da aniqlanadi, surunkali gastroduodenitda - 38,1%, ezofagit deyarli barcha bolalarda uchraydi)

Gastroezofagial reflyuks kasalligi (GRK) - bu qizilo'ngach va qizilo'ngachdan tashqari klinik ko'rinishlar va qizilo'ngachning shilliq qavatida oshqozon yoki oshqozon-ichak tarkibining retrograd qaytarilishi tufayli turli xil morfologik o'zgarishlar bilan xarakterlanadigan surunkali qaytalanuvchi kasallikdir.

Etiopatogenez

GRK rivojlanishining qo'zg'atuvchi omillari:

- ovqatlanish rejimi va sifatini buzilishi;
- qorin bo'shlig'i bosimining oshishi bilan kechadigan sharoitlar (ich qotishi, noto'g'ri jismoniy faoliyat, tananing uzoq vaqt egilgan holati va boshqalar);

- nafas olish (respirator) patologiyasi (bronxial astma, mukovissidoz, qaytalangan bronxit va boshqalar);
- ba'zi tibbiy preparatlarni qabul qilish (xolinolitiklar, sedativ va uxlatadigan vositalar, beta-adrenoblokatorlar va boshqalar);
- chekish, alkogol;
- diafragmaning qizilo'ngach teshigining toyuvchi churrasi;
- herpes-virusli infeksiya, sitomegalovirusli infeksiya, qizilo'ngachning zamburug'li infeksiyalari

GRK rivojlanishi uchun moyillik qiluvchi omillarga quyidagilar kiradi:

- ko'pincha katta maktab yoshi;
- erkak jinsi;
- oshqozon-ichak trakti kasalliklari uchun og'ir irsiyat;
- gastroduodenal zonaning organik patologiyasi;
- vegetativ disfunktsiya;
- gelmintli parazitlar invaziyasi;
- surunkali infeksiya o'choqlari;
- semizlik;
- diafragmaning qizilo'ngach teshigining toyuvchi churrasi;

GRK patogenezi asosida "agressiya" va ^Mhimoya^Momillari o'rtasidagi muvozanatning buzilishi yotadi.

«Agressiya» omillariga quyidagilar kiradi: gastroezofageal reflyuks (kislotali, ishqoriy, aralash), xlorid kislotaning yuqori sekresiyasi, lizolesitin safro kislotalari, oshqozon osti bezi shirasining agressiv ta'siri, ba'zi tibbiy preparatlar (yallig'lanishga qarshi nosteroid dorilar, salisilatlar, glyukokortikoidlar va boshqalar), ba'zi oziq-ovqat mahsulotlari, *Helicobacter pylori*.

«Himoya» omillari: Kardiyaning antirefluks funksiyasi, qizilo'ngach shilliq qavatining qarshiligi (rezistentligi), samarali klirens, oshqozon tarkibini o'z vaqtida evakuasiya qilish.

Agressiv omillarning "himoya" omillaridan ustunligi patologik gastroezofagial reflyuksiyani shakllantirish uchun sharoit yaratadi.

Antirefluks mexanizmini ta'minlaydigan bir qator anatomik tuzilmalarni alohida ko'rsatishadi: diafragma- qizilo'ngach bog'lami, shilliq "rozetka"(Gubarev burmasi), diafragma oyoqlari, qizilo'ngachning oshqozonga kirishining o'tkir burchagi (Gis burchagi), qizilo'ngachning abdominal qismi uzunligi. Shu bilan birga, kardiyaning yopish mexanizmidagi asosiy rol pastki qizilo'ngach sfinkteriga tegishli ekanligi isbotlangan,

uning yetishmovchiligi mutlaq yoki nisbiy bo'lishi mumkin. Bundan tashqari, qizilo'ngachni agressiv oshqozon tarkibidan himoya qilishning antirefluks mexanizmlariga tupurikning ishqoriy ta'siri va "qizilo'ngachni klirensi", ya'ni qo'zg'atuvchi qisqarishlar orqali o'z-o'zini tozalash qobiliyati kiradi. Ushbu hodisa yutish harakatlaridan kelib chiqadigan birlamchi (avtonom) va ikkilamchi peristaltikaga asoslanadi. Antirefluks mexanizmlar orasida shilliq qavatning "to'qimalariga rezistentlik" deb ataladigan turi muhim ahamiyatga ega: preepitelial (shilimshiq qatlam, aralashtirilmagan suvli qatlam, bikarbonat ion qatlami); epitelial tuzilmali (hujayra membranalari, hujayralararo bog'lovchi komplekslar); epitelial funksional (hujayra ichidagi va hujayradan tashqari bufer tizimlar; hujayraning ko'payishi va differensiasiyasi); postepitelial (qon oqimi, to'qimalarning kislota-ishqoriy muvozanati).



Normada GEFRK

Antirefluks mexanizmining ishlamay qolishi dastlabki va ikkilamchi bo'lishi mumkin. Ikkilamchi qobiliyatsizlik diafragma qizilo'ngach teshigi churrasi va (yoki) pilorostenoz, oshqozon sekresiyasini stimulyatorlari va boshqalar bilan bog'liq bo'lishi mumkin. Pastki qizilo'ngach sfinkterining bosimi shuningdek oshqozon-ichak gormonlari (glyukagon, somatostatin, xolesistokinin, sekretin, vazoaaktiv intestinal peptid, enkefalinlar) bir qator medikamentoz preparatlar (antixolinergik vositalar, kofein, adrenoblokatorlar, teofillin, kaltsiy kanallari blokatorlari), oziq-ovqat mahsulotlari, alkogol, shokolad, yog'lar, ziravorlar, nikotin ta'sirida kamayadi.

Yosh bolalarda reflyuksga qarshi mexanizmlarning birlamchi yetishmovchiligining asosi, qoida tariqasida, vegetativ asab tizimi tomonidan qizilo'ngach faoliyatini tartibga solishning buzilishi hisoblanadi. So'nggi paytlarda bolalarda sezilarli darajada psixo-emotsional zo'riqish kuzatilmoqda, bu esa vegetativ disfunktsiya sindromining erta rivojlanishiga olib keladi.

Intensiv psixik zo'riqishga uchragan bolalar ko'pincha kekirish va oshqozon qaynashidan shikoyat qiladilar, maxsus tekshiruvda ularda ko'pincha gastroezofagial prolaps aniqlanmoqda.

Klinik manzara

GRK har qanday yoshdagi bolalarda paydo bo'lishi mumkin. Kasallikning klinik ko'rinishi asosan bolaning yoshiga bog'liq. Shunday qilib, hayotning birinchi yilidagi bolalarda nafas olish buzilishi (yo'tal, disfoniya, bug'ilish xurujlari), shuningdek qusish va kekirish sindromi ko'rinishidagi "qizilo'ngachdan tashqari" ko'rinishlari ustunlik qiladi. Bolaning o'sishi bilan reflyuksning "qizilo'ngachdagi" ko'rinishlari birinchi o'ringa chiqadi. Bolalarning 60%dan ortig'ida qizilo'ngachning zararlanishiga xos bo'lgan klinik belgilar paydo bo'ladi, ularda epigastral soha va ko'krak suyagi orqasidagi sohada o'tkir bo'lmagan, zirqiragan og'riq kuzatiladi, og'riq ovqat istemol qilgandan keyin darhol kuchayadi va keyingi 1,5-2 soat ichida biroz zaiflashadi; shuningdek, "yuqori dispepsiya" deb ataladigan turli xil dispeptik ko'rinishlar: yutishning qiyinligi (disfagiya), kekirish (ko'pincha nordon havo yoki iste'mol qilingan ovqat bilan), davri-davri bilan paydo bo'ladigan hiqichoq, ko'ngil aynishi, qusish.

Kichik yoshdagi bolalarda "ho'l yostiq" alomati passiv regurjitasianing namoyon bo'lishi sifatida ifodalanadi. Qizilo'ngach kasalliklari bilan og'rikan bolalar tomonidan eng ko'p uchraydigan shikoyat - bu me'da (jig'ildon) qaynashi bo'lib, uning klinik ko'rinishini katta yoshdagi bolalar aniq tasvirlab berishadi. Biroq, yosh bolalar har doim ham o'zlarining his-tuyg'ularini "me'da (jig'ildon) qaynashi" atamasi bilan tavsiflay olmaydilar. Faqat to'g'ri to'plangan anamnez bolaning ko'krak qafasidagi "g'ijjilash" ko'rinishidagi noqulayligini aniqlashtirishga imkon beradi.

Gastroezofagial reflyuks kasalligining yoshga qarab klinik ko'rinishlari 1- jadvalda keltirilgan.

Tashxisoti

GRK tashxisoti nafaqat anamnestik va klinik ma'lumotlarni, balki asosiy va qo'shimcha usullarni ham o'z ichiga oladi.

Asosiy usullar quyidagilarni o'z ichiga oladi: qizilo'ngach shilliq qavatining maqsadli biopsiyasi bilan ezofagogastroduodenoskopiya qilish, qizilo'ngach ichidagi kunlik pH monitoringi, qizilo'ngach va

oshqozonning kontrastli rentgenogrammasi ^{99}Tc yordamida radioizotopni o'rganish (qizilo'ngach-oshqozon sintigrafiyasi).

Davolash

Bolalarda ezofagit va gastroezofagial reflyuks kasalligini davolash murakkab kompleks holda olib boriladi va uchta asosiy tamoyilga asoslanadi:

- dietoterapiya;
- postural terapiya;
- dori terapiyasi, ular, qizilo'ngach va oshqozonning peristaltik faoliyatini normallashtirishga, oshqozonning kislota hosil qiluvchi funksiyasini tiklash va normallashtirishga; qizilo'ngachning shilliq qavatining tuzilishini tiklashga, shilliq qavatida yuzaga keladigan yallig'lanish o'zgarishlariga qarshi kurashga, qaratilgan;

- jarrohlik bilan davolash.

GRKni o'z ichiga olgan ovqat hazm qilish tizimining har qanday kasalligini davolash ovqatlanishni to'g'ri yo'lga solish bilan boshlanadi. Rasional ovqatlanishning asosiy tamoyili zarar yetkazmaydigan oziq-ovqat tayyorlashning kimyoviy va mexanik usulidan foydalangan holda tez-tez, bo'lib-bo'lib ovqatlanishdir. Oxirgi ovqatlanish yotishdan oldin 3-4 soatdan kechiktirmasdan vaqtda bo'lishi tavsiya etiladi. Chaqaloqlarda ovqatlantirish sut aralashmalariga maxsus qo'shimchalar qo'shib kichik qismlar bilan amalga oshiriladi.

Hozirgi vaqtda GRKda qo'llanilishi mumkin bo'lgan maxsus chaqaloq ovqatlari ishlab chiqilgan («Frisovom», «Nutrilon AR», «Semper Lemolak», «Nutrilak AR», «Bellakt AR+» va boshqalar). Kattaroq bolalarda peristaltikani va gastroezofagial reflyuksni kuchaytiradigan ovqatlar menyudan chiqarib tashlanadi (kofe, shokolad, yog'li va achchiq ovqatlar).

GRK uchun terapevtik chora-tadbirlarning asosi reflyuks darajasini pasaytirishga, qizilo'ngachni oshqozon tarkibidan tez bo'shatishga qaratilgan postural terapiya (pozitsiya terapiyasi) hisoblanadi, bu yallig'lanishdan so'ng va respirator asoratlar xavfini kamaytiradi.

Postural terapiya nafaqat ovqatlanish paytida va undan keyin qisqa vaqt ichida, balki kunduzi ham, kechasi ham davom etishi kerak. Chaqaloqlarni 45-60 ° burchak ostida o'tirgan holatda ovqatlantirish tavsiya etiladi. Oshqozon tarkibining qizilo'ngachga oqib ketishining oldini olish uchun qizilo'ngachning pastki sfinkteri yetishmovchiligi

bo'lgan katta yoshdagi bolalarga to'shakda 20 sm ko'tarilgan yostiqa uxlash tavsiya etiladi.

Dori-darmon preparatlar GRK bilan og'rigan bolalarga klinik simptomlarning og'irligiga va qizilo'ngachdagi yallig'lanish o'zgarishlariga qarab buyuriladi. Aniq ifodalangan klinika bo'lmasa, faqat oshqozon-ichak traktining harakatini normallashtiradigan dori preparatlarni qo'llash mumkin. Eng samarali antireflyuks preparatlari prokinetikadir: metoklopramid va domperidon. Ushbu dorilar qizilo'ngach sfinkterining tonusini oshiradi, oshqozon antral bo'limi peristaltikasini kuchaytiradi, antroduodenal muvofiqlashtirishni yaxshilaydi, ya'ni duodenogastral reflyuksni yo'q qiladi. Ammo yosh bolalarda metoklopramidni qabul qilishda ekstrapiramidal buzilishlar kuzatilishi mumkin, shuning uchun ularni ehtiyotkorlik bilan buyurish kerak. Domperidondan foydalanganda shunga o'xshash ta'sirlar deyarli kuzatilmaydi. U tana vazniga 0,25 mg/kg dan, ovqatdan 15-20 daqiqa oldin, kuniga 3-4 marta qabul qilish uchun buyuriladi (lekin me'yori sutkasiga 30 mg dan oshmasligi kerak). Antireflyuks terapiya kursi odatda 10-14 kunni tashkil etadi.

GRKning klinik belgilari mavjud bo'lganda, oshqozon-ichak traktining peristaltikasini normallashtiradigan dorilar, kislota hosil bo'lish jarayonlarini tartibga soluvchi dorivor moddalar bilan birgalikda foydalanish ko'rsatiladi. Birinchi darajali dorilar antasidlar bo'lib, ular oshqozon ichidagi kislotani neytrallashtiradi va sitoprotektiv va reparativ ta'sirga ega bo'ladi. Ushbu dorilarni har qanday yoshdagi bolalarga buyurish mumkin, chunki ular deyarli hech qanday nojo'ya ta'sirga ega emas. Antasidlarning turli tarkibi ham ularni tayinlash xususiyatlarini belgilaydi. Shunday qilib, uyg'unlashgan magniy va alyuminiy gidroksidni o'z ichiga olgan Maalox ovqat hazm qilish traktining nafaqat yuqori, balki pastki qismlarining harakatchanligini normallantiradi, bu esa ich qotishi bilan og'rigan bolalar uchun asosiy tayinlanishini oqlaydi.

Tarkibida Fosfalugel, agar-agar va pektinning mavjudligi uning shilliq qavatga himoya va tiklovchi ta'sirini beradi, shuning uchun ushbu preparatni qo'llash qizilo'ngachning yallig'lanishining aniq ifodalangan belgilari bo'lganda tavsiya qilinadi. Antasidlar bilan davolash kursi, gastroezofagial reflyuksning og'irligiga, qizilo'ngachdagi yallig'lanish o'zgarishlariga bog'liq va o'rtacha 10 dan 14 kungacha davom etadi. Preparatlar 6 oygacha bo'lgan bolalar uchun - har bir oziqlantirishdan keyin 5 ml, 6 oydan kattalarga - har bir oziqlantirishdan keyin 10 ml, katta

yoshdagi bolalarga - ovqatdan 1-1,5 soatdan keyin 20 ml me'yorda buyuriladi.

GRK ning og'ir klinik ko'rinishlarida antisekretor preparatlarni tayinlash muhim rol o'ynaydi. Oshqozon shilliq qavatining pariyetal hujayrasiga ta'sir qilish mexanizmiga ko'ra, mavjud bo'lgan antisekretor dorilarni ikki guruhga bo'lish mumkin - *H2-gistamin retseptorlari blokatorlari va proton pompasi ingibitorlari*.

H2-gistaminblokatorlari pepsin faolligini pasaytiradi va odatda oshqozon va o'n ikki barmoqlik ichakning yaralari va eroziyalarini shakllantirishdagi peptik omilni qiymatini kamaytiradi, ularning tezroq bitishiga hissa qo'shadi. Ushbu maqsadlar uchun I-II avlod H2-gistaminblokatorlarini (simetidin, ranitidin) qo'llashni, ushbu dorilarning o'sayotgan organizmga nojo'ya ta'sirini hisobga olgan holda pediatriya amaliyotida cheklanishi kerak.

Tanlash uchun H2-gistaminblokatorlarining uchinchi avlodi (famotidin) tavsiya etilishi mumkin, ular antiandrogenik faollikka ega emas va prolaktin sinteziga ta'sir qilmaydi.

Famotidinni buyurishda pastroq o'rtacha samarali terapevtik doza qo'llaniladi, u uzoqroq ta'sir qilish muddati bilan ajralib turadi. Famotidin pediatriya amaliyotida

2- 4 hafta davomida kuniga 0,5-1,5 mg / kg miqdorida buyuriladi. Keyinchalik, 2-4 hafta davomida profilaktik dozaga (yarim) o'tish tavsiya etiladi. H2- gistaminblokatorlarni tayinlashda "rikoshet sindromi" haqida unutmaslik kerak: preparatni keskin bekor qilishda kasallikning tez rivojlanishi ortishi mumkin. Bir guruh antisekretor vositalar - proton pompasi ingibitorlari (omeprazol, lansoprazol, pantoprazol) kislotali oshqozon sekresiyasiga ta'sir qilishning yuqori samaradorligi va tanlab ta'sir qilish xususiyatiga ega. Ularning harakati oshqozonning pH qiymatini o'zgartirishga qaratilgan. Dorilar xlorid kislota ishlab chiqarishni kamaytiradi va shu bilan oshqozon antral bo'limining ishqorlanishiga yordam beradi. Nojo'ya ta'siri mavjudligi sababli: ko'ngil aynishi, meteorizm, o'zgaruvchan ich qotishi va diareya, bosh og'rig'i, teri toshmasi - dorilar ertalab bir marta 2 haftadan ko'p bo'lmagan muddatda qo'llaniladi.

Proton pompasi inhibitorlarining sutkalik dozasi kuniga 0,5-2,0 mg / kg ni tashkil qiladi. GRK shakllanishida vegetativ nerv tizimining rolini hisobga olgan holda, ba'zi hollarda sedativlar (valeriana ekstrakti, ona va valeriana damlamasi, novo-passit va boshqalar) va nootrop preparatlar

(pantogam, nootropil, fenotropil) tayinlanadi, qabul qilish muddati 3-4 haftagacha ko'rsatilgan.

Bolalarda gastroezofagial reflyuks kasalligini davolash sxemalari kasallikning og'irligiga qarab 2-jadvalda keltirilgan.

Fizioterapiya davolash qizilo'ngachning silliq mushaklarini rag'batlantirish (epigastral sohada serukal bilan SMT-forez) va miya hamda umurtqa gemodinamikani yaxshilash orqali vegetativ nomutanosiblik (bo'yin sohasida DMV, elektroson) orqali motor buzilishlarini tuzatishga qaratilgan.

Troyanning ma'lumotlariga ko'ra, konservativ davolash usulida bemorlarning 70 foizida samara beradi.

Davolashning ta'siri bo'lmasa, jarrohlik amaliyoti qo'llaniladi.

II BOB. PILOROSPAZM

Etiologiyasi. (kasallikni kelib chiqish sabablari). Pilorospazm mustaqil kasallik sifatida organik stenozsiz oshqozon bo'ynining funktsional spazmiga asoslangan. Oshqozon bo'ynining spastik qisqarishlari asosida spazmlarning neyro- refleks kelib chiqishi yotadi.

Klinik manzarasi

Pilorospazmning etakchi alomati, bola tug'ilgandan keyingi birinchi kunlardan boshlab paydo bo'ladigan qusishdir. Qusish tez-tez, ko'p emas, oziqlantirishdan keyin darhol, undan 10-30 daqiqa o'tgach sodir bo'ladi. Qusiq tarkibida o'zgarmagan sut mavjud bo'ladi. Bolaning vazni ortishi asta-sekinlik bilan bo'ladi. Najas normal yoki ich qotishiga moyillik mavjud. Kundalik siydik miqdori biroz kamaygan. Siydik chiqarish soni kuniga 10 tagacha kamayadi. Vaqti-vaqti bilan o'tkir bezovtalanish kuzatiladi. Terining rangparligi asta-sekin ortib boradi.

Tashisoti. Pilorospazm tashxisi diqqat bilan to'plangan anamnez va klinika ma'lumotlariga asoslanadi. Tashxis qo'yishda rentgenologik tekshiruvlar katta ahamiyatga ega bo'ladi.

Davolash. Bolaning iloji boricha ko'proq toza havoda bo'lishi. Bolani "erkin ovqatlantirish" talabiga binoan oziqlantirish.

Quyidagi aralashmaning yaxshi ta'siri bor:

Natrii chloridi- 0,9%- 200,0;

Natrii bicarbonici- 2,0;

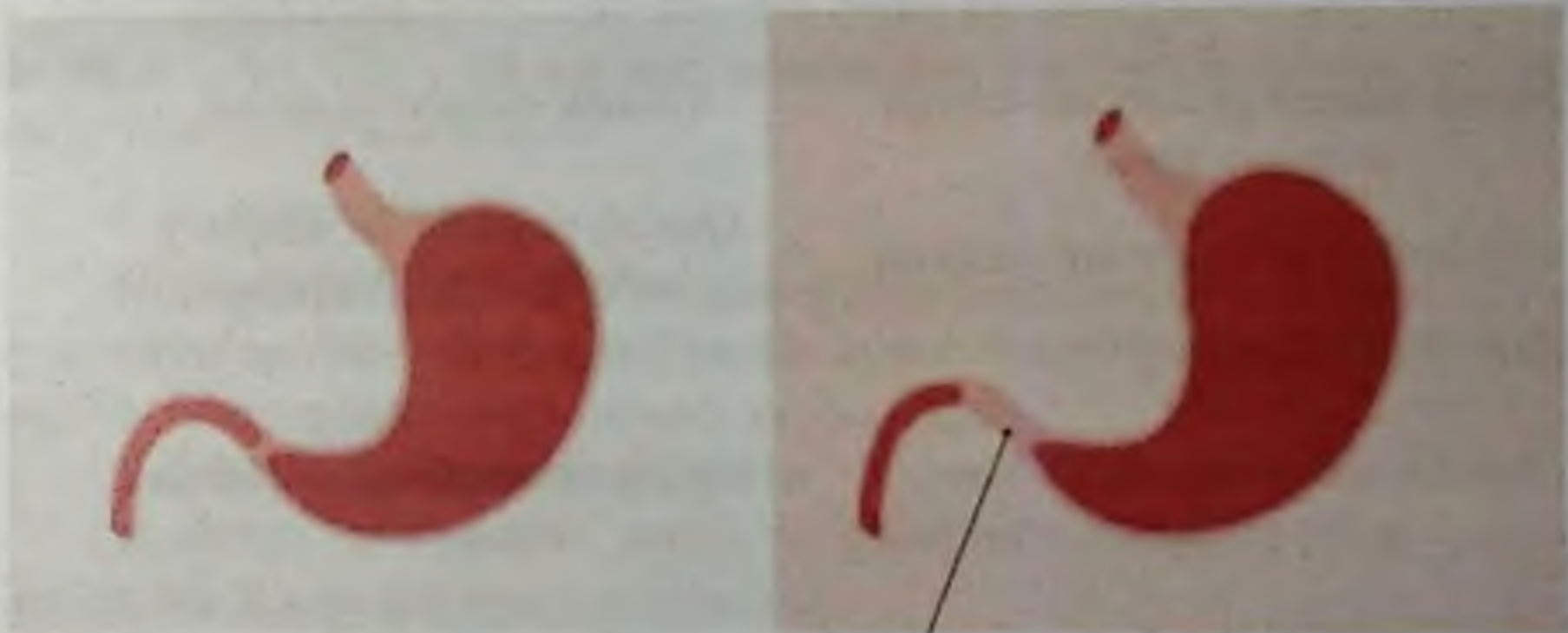
Atropini sulfuriti- 0,1%-XXgt.

MDS. Ovqatlanishdan oldin kuniga 3 marta bir choy qoshiqda.

III BOB. PILOROSTENOZ

Etiologiya. Hozirgi vaqtda ko'pchilik pediatriklar va bolalar jarrohlari pilorostenozni oshqozon bo'yi mushak qatlamining tug'ma qalinlashishi, pilorospazmni esa organik stenozsiz oshqozon bo'ynining funksional spazmiga asoslangan mustaqil kasallik deb hisoblashadi. Ba'zan ular birgalikda yuzaga kelishi mumkin. Oshqozonda to'plangan oziq-ovqat bola tomonidan qusish bilan chiqariladi.

Patogenez. Suyuq oziq-ovqatning oz miqdori ichakka kirishi va uning oshqozonda so'rilishi juda kam bo'lganligi sababli va qusish bilan ko'proq yo'qotish borligi tufayli, nisbiy suvsizlanish holati yuzaga keladi. Modda almashinuvi buziladi.



norma pilorostenoz

Klinik manzarasi

Pilorostenozning asosiy belgilari: qusish, ozib ketish, umumiy holatning keskin yomonlashishi. Kasallik ikki-uch haftalik yoshda paydo bo'ladi. Deyarli har bir bolani oziqlantirishdan keyin qusish sodir bo'ladi. Qusuq katta kuch bilan "favvora" shaklida tashqariga chiqariladi. Oshqozon shirasining haddan tashqari sekresiyasi va oshqozon tarkibini evakuasiya qilish kechiktirilgani tufayli qusish miqdori ba'zan bolaning bir oziqlantirishda qabul qilgan ovqat miqdoridan oshib ketadi. Birinchi kunlardan boshlab vazn tez kamayadi, ich qotishi qayd etiladi, najas rangi normal yoki to'q yashil rangga ega. Pilorostenozning doimiy alomati bo'lib, siydik chiqarish soni va siydik miqdorining kamayishi hisoblanadi. Ob'ektiv tekshiruvda oshqozonning "qum soati" ko'rinishidagi mavjud peristaltikasi aniqlanadi. Pilorostenozning og'ir shakli bilan kasallangan bola "keksa odam" ko'rinishiga ega bo'ladi. Teri rangpar, kulrang tusga ega, teri osti yog 'qatlami yo'q, yuzi ajin, qarisifat, qorin ichiga kirgan.

Tashxisoti. Bariy sulfatning kontrast massasi bilan rentgen tekshiruvi o'tkazilganda o'n ikki barmoqlili ichakka bariyning sekinlashgan oqimi mavjudligi kuzatiladi.

Pilorospazm va pilorostenozning solishtirma tashxisi

Pilorospazm	Pilorostenoz
Tug'ilgandan boshlab qusish	
2 haftalikdan boshlab qusish	
Tez-tez qayt qilish	Kamdan-kam qayt qilish
Qusish takrorligi kundan-kunga o'zgarib turadi	Qusish domiyligi ortadi
Sut miqdori so'rilgandan kamroq	Qusish paytida sut miqdori so'rilganidan ko'proq
Qabziyat, lekin gohida normal ich kelishi	Deyarli har doim o'tkir qabziyat
Siydik chiqarish chastotasi-ning pasayishi	Siydik chiqarishning keskin kamayishi

Pilorospazm va pilorostenozning solishtirma tashxisi

Pilorospazm	Pilorostenoz
teri juda oqarib ketgan emas	Terining juda rangparligi, peshonadagi ajinlar
Oshqozonning ko'rinadigan peristaltikasi juda kam	Ko'rinadigan peristaltika tez-tez uchraydi
Bola yig'loqi	Bola xotirjam
Og'irligi o'zgarishsiz qoladi yoki o'rtacha darajada kamayadi	Og'irlikning keskin kamayishi

Davolash. Hozirgi vaqtda pilorostenozga chalingan bemorlarni davolashning umumiy qabul qilingan usuli, bu jarrohlik amaliyotidir.

IV BOB. MALABSORBSIYA SINDROMI

SELIAKIYA

Seliakiya - (Dji-Gerter-Geybier kasalligi, ichak infantilizmi, glyuten enteropatiya, idiopatik steatoreya) - ichaklarda so'rilish jarayonining buzilishi tufayli kelib chiqadigan qaytalanuvchi ich ketish bilan xarakterlanadigan kasallikdir.

Bu kasallikning bolalarda kechishini birinchi bo'lib S.Gee (1888 y.) adabiyotlarda yoritgan. Seliakiya malabsorbsiya sindromi bilan kechuvchi nasliy kasalliklarning ichida eng ko'p uchraydigan turi. Tarqalishi turli mamlakatlarda turlicha: Shvesiyada 1:3700, Angliyada 1:3000, Irlandiyada 1:597. Bu kasallik bilan kasallanganlarning 70-80 % da HLA - A8, HL - A1 antigeni aniqlangan, sog'lom bolalarda esa bu antigenlar 20-30% uchraydi.

Etiopatogenezi.

Hozirgacha bu kasallik etiopatogenezining barcha zvenolari to'liq aniqlanmagan. Kasallik boshqoli o'simliklar - bug'doy, arpa, so'lilarning oqsilini hazm qilaolmaslik sababli kelib chiqadi.

Seliakiya - bu fermentopatiyadir.

Boshqoli o'simliklar oqsili - glyutenni alkogol bilan ishlov berilganda ikkita fraksiyasi aniqlanadi:

1. Suvda eruvchi - glyuten, nisbatan zararsiz;
2. Yog'da eruvchi - gliadin, ingichka ichak shilliq pardasiga toksik ta'sir qiluvchi fraksiya.

Mo'tadil ichaklar shilliq pardasi glyuten bilan zararlanmaydi, chunki unda notoksik fraksiyalargacha parchalanuvchi fermentlar mavjud. Seliakiya kasalligining rivojlanish mexanizmi yetarlicha o'rganilmagan. Patogenezida bir nechta teoriya mavjud bo'lib, ular ichida fermentli va immunologik nazariyalar ko'proq diqqatga sazovordir.

Birinchi nazariyaga ko'ra, ingichka ichak shilliq pardasida intrasellyulyar enzimlarning nasliy yoki orttirilgan yetishmovchiligi tufayli ichaklarda sitotoksik ta'sir qiluvchi mahsulotlar qoladi va enterotsitlarga toksik ta'sir qiladi. Bu nazariya seliakiya patogenezining barcha tomonini yoritib berolmaydi, chunki glyutensiz parhezda peptidazalar faolligi tezda mo'tadillashadi.

Ikkinchi nazariya ichak shilliq pardasining glyutenga immunologik yuqori sezgirligiga asoslangan. Boshqoli o'simliklar gliadinni sog'lom

bolaga kiritilganda oshqozon ichak traktiga soʻriladi va antigenlik xususiyatlarga ega boʻlmaydi. Seliakiya bilan kasallanganlarda esa gliadin gidrolizga uchramaydi va antigenga aylanadi. Ularning asosida antigen-antitelo reaksiyasi hosil boʻladi. Natijada oshqozon ichak traktida hosil boʻlgan antigen - antitelo kompleksi yuqori sezgirlikning mahalliy reaksiyasiga olib keladi, bu esa shilliq pardasining hujayralari va surgʻichlarining atrofiyasiga va soʻrilishining buzilish sindromiga olib keladi. Antitelolar titri qon zardobidagi Ig G fraksiyasida oshganligidan aniqlash mumkin va ularning titri kasallik avj olganda oshadi.

Bundan tashqari, glyutenga qarshi antitelolar ingichka ichak sekretida va jigar kriptalari hujayralarining epiteliysida aniqlanadi. Ular Ig M sinfiga mansubdir. Ig M ning lokal giperproduksiyasi kompensatoridir, chunki Ig A ning yetishmovchiligi boʻladi. Seliakiyada immunologik buzilishlar boʻlishining yana bir isboti sifatida ingichka ichak shilliq pardasi biopstatida plazmotsitlar, T-limfotsitlar, qon zardobida disgammaglobulinemiyaning kuzatish mumkin.

Baʼzi mualliflarning aytishicha immunokomplekslar ingichka ichak shilliq pardasida Artyus fenomeniga olib keladi.

Seliakiyani nasldan-naslga berilishi ham tasdiqlangan, yaʼni bu kasallik bilan kasallangan bolalarning qarindoshlari orasida gliadiga qarshi antitelolarni aniqlash uchun oʻtkazilgan testlar sezgir deb topilgan va ular orasida kasallikning asimptomatik shakllari aniqlangan.

Demak, ingichka ichak shilliq pardasining zararlanishi natijasida (atrofik yuenit), ovqat ingredientlarini parchalovchi fermentlarning yetishmovchiligi vujudga keladi. Bunda ovqatning membranali hazm boʻlishi va parchalangan moddalarning soʻrilishi buziladi. Peptidaza va disaxaridaza fermentlarining faolligi pasayadi va kasallikning klinik remissiyasi davrida ham shunday saqlanadi. Chala parchalangan mahsulotlarning yigʻilishi ximus pH ning nordon tomonga oʻzgarishiga olib keladi, bu esa suv, elektrolitlar va oqsillar transportining buzilishiga, ularning tomirlar oqimidan kuchli ajralishiga olib keladi. Yogʻ va oʻt kislotalarining chala soʻrilishi ichaklar sekresiyasini kuchaytiradi. Bunda yogʻ kislotalar bevosita diareyani chaqiradi va ichaklar peristaltikasini kuchaytiradi.

Soʻrilmagan yogʻ kislotalar esa siklik adenozinmonofosfat (SAMF) ni faolligini oshiradi, bu esa qonning plazma qismi ekskresiyasini yanada kuchaytiradi. Mana shu mexanizmlar polifekaliyani shakllantiradi.

Seliakiyaning quyidagi turlari farqlanadi:

Idiopatik seliakiya.

Seliakiya sindromi.

Bundan tashqari birlamchi va ikkilamchi seliakiyalar bo'ladi.

Kasallik surunkali ravishda, to'liqinson kechadi va avj olish, hamda remissiya davrlaridan iborat. Remissiyaning davomiyligi turlicha: bir necha oylardan bir necha yillargacha. Birlamchi seliakiya bola hayotining birinchi yili oxirida, glyuten saqlovchi qo'shimcha ovqatlar iste'mol qila boshlashi bilan rivojlanadi. Ko'pincha 2 yoshda va undan kechroq genetik defektlarni kuchaytiruvchi omillarning ta'siri tufayli rivojlanishi mumkin (interkurent kasalliklar, stress holatlari).

Kasallik asta-sekin anoreksiya, holsizlik, dispeptik belgilar va diareya simptomlari bilan boshlanadi. Bolaning vazni to'xtovsiz kamayadi. Shuningdek, o'sishdan orqada qoladi. Moddalar almashinuvi jarayonining o'tkir buzilishi, organizmning suvsizlanishi bilan kechadi. Bemorning tashqi ko'rinishi e'tiborni tortadi: yuzi mayus, qorni katta, oyoq va qo'llari ingichka - «o'rgimchak» ko'rinishida. Bolalar o'ta befarq, injiq, ba'zan apatik, tashqi muhitdan ajralgan. Axlati ko'p miqdorda 700-1500 g/sut (normada 100-200 g/s) 3-4 martagacha, ko'piksimon, axolik, kulrang tusli, yog' va yog' kislotalarining ko'p miqdorda bo'lishi sababli rangi yaltiroq. Ichaklar keskin kengaygan, kuchaygan peristaltika ko'rinadi.

Paypaslaganda: kengaygan ichak tutqichlarida suyuqlik to'planganligi sababli flyuktuasiyani aniqlash mumkin, flyuktuatsiya defekasiyadan keyin yo'qoladi (psevdoassit). Ichaklarda moddalar, xususan yog'lar va uglevodlar so'rilishining keskin buzilishi, organizmda almashinuv jarayonlarining buzilishiga, uning toliqishiga va qarshiligining kamayishiga olib keladi. Asta-sekin anemiya, poligipo- va avitaminoz belgilari qo'shiladi: sochlar to'qiladi, teri va shilliq pardalar oqaradi, timoqlarning distrofik o'zgarishi, quruq qipiqilanuvchi teri, anulyar stomatit, glossit aniqlanadi. Teri osti yog' qavati keskin kamaygan, to'qimalar turgori pasaygan, terida osonlik bilan burmalar hosil bo'ladi, shishlar bo'lishi mumkin.

Bemorlarda tez orada raxit belgilari rivojlanadi: suyaklanish, tishlarning chiqish jarayonlari keskin buziladi, kariyes rivojlanadi. Mineral almashinuvining buzilishi suyak to'qimasining destruktiv o'zgarishlariga sabab bo'ladi (osteoporoz) va ayrim bolalarda to'satdan

suyak sinishlari uchraydi (umrov, qovurg'a suyaklari). Kasallik og'ir kechganda pnevmoniya ko'rinishidagi asoratlar berishi mumkin. Gipo- va disproteinemiya ba'zi bemor bolalarda ikkilamchi ekssudativ enteropatiya bilan asoratlanadi (ichak bo'shlig'iga plazma oqsillarining chiqishi). Yurak - qon tomir tizimidagi o'zgarishlar yurak tonlarining bo'g'iqlashuvi, sistolik shovqin, taxikardiya va miokardning qisqarish qobiliyati buzilishi belgilari bilan namoyon bo'ladi. Kalsiy va fosfor kamayishi tufayli spazmofiliya belgilari ham qo'shiladi.

Seliakiya to'lqinsimon kechish bilan ham boshqa kasalliklardan farqlanadi. Remissiya davrida bolaning umumiy ahvoli yaxshilanadi, u faollashadi, ishtaha paydo bo'ladi, axlat ajratishi mo'tadillashadi, qorin hajmi kichrayadi, ovqatlanish yaxshilanadi. Kichik yoshdagi bolalarda remissiya qisqa muddatli bo'ladi. Ularning reaktivligi va boshqa kasalliklarga nisbatan qarshiligining pastligi tufayli kichik yoshdagi bolalar tez-tez interkurent kasalliklariga chalinadi. Klinik kuzatishlar ko'pchilik bemorlarda gepatobiliar tizimning zararlanishini ko'rsatadi. Seliakiya birlamchi biliar sirroz bilan birga kechadi, o'rtacha hepatomegaliya kuzatiladi.

Katta yoshli bolalarda seliakiya atipik kechadi.

Tashxislash usullari. Tashxis sinchiklab yig'ilgan anamnez va irsiyat tahlili asosida qo'yiladi. Bundan tashqari ovqat ingridiyentlari (oqsil, yog', uglevodlar) so'rilishini aniqlash, ingichka ichak shilliq pardasi biopstatini gistologik tekshirish va oshqozon ichak traktini rentgenolgik tekshirish orqali amalga oshiriladi.

1970 yilda D.Rieu va boshqalar seliakiya tashxisining 4-ta mezonini taklif etishdi:

1. barmoqlili ichak va ingichka ichak shilliq pardasining o'zgarishlari;
2. Yog'lar, vitaminlar va mineral tuzlarning glyutenli muhitda malabsorbsiya sindromi;
3. Glyutenni raatsiondan bartaraf etishdan keyin klinik va biologik remissiya bo'lishi;
4. Glyutenni qayta yuborgandan keyin kasallikning avj olishi.

Bemorlar koprogrammasida yog' moddalarining (yog' kislotalar va sovunlar) miqdorining oshishi, kraxmal va chala hazm bo'lgan kletchatka ko'pligi aniqlanadi. Ichak fermentlari enterokinaza va ishqoriy fosfatazalar faolligi og'ir holatlarda keskin kamayadi. Turli xil

qandlar (disaxaridlar va monosaxaridlar) bilan yuklatilganda yassi glikemik egrilik aniqlanadi.



Seliakiya diagnostikasida qo'shimcha mezon sifatida qon zardobida immunoglobulinlar spektrining o'zgarishi kuzatiladi. Bunday bemorlarda Ig A miqdori, kasallik avj olganda, 2 - 3 martaga oshadi.

Rentgenologik tekshirish: bemorning vertikal holatida qorin bo'shlig'i a'zolari obzor tekshirganda ko'p miqdorda, aksariyat hollarda xarakterli suyuqlik sathi kuzatiladi, xususan ingichka ichakda - bu ichaklarning kengayishi bilan kechib, paralitik ichak tutilishini eslatadi.

Kontrastli rentgenogrammada bariy aralashmasi ingichka ichakning atonik va gipotonik sohalarida notekis tarqaladi, shuningdek, kontrastning evakuasiyasi tezlashadi.

Diagnostikani ichak shilliq pardasi biopstatining gistologik va gistoximik tekshirishlar orqali to'liq tasdiqlash mumkin. Biopstatda shilliq parda yassilashgan, sitoplazma sust aniqlanadi, yadrolar turli sohalarida joylashgan, vorsinkalar plazmosit va cozinofillar bilan infiltrasiyalangan. 12 barmoqlili ichakda anologik o'zgarishlar kuzatiladi. Ingichka ichak shilliq pardasining fermentativ tekshiruvlari adenozin trifosfotaza, glyukozofosfataza, monoaminooksidaza, disaxaridazalar va ishqoriy fosfotazalarning yetishmovchiligi aniqlanadi.

Adabiyotlarda keltirishicha, agar aglyutenli parhez ham bemorlar ahvolini yaxshilamasa - bu seliakiya kasalligi emas.

Periferik qonda gipoxrom anemiyaning eritrositlar poykilositozi va anizositozi bilan, retikulositlar miqdorining kamayishi kuzatiladi. Qonning bioximik tekshiruvlari oqsil, temir, mineral moddalar, vitaminlar kamayishini ko'rsatadi.

Ingichka ichak so'rish qobiliyatini baholash uchun D - ksiloza bilan o'tkaziladigan sinama keng qo'llaniladi. Seliakiyada siydik bilan D - ksilozaning ekskresiyasi kamayadi (yuborilgan preparatning 15%

dan kam miqdori 9 soat davomida). Ko'pchilik bemorlarda mono va disaxaridlar so'rilishi buziladi.

Seliakiyani qaysi kasalliklar bilan farq qilishimiz kerak:

1. Dizenteriya (ichburug') - bunda shu kasallikga xos bo'lgan ich ketishini ko'rish mumkin, ya'ni yolg'on ich ketishga chaqiriq (tenezmlar), najasning tez-tez bo'lib turishi, shillimshiq modda va qon axlat tarkibida sezilarli darajada bo'ladi. Bundan tashqari bakteriologik tekshirish jarayonida dizenteriya ko'zg'atuvchilarini topish mumkin. Dizenteriyaga gliadinsiz ovqatlarni tayinlanganda foyda bo'lmaydi, seliakiyada esa foyda bo'ladi.

2. Oshqozon osti bezi kistofibrozing ichak shakli bilan farqlash kerak. Bu tug'ma kasallik bo'lib, bunda oshqozon osti bezining tashqariga o'z sekretlarini chiqarishi buziladi. seliakiyadan farqi kistofibrozing birinchi belgilari bolalarda hayotining boshlang'ich oylarida ko'rish mumkin. Bunda o'pkaning jarohatlanganini ham uchratish mumkin. Ularda ishtaha buzilmagan. Gliadinsiz ovqat tayinlashdan foyda bo'lmaydi. Ter va so'lakni tekshirilganda natriy va xlor miqdori oshgan bo'ladi. Kistofibrozdin farqi, seliakiyada oshqozon osti bezining fermentlar faolligi o'zgarmaydi.

3. Ekssudativ enteropatiya - suyuq, tez-tez kelib turadigan ich ketish bilan namoyon bo'ladi va kasal axlatida oqsillar ko'p bo'ladi. Kasallik surunkali ravishda kechadi. Ishtahasi past, bolalar jismoniy rivojlanishdan orqada qoladi, muskullar tonusi past, qusish va shish paydo bo'ladi.

3. Disaxaridaz yetishmovchiligining diagnostikasida monosaxaridlar bilan yuklama berish testlarini o'tkazish muhim ahamiyatga ega, keyinchalik testdan keyin axlatda va siydikda uglevodlarni xromatografik usul bilan aniqlash o'tkaziladi.

Seliakiya kasalligining taqqosiy tashxislash mezonlari

Ko'rsatkichlar	Disaxaridaza yetishmovchilig'	Seliakiya	Mukovissidoz ning ichak shakli	Ekssudativ enteropatiya
Kasallik eng ko'p uchraydigan yosh.	Birlamchisi - yangi tug'ilganlik davrida 1-chi oylarda. Ikkilamchi - turli yoshda	Birlamchi-hayotining 1 - chi yilining o'rtasida. Ikkilamchi sindrom 2-3 yoshda	Yangi tug'ilganlik davrida kamdan kam, 1.5-2 yoshda	Birlamchi- ko'pincha 1 yoshdan keyin. Ikkilamchi turli yoshda oshqozon- ichak trakti kasalliklarining boshqa kasalliklar bilanbirga
Kasallik sababi	Ichak disaradazalari ning yetishmasligi yoki yo'qligi. Ichak devoridan monosaxaridlar transportining buzilishi.	Boshqoli o'simliklar oqsilning kleykovinasi gliadinni parchalovchi maxsus dispeptidazalar yetishmovchiligi.	Oshqozon osti bezi fermentlarining yetishmasligi (ichki enzim- larning defi-siti tufayli ekzokrin bezlari stru- kturasining buzilishi). Yog'li mahsu- lotlar iste' -mol qilish.	Oshqoz on ichak traktida plazma oqsillarining ko'p miqdorda yo'kotilishi.
Kasallik belgilarini kuchaytiruvchi omillar	Ona, sigir sutini iste' mol Qilish laktaza ko'tarolmasli gida saxaroza ,izomaltoza,	Gliadin saqlovchi moddalarni iste' mol qilganda: un, un mahsulotlari	Yog'li mahsulotlar iste' mol qilish	

	monosaxaridlarni ko'tarilmaganda shakar, meva sharbatlari			
	iste'mol qilish			
Klinik belgilari: - shtahasizlik, - qusish, -axlat xarakteri	Anoreksiya xarakterli tez-tez ko'piksimon, ba'zan shilliqli	Ishtahasining pasayishi tez-tez ko'piksimon, ko'p miqdorda biroz axolik, yog'simon yaltiroq.	Yaxshi yoki kuchaygan Butqasimon yoki suyuq ko'p miqdorda yog'simon yaltirok.	Ishtahaning pasayishi. Xarakterli tez-tez. suyuq.
Ahlatni hidi, oziqlanishholati	O'tkir hidli Gipotrofiya	Badbo'y, chirindi Ozish. Poligipovitami noz, osteoporoz	Badbo'y hidli. Ozish yoki gipostatura tipidagi distrofiya. Poligipovitami noz, osteoporoz	Distrofiya. Mushaklar gipotoniyasi
Qorin o'lchamlari	Qorin damlagan	Qorni katta (psevdoassit)	Qorin biroz kattalashgan ba'zan og'riqli	
Nafas yullari kasalliklariga moyillik			Kasallik ning simptomlaridan biri. Yutal ba'zan hayotning birinchi kunlaridan	Kuzatilishi mumkin
Axlat tekshiruvchi koprogramma	Hujayradan tashqari kraxmal+++	Neytral yog'+++, yog' kislota+++++, sovun+++++, kraxmal++	Neytral yog'+++++ Yog' kislota+++sovun+ o'zgarmagan mushak tolalari++	Neytral yog'lar va yog' kislotalar++
-proteinogramma immunoglobulinlar miqdori -kalsiy va	Normal Normal Normal	Gipoproteinemiya Defitsit Pasaygan	Gipoproteine miya turli darajada Pasayganbo'lishi mumkin	Gipoproteine Miya Defitsit Pasaygan

fosfor miqdori - natriy va kaliy miqdori				
Ter, so'lak, timoqlarda xloridlar miqdori	Normal	Normal	Xloridlarning 60120 mekv/lgacha oshishi (normada 35 mekv/l)	Normal
Natriy va kaliyning oshqozon osti bezi, so'lakdagi miqdori	Normal	Normal	Oshgan	Normal
Oshqozon ostibezi shirasida fermentlar aktivligini tekshirish	Normal	Normal	Pankreatik suyuqlik: yopishkokligi oshgan. Pankreatik lipaza, tripsin, amalaza fermentlarining g aktivligi pasaygan	Normal
Rentgenografiya: - oshqozon ichak trakt -o'pka		Ichaklarda suyuqlikning gorizontalsathi	Bronx-tomir Suratining kuchayishi, atelektazlar, bronxektazlar	
Naysimon suyaklar Aspiratsionbiopsiya		Osteoporoz Shilliq pardaning yassilanishi, vorsinkalar atrofiyasi, sitoplazma, yadroning o'zgarishi	Osteoporoz	Ichaklar limfoangiektada ziyasi, limfa tomirlarining kengayishi, plazmotsitlar, eozinofillar bilan interstitsial shishlar limfa tomirlarida y'g' tomchilari

Ichaklarda soʻrilishning buzilish sindromini davolash

Ichaklarda soʻrilishning buzilish sindromida kompleks davolash tayinlanadi. Eng muhimlaridan biri

- parhez bilan davolashdir. Parhez bilan davolashning asosida tarkibida glyuten saqlovchi mahsulotlarni kundalik ovqat ratsionidan chiqarib tashlash bilan erishiladi (bugʻdoy uni, tariq, arpa, suli va boshqalarni). Bundan tashqari davolashning samarasi

- vaqtinchalik yogʻlarni chegaralash va ayrim uglevodlarni, asosan laktozalarni chegaralashga bogʻliq.

Tarkibida glyuten boʻlmagan mahsulotlar toʻplami ancha keng va ular bemorlarning toʻliq ovqatlanishini taʼminlay oladi. Tarkibida glyuten saqlovchi mahsulotlar: bugʻdoy uni, arpa, suli, mannaya yormasi, non, quritilgan non, makaron mahsulotlari, sutli aralashmalar (aralash undan tayyorlangan - «Malish»), pashtetlar, kolbasalar, sosiskalar va boshqalar.

Tarkibida glyuten saqlamaydigan mahsulotlar:

- guruch;
- qora bugʻdoy(grechka) yormasi, makkajoʻxori uni;
- sut, pishloq, tvorog;
- sutli aralashmalar (grechkali, guruchli);
- sutli achimtir mahsulotlar;
- parranda, baliq, quyon goʻshti;
- kartoshka, sabzi va boshqa sabzavotlar;
- mevalar;
- shakar, asal, murabbolar;
- oʻsimlik yogʻi va sariyogʻ;

Seliakiyada ovqat tarkibi va miqdori bolaning yoshiga va kasallikning ogʻirligiga qarab tayinlanadi. Kasallikning oʻtkir davrida suv-choyli parhezdan keyin ovqat tarkibiga sut va sut mahsulotlari kiritiladi. Keyinchalik esa parhezni tvorog, sabzavotlar pyuresi, tuxum sarigʻi, goʻsht va baliq mahsulotlari hisobiga kengaytiriladi. Kasallikning remissiya davrida parhezga mexanik jihatdan mayin ovqatlar kiritiladi va tarkibida qoʻpol kletchatka boʻlgan mevalar va poliz mahsulotlari isteʼmol etilmaydi.

Oqsil-energetik yetishmovchilikning ogʻir darajasida oqsillar almashinuvining qoʻpol buzilganligi uchun oqsil miqdori koʻp boʻlgan parhez tayinlash tavsiya etiladi, bunda 1 kg ogʻirlikga 4,5-5 gr oqsil tayinlanadi.

Bemorning ahvoli yaxshilangandan so'ng oqsilli «Enpit» 50 ml dan 150 mlgacha tayinlanadi. Infuzion davolashda yog'li emulsiyalar kiritiladi - lipofundin, intralipid (1 kg og'irlikka 0,5-1 gr), zardob quyiladi. Fermentlar, vitaminlar va biopreparatlarni tayinlash tavsiya etiladi. Mukovissidozda parhez bilan davolash ovqat hazm bo'lishining yetishmovchiligini kamaytirishga qaratilgan. Parhez oqsil

va uglevodlar miqdori ko'p bo'lgan (4,5 - 5 gr 1 kg og'irlikka) ovqatlardan tuzilgan bo'lishi kerak. Yog'lar chegaralanadi. Yoshiga qarab qo'shimcha ravishda 1 gr dan 3 gr gacha xlorli natriy beriladi. Vitaminlarni 2 barobarga ko'paytiriladi.

Mukovissidoz bilan kasallangan bemorlarni davolash - parhezni ishlab chiqishda ovqatlanish instituti birinchi bo'lib yog'siz «Enpit»larni qo'llashni tavsiya qiladi, asosan ko'krak yoshdagi bolalarda. Enpitlar asosan mukovissidozning o'pka-ichak shaklsida qo'llaniladi.

Yog'siz «Enpit» 15 % li ichimlik ko'rinishida tayinlanadi, asta-sekinlik bilan uning miqdori bir necha choy qoshiqdan ko'paytirib boriladi.

Mukovissidoz bilan kasallangan bolalarda ishtaha pastligi, jig'ildon qaynashi va qusish borligi ma'lum, shuning uchun ularni tez-tez va uncha ko'p bo'lmagan miqdordagi ovqat bilan ovqatlantirib borish kerak. Mukovissidozda oqsilga bo'lgan talab asosan go'sht, baliq, tvorog va tuxum hisobiga qoniqtiriladi. Qo'shimcha osh tuzini tayinlash kerak. Oshqozon osti bezining fermentlarini kasallikning erta davrlarida tayinlanadi, xususan pankreatin 1,0-2,0 grammdan 3 marta, yoki festal, mezim forte. Qonda oqsil miqdori kam bo'lganda albumin, qon zardobi quyiladi. Oqsil moddalarini yetarlicha miqdorda yuborilgandan so'ng anabolik gormonlarni tayinlash mumkin. Ichishga vitaminlar katta miqdorda beriladi (chunki ular ichakda yomon so'riladi) yoki muskul orasiga yuboriladi.

MUKOVISSIDOZ

Mukovissidoz tizimli nasliy kasallik bo'lib, ekzokrin bezlarning zararlanishi asosida kelib chiqadigan, nafas olish a'zolari, oshqozon-ichak trakti va boshqa bir qator a'zo va tizimlarning zararlanishi bilan xarakterlanuvchi kasallikdir.

Mukovissidoz nasldan-naslga autosom - retsessiv yo'l bilan o'tadi. Mutasiya jarayoni 7-chi xromosomada topilgan. Mukovissidoz genini tashuvchilar 5% ni tashkil qiladi. Kasallikning yangi tug'ilgan

chaqaloqlarda 2000:1 nisbatda uchrashi aniqlangan. Har yili Rossiya Federasiyasida 650 ga yaqin bolalar mukovissidoz bilan tug'iladi. Yu.N. Kashirskaya, N.I.Kapronov, A.A.Shabalovalar (2000 y.) ma'lumotiga ko'ra, 3860 chaqaloqqa 1 ta mukovissidoz kasalligi to'g'ri keladi.

Etiopatogenezi. Mukovissidoz - irsiy monogen, tez-tez uchrab turuvchi kasallikdir. Mukovissidozda barcha epitelial hujayralar uchun xarakterli bo'lgan sekresiya defekti bo'lib, bunda xlorid ionlarining ko'p ishlab chiqarilishi va shu bilan birga kamaygan sekresiyasi bilan namoyon bo'ladi. Kasallikning klinik ko'rinishlari va og'irlik darajasi o'pka, oshqozon-ichak trakti, oshqozon osti bezi va jigarning zararlanish darajasi va xarakteriga bog'liq bo'ladi. Ayrim olimlarning fikriga ko'ra, mukovissidozning pankreatik turi assimilyasiyasi jarayoni buzilishi va steatoreya bilan kechadi. Rossiya Federasiyasida mukovissidozning pankreatik turi bemorlarning asosiy qismi (85-90%) da uchraydi, qolgan 10-15% bemorlarning oshqozon osti bezi funksiyasi nisbatdan saqlangan va bemorlarda yog'larni o'zlashtirish funksiyasi buzilmagan bo'ladi. Mukovissidozning aniq pankreatik yetishmovchilik bilan kechuvchi 85% bolalarda ekzokrin funksiyaning buzilishi 9899% tashkil qiladi. Mukovissidoz patogenezi asosida ekzokrin bezlarning ajratadigan sekreti holatida, suyuq qismi kamaygan, oqsil va elektrolitlar esa yuqori konsentrasiyada bo'ladi. Biriktiruvchi to'qima shakllanishida nordon mukopolisaxaridlar to'planadi, bu hujayra membranasi bilan metaxromatik moddani bog'laydi. Hujayra shikastlanishi natijasida suv va elektrolitlar membrana orqali va Na ionlari transporti buziladi, turli sekretlarda konsentrasiyasi oshadi. Natijada hazm qilish va surilish jarayonlari buziladi (maldigestiya va malabsorbsiya sindromi). Yog'larning hazm bo'lishi va surilishi buzilishidan steatoreya kelib chiqadi, hamda oshqozon osti bezining fermentativ funksiyasi pasayadi, shirasida bikarbonatlar za pankreatin lipaza faolligi ham pasayadi. Yog'lar absorbsiyasi buzilishi natijasida yog'da eruvchi vitaminlar - A, D, E, K larning endogen yetishmovchiligini chaqiradi, bu hol esa o'z navbatida organizmda gemorragik sindrom rivojlanishiga olib keladi. O't kislotalarining sifat va miqdoriy tarkibi o'zgaradi. O'tning litogen xususiyati oshadi. Xemotripsin va tripsin yetishmovchiligi natijasida oqsillarning hazm bo'lishi buziladi. Oshqozon osti bezining proteolitik fermentlari miqdori o'zgarmaydi. Prokarboksipeptidaza, xemotripsinogen, tripsinogenni faol shakliga o'tishida asosiy rolni bajaruvchi enterokinaza faolligi pasayadi. Qon zardobida aminokislotalar

disballansi rivojlanishi natijasida distrofiya gipotrofiya, gipoproteinemiya, gipoalbuminemiya, anemiyaga olib keladi. Uglevodlar almashinuvi ham buziladi. Ingichka ichakda disaxaridaza yetishmovchiligidan shakarni ko'tara olmaslik kuzatiladi. Suv - elektrolitlar ballansi buziladi, asidozdan - alkaloz holatiga o'zgaradi va hokazo. Bolalarda uchraydigan mukovissidoz kasalligi rivojlanishi asosida yotuvchi oshqozon osti bezining zararlanishi - antenatal davrda boshlanadi. Normada oshqozon osti bezida ferment va oqsil moddalarga boy bo'lgan suyuq sekret ajralishi kerak. Oshqozon osti bezining chiqish yo'lida sekretga anionlar va suv molekulalari qo'shilishi natijasida sekret yanada suyuqlashadi. Mukovissidoz bilan kasallangan bemorlarda esa anion transportining buzilishi (asosiy anionlarga NSO_3 va Cl kiradi) natijasida oshqozon osti bezida hosil bo'lgan sekret - oqsilli substratga keraklicha suyuqlik tushmaydi. Natijada suyuqlik yopishqoq bo'lib qoladi va uning oqish tezligi ham pasayadi, natijada oqsil substrakti oshqozon osti bezining chiqaruv yo'llari devoriga yopishib qoladi va chiqaruv yo'lining obstruksiyani yoki yopilib qolishiga olib keladi. Keyinchalik, vaqt o'tishi bilan oshqozon osti bezining asinuslari va chiqaruv yo'lining destruksiyasi va atrofiyasiga olib keladi. Kasallikning avj olib borishi natijasida oshqozon osti bezi ekzokrin qismining yog' hujayralari bilan almashinishi kuzatiladi (yog'li infiltrasiya). So'ngra jarayonga oshqozon osti bezi endokrin qismi ham qo'shiladi, Langergans orolchalari fibroz to'qima bilan qoplanadi va ularning destruksiyasi va parchalanishiga olib keladi.

Bolalarda mukovissidozning klinik kechishi

Mukovissidoz bolalarda turlicha kechadi. Bu bolani yoshiga, ma'lum a'zo va tizimning zararlanish darajasiga, kasallik davomiyligi va asoratiga qarab farqlanadi:

1. Aralash shakli
2. Mekonial ileus
3. Ichak shakli shakli⁴
4. O'pka shakli

Mukovissidoz kasalligi asosan 1 yoshgacha bo'lgan bolalarda, hayotining dastlabki 3 oyida uchraydi. Bolalarni yaxshi parvarishlash, ko'krak bilan to'g'ri ovqatlantirishga qaramasdan ularning tana vazni ortmaydi. Qorin damlashi, axlati suyuq, o'tkir qo'lansa hidli, biroz yog' aralashgan bo'ladi. Hazm bo'lmagan yog'lar orqa chiqaruv teshigidan

yog'li suyuqlik ko'rinishida ajralib, taglikda yog'li dog'lar qoldiradi. Ba'zi hollarda qabziyatlar za to'g'ri ichak tutilishi kuzatiladi. Qorinda og'riq turlicha bo'lishi mumkin: meteorizm asosida kelib chiquvchi burishtiruvchi og'riq, yo'tal xurujlari, mushaklardagi og'rik, gepatomegaliyada - jigar kapsulasining taranglashishi natijasida kelib chiqadigan og'riq.

Bronx-o'pka tizimining zararlanishi - qiyin ajraluvchan, yopishqoq, balg'amli, qaytalanuvchi, xurujli yo'tal, asta sekin o'sib boruvchi hansirash, fizikal va rentgenologik belgilarsiz pnevmoniya rivojlanishi bilan namoyon bo'ladi. Keyinchalik obstruktiv, so'ngra yiringli bronxit, residivli pnevmoniya klinikasi namoyon kuzatiladi va surunkali bronx-o'pka jarayoni bilan tugaydi. Chaqaloqlarda mukovissidozning mekonial ileus shakli uchrab turadi. Umumiy intoksikasiya belgilari oshib boradi. Axlal va gazlar tutilishi, qorinning kattalashishi kuzatiladi, o't va mekoniy bilan aralash qusish paydo bo'ladi. Bundan tashqari hansirash, yurak tonlarining bo'g'iqlashishi kuzatiladi. O'z vaqtida aniq tashxis qo'yilmasa, bemorlarda ichak devorining perforasiyasiga olib keladi va mekoneal peritonit rivojlanadi. Bu og'ir asoratlari letal oqibat bilan tugaydi. Mukovissidozning ushbu ko'rinishi katta yoshdagi bolalarda yonbosh ichak distal qismiga yoki yo'g'on ichak boshlang'ich qismlariga zich axlat massalari yig'ilib qolish simptomlari bilan namoyon bo'ladi.

Bolalarda mukovissidozning tashxisoti

Mekonial ileus tashxisi kasallikning klinik kechishi va qorinning rentgenologik tekshiruvini ("simptom matovogo stekla») asosida, irrigoskopiya da mikrokolon aniqlanishi natijasida asoslab qo'yiladi. Di Santi fikricha ushbu kasallik tashxisoti chaqaloqlik davrida qo'yidagi mezonlar aniqlanishi bilan asoslanadi:

- Oilaviy chalinuvchanlik;
- Surunkali bronxopnevmonopatiya,
- Pankreatin yetishmovchiligi
- Ter testini musbatligi.

Ter testida Na va Cl miqdori aniqlanadi. 1 yoshdan kichik bo'lgan bolalarda (normada miqdori 20 mmol/l, kattalarda 40 mmol/l) terdagi elektrolitlar konsentrasiyasi terlash tezligiga ta'sir qiladi. Tez terlash - yolg'on musbat, sekin terlash - yolg'on manfiy natija beradi.

Yangi tug'ilgan chaqaloq hayotining dastlabki ikki haftasida elektrolitlar konsentrasiyasi yuqori bo'ladi. Organizmdagi Na va Cl

miqdori, ovqatdagi tuz miqdoriga, jismoniy faollik darajasiga, yil fasli va qabul qilingan kortikosteroidlarga bog'liq bo'ladi. Na va Cl konsentrasiyasi 70 mmol/l dan yuqori bo'lsa mukovissidoz kasalligini tashxisi qo'yish uchun asosiy tashxisot belgi bo'lib xizmat qiladi. Hozirgi vaqtda «Makrodakt» (AQSh), «SMT - 10», «Radiometr» (Daniya) singari tibbiy uskunalarda yordamida 10-15 mg terdagi elektrolitlar miqdorini vaqt - bor-yo'g'i 30 daqiqa davomida aniqlash imkoni yaratilgan.

Davolash

Mukovissidoz bilan kasallangan bemorlarni davolash uchun hozirgi vaqtda katta imkoniyatlar yaratilgan. Samarasi yuqori bo'lgan terapevtik vositalar orasida oshqozonning pH muhitiga ta'sirchan qobiqli mikrogranulyar ferment preparatlari - Creon, Panzitrat, Prolipase, Ultrase va boshqa dori vositalari ishlab chiqarilgan. Ulardan samarali foydalanish natijasida bemorlarga ovqatlarni ham parhezta kiritish orqali oziq-ovqat ratsionini kengaytirish imkoni yaratilgan. Bu fermentativ preparatlarning turli xil shakllari mavjud bo'lib, ular bir biridan tarkibidagi lipaza, amilaza va proteaza fermentlarining turli miqdordaligi bilan farq qiladi. Ushbu yangi fermentativ dori vositalarining ishlab chiqarilishi natijasida mukovissidoz bilan kasallangan bemorlar umrini 15-30, hattoki 40-45 yilgacha uzaytirish imkoniyati yaratilgan. 1990 yillar boshida tarkibida yuqori faollikga ega bo'lgan fermentlar - Creon 25000 (tarkibida 25000 ED lipaza bor, Solvay B, Germany), Panzitrat 25000 va 40000 (Knoll, Germany), Pancrease HL (Cilag AG Internatoonal, USA), Ultrase 24000 (Scandipharm, USA) va boshqa dori vositalari yaratildi. Bu dori vositalarini qo'llash natijasida bemorlar kun davomida ilgari qabul qilgan kapsulalar miqdorining keskin kamayishiga olib keldi. Lekin 1994 yilda mukovissidozning xavfli asorati - fibrozlovchi kolonopatiya rivojlanganligi aniqlangandan keyin, bu hol butun dunyo amaliyot vrachlari tomonidan yuqori faollikga ega va tarkibida ko'p miqdordagi fermentlardan tashkil topgan ushbu vositalarni amaliyotda qo'llashni chegaralashga olib keldi. Ayrim mamlakatlarda, jumladan Buyuk Britaniyada - Pancrease HL, Nutrizum 22, Panzitrat 2500 larni 15 yoshgacha bo'lgan bemor bolalarga qo'llash man etiladi.

Kreon va Kreon 25000 ning kapsulasi oshqozon shirasiga chidamli mikrogranula bo'lib, tarkibida cho'chka pankreatini bor. Kreon va Kreon25000 bir biridan kapsuladagi pankreatik ferment miqdorining turlicha ekanligi bilan farq qiladi. Kreon 25000 da Kreonga nisbatan

lipazaning aktivligi 3 marta yuqori. Shuning uchun ham bemorlarga Kreon 25000 - kun davomida qabul qilinadigan kapsulalar miqdori kam bo'lishi bilan, judaham qulay.

Pankreatin - oshqozon pH muhitiga ta'sirchan maxsus polimer oqsilli qobiq bilan qoplangan fermentli dori vositasi bo'lib, oshqozon pH miqdori 5,5 bo'lganda, dorining tashqi qobig'i eriydi, ferment tashqariga ajralib chiqadi va ta'sir qila boshlaydi. Natijada, uning tarkibidagi lipaza, oshqozonning kislotali muhitidan himoyalangan bo'ladi va lipazaning maksimal faolligi o'n ikki barmoqlili ichaqda namoyon bo'la boshlaydi. Granulalar hajmi kichik bo'lganligi uchun ($1,4 \pm 0,3$ mm), ular ovqat bilan yaxshilab aralashgan holda, o'n ikki barmoqlili ichakga osonlikcha o'tadi.

Bolalarda mukovissidoz kasalligini davolashning umumiy asoslari qo'yidagilardan iborat:

1. Ingalyasion terapiya va fizioterapiya.

Zamonaviy ingalyasiya metodlari nafas yo'llarini tozalashga qaratilgan. Ingalyasion moddalar: 0,9% natriy xlorid; B-antagonist; 5% asetilsistein eritmasi; xolinolitiklar; giperreaksiya va allergiyada - kromoglikat natriy; surunkali obstruksiya va allergiyada glyukokortikosteroidlar; amilorid; DNK-aza.

2. O'z vaqtida ko'kyutal va qizamiq kabi bolalar yuqumli kasalliklariga qarshi emlash kerak. Grippda - interferon tavsiya qilinadi. Bemor bola hayotini birinchi 2 yilida yuqumli kasalliklar bilan kasallanganda gammaglobulin in'eksiyalari tavsiya qilinadi.

3. Balg'amni ko'chirish va ajralishini yengillashtirish uchun massaj qilish va drenaj holatini yaratish kerak. Bronxospazmda bronxodilyatatorlar qo'llash va uning oldini olish uchun β_2 adrenostimulyatorlar qo'llash tavsiya qilinadi. Teofillin yordamida diafragma qisqaruvchanligini kuchaytirish mumkin.

4. Antibakterialterapiya. Doimiy profilaktik davo choralari yordamida bronx-o'pka tizimida bakteriyalar ko'payishini oldini olish, o'pkada asoratlar rivojlanishini kamaytirish, hamda pnevmoniyaning o'tkirlashuvi oldini olishga erishiladi. Antibiotiklar mikroorganizmlarning sezuvchanligi aniqlangandan so'ng buyuriladi.

Oshqozon-ichak trakti zararlanishlarida davo choralari:

1. Oshqozon osti fermentlari: steatoreyada (85% bemorlarda kuzatiladi) bu preparatlar yog'lar so'rilishini yaxshilaydi, ammo to'liq mo'tadillashtira olmaydi. Axlal mikdoriga qarab fermentlarning dozasi tanlanadi. Dori vositalarining miqdori oshganda ichak tutilishiga olib

kelishi mumkin. Bunday holatlarda qorinda qaytalanuvchi og'riq, paypaslaganda - hosila aniqlanadi.

2. Kaloriyali parhez: normal energetik 30-50% ga oshirish kerak. Yog'lar miqdori chegaralanmaydi, umumiy beriladigan ovqat hajmining 30% ni yog'lar tashkil qilishi kerak. Fiziologik darajadagi vazn rivojlanishdan orqada qolish yoki bilinar yo'qotishlarda, kechqurun, qo'shimcha ravishda zond bilan ovqatlantirish tavsiya etiladi. Parhez bilan birgalikda ferment dozasi ham korreksiya qilinadi. Bu esa steatoreyani minimal darajada kamaytirishga olib keladi. Ko'krak yoshidagi bolalarda oshqozon-ichak traktining og'ir darajadagi zararlanishlarida elementar aralashmalar (Preqestimil) tavsiya qilinadi.

1. Vitaminlar va kalsiy preparatlarini tavsiya etish:

- Polivitaminlar;
- Vitamin E - 200 XB/kun;
- Vitamin K - 2,5 mg dan 2 marta haftasiga 1 yoshgacha bo'lgan

bolaga, jigar faoliyatida o'zgarishlar kuzatilsa

- Vitamin D - 800 XB/kun;
- Kalsiy - 1000-1500 mg kuniga.

2. Diuretiklar.

3. Burun-xalqum yo'llari sanasiyasi.

4. Agar qandli diabet kuzatilsa parhez, insulin tavsiya qilinadi.

Dispanser kuzatuv

Mukovissidoz bilan kasallangan bolalarning dispanserizasiyasida bemorning axlati va tana vazniga e'tibor qaratish zarur. Har 3 oyda bir marta oshqozon osti bezi fermentlarining dozasini korreksiyalash maqsadida axlatning koprologik tahlili o'tkaziladi. Yiliga 2-3 marta (bahorda va kasallikning o'tkirlashuv davrida) vitaminoterapiya kursi o'tkaziladi. Kasallikning o'pka zararlanishi bilan kechuvchi shaklida muntazam ravishda rentgen tekshirishlar o'tkazib turiladi. Profilaktik emlashlar o'tkazish uchun remissiya (6 oydan kam bo'lmagan vaqt davomida) davrida ruxsat beriladi.

EKSSUDATIV ENTEROPATIYA.

Ekssudativ enteropatiya bu-oshqozon ichak trakti orqali plazma oqsilining ko'p miqdorda yuqolishini tushuniladi. Bu og'ir gipoproteinemiya, shish sindromi rivojlanishiga olib keladi.

Etiologiya va patogenez. Sababi to'liq aniqlanmagan. Oilaviy moyillik katta ahamiyatga ega. Uning asosida ko'p miqdorda oqsil yo'qotishi yotadi, asosan albumin va gamma-globulinlar. Ular ingichka ichakning ektazirlangan limfatik tomirlari orqali yo'qotiladi, bu oqsil ichak devorida parchalanishga va so'rilishga ulgurmaydi. Shuning uchun plazmali oqsillarning katta qismi fekaliyalar orqali ajraladi, bu gipoproteinemiya olib keladi.

Limfangiektaziya yog'larning so'rilishining buzilishiga olib keladi, oqibatda yog'da eruvchi vitaminlar so'rilmaydi. Kalsiy bilan yog' kislotalari yomon eruvchi tuzlar (sovun) hosil qiladi, bunda kalsiy fekaliyalar bilan ajraladi.

Patologik anatomiyasi. Ichak devori shishgan. Seroz qavat to'q rangda fibrinoz ekssudasiya bilan qoplangan. Seroz va tutqich limfa tomirlari kengaygan va butun davomiyligi bo'ylab d - 5 mm bo'lgan sariq tugunchalar uchraydi. Mezenterial tomirlarning devori qalinlashgan. Mushak qavati gipertrofiyalangan. Fibroz to'qima adventisiya orqali limfatik tomirlarga o'tib tomirlarni toraytiradi. Ingichka ichakning tashqi mushak qavatida qizil-jigar-rang pigmentasiya o'choqlari mavjud, gistokimiyaviy tuzilishi lipofussinni eslatadi.

Ingichka ichak biopsiyasida zararlangan maydonlar sohasida limfatik tomirlar kengaygan normal bo'lmagan arxitektonika shaklida. Vorsinkalar shishgan va ektazirlangan limfa tomiri hisobida qalinlashadi, ularning ma'lum qismi yuqori uchida noksimon shaklni oladi. Ma'lum joyda vorsinkalar bir-biriga yopishib ketgan. Ayrim sohalarda shilliq qavat eozinofillar, limfositlar, plazma hujayralari va neytrofillar bilan infiltrasiyalangan. Ularning tarkibida ko'pikli, protoplazmasida yog' saqlaydigan lipofag va makrofaglar bor.

Bunda oshqozon-ichak bo'shlig'iga past molekulali albuminlar va yuqori molekulali globinlar ortiqcha to'planadi va ular organizmdan axlat bilan birgalikda chiqarib yuboriladi.

Kasallikning birlamchi shaklida ichakdagi limfa tomirlarida defekti - ya'ni limfoangioektaziyalar bo'ladi. Ekssudativ enteropatiya ichakning nospesifik yarali yallig'lanishida va Girshprung kasalligida uchraydi.

Klinik manzarasi

Kasallikning klinik manzarasi ahlat bilan ko'p miqdorda oqsil chiqib ketishidan kelib chiqadi va shu sababli qonda oqsillar kamayadi,

oqsilsiz shishlar paydo bo'ladi, kamvaznlik, organizm boshqa kasalliklarga moyil bo'ladi va hokazo.

1. Birlamchi
2. Ikkilamchi shakllari mavjud.

Birlamchi - bu limfatik tizimning anomaliyasi: intestinal limfoangioektaziya va limfangioma.

Ikkilamchi sabablar -gastroenterit, Kron kasalligi, Uippl kasalligi, nefrotik sindrom, limfosarkoma, nospesifik yarali kolit, Menetrie kasalligi (surunkali gipertrofik poliadenomatoz gastrit), alfa va gipogammaglobulinemiya, Girshprung kasalligi, jigar zararlanishi, mukovissidoz.

Ekssudativ enteropatiya quyidagi belgilar bilan xarakterlanadi:

1. Jismoniy rivojlanishdan orqada qolish
2. Shish sindromi
3. Steatoreya
4. Gipoprateinemiya.

Boshqa ichak kasalliklardan farq qilib enteritik sindrom keskin namoyon bo'lmaydi yoki umuman bo'lmaydi. Gipoproteinemiya tez rivojlanadi, chunki jigar albuminni qoplay olmaydi. Oqsillarning qonda yetishmasligi shish sindromiga olib keladi. Shish kasallikning eng asosiy belgisi bo'lib hisoblanadi va u turli darajada namoyon bo'ladi: kichik shishlardan to anosarkagacha.

Oshqozon-ichak traktida plazma oqsillarining yo'qotilishi gipogammaglobulinemiyaga olib keladi va barcha sinflarga taaluqli, asosan Ig G, natijada jarayon surunkali kechadi.

Kechish bo'yicha:

1. o'tkir
2. tranzitor
3. surunkali

Surunkali shaklida talvasalar xos.

Steatoreya – bu doimiy klinik simptom. Uning asosiy sababi – bu yog'larning so'rilishi va transportining buzilishidir.

Tashxisoti

Ekssudativ enteropatiyani aniq tashxislash uchun anamnezdan, klinikasidan, qonda oqsillar miqdorini aniqlashdan foydalaniladi.

Bundan tashqari quyidagilar katta ahamiyatga ega:

-ingichka ichak shilliq qavatidan bioptat olib morfologik tekshirish;

-limfoangioektaziya bilan xarakterlanadigan morfologik tasvir;
-limfografiya - qorin bo'shlig'idagi limfatik tomirlardagi o'zgarishlarni aniqlashda yordam beradi, ya'ni ko'krak limfa oqimida to'siq borligini va kollateral limfa aylanishining rivojlanishi aniqlanadi.

Zardob va axlatning immunelektroforetik identifikatsiyasi va yog'larga nisbatan test sinovi, bu kasallikda pasaygan bo'ladi. Rentgenologik o'zgarishlar ichak devorining shishishi bilan belgilanadi. Limfoangioektaziyada ichak devori konussimon kengaygan burmalar girlyanda kabi xos bo'ladi. Chuqur buzilishlarda psevdopolipoz shaklda bo'ladi.

Laborator tekshiruv natijalari. Qonda giporxrom anemiya, yengil leykositoz, mutloq limfopeniya, cozinofiliya.

Koprologik tekshiruv natijasi: yog' va yog' kislotalar, sovun yuqori konsentratsiyada bo'ladi.

Qonda protrombin, xolesterin, kalsiy miqdori kamaygan, gipoproteinemiya. Ingichka ichakning porsiyalarida oqsilning yuqori konsentratsiyasi, axlatning ham radioktivligining oshishi, qonda radioktiv Cl, Cr, Fe bilan nishonlangan albuminlar bo'ladi.

Rentgendiagnostika. Ingichka ichakda suyuqlik sathi, distopiya, dilatatsiya va shilliq burmalarning qalinlashuvi ko'rinadi. Turli darajada namoyon bo'ladi: kichik shishlardan to anosarkagacha. Oshqozon-ichak traktida plazma oqsillarining yo'qotilishi gipogammagobulinemiyaga olib keladi.

Davolash.

Oqsilli preparatlar bilan (albumin, plazma, globulin, poliglobulin).

A.V.Mazurin tadqiqotlari - ekssudativ enteropatiyada buyrak usti bezi funksiyasining buzilishi va glyukokortikosteroidlar ishlab chiqish kamayishini ko'rsatdi. Shuning uchun yuqoridagi davolash muolajalari bilan birgalikda kompleks davolashga qo'shimcha ravishda kortikosteroidlar ham kiritiladi. Sezilarli shishlar paydo bo'lganda siydik haydovchi dorilarni tayinlash mumkin.

Disaxaridlar va monosaxaridlarni ko'tara olmaslik bo'lganda tarkibida uglevodlar bo'lmagan parhez tayinlanadi. Glyukoza va galaktozani ko'tara olmaslik bo'lganda tarkibida uglevodlar bo'lmagan parhez tayinlanadi, fruktozani tayinlash mumkin. Bir yoshgacha bo'lgan, disaxaridaz yetishmovchiligi bilan kasallangan bolalarga ona sutini yoki donor sutini yoki sigir sutini berish mumkin.

Laktaza yetishmovchiligida va laktozani ko'tara olmaslikda ko'krak yoshdagi bolalarni parhez bilan davolash ayniqsa qiyin masaladir. Og'ir hollarda sutni bermaslikga tug'ri keladi. Past laktozali sut ovqatlanish uchun beriladi. Laktaza yetishmovchiligining yengil shaklida sut o'rniga nordon sutli aralashmalar beriladi. Disaxaridlarni ko'tara olmaganida disaxaridni ovqat tarkibidan bartaraf etish qoida bo'yicha yaxshi natija beradi.

Limfangiokatik shaklda steatoreya kuzatiladi, shuning uchun triglesiridli preparatlar ham qo'llaniladi. Ekssudativ enteropatiyada buyrak usti bezlarning faolligi susaygan, shuning uchun glyukokortikoid gormonlarni qo'llash tavsiya qilinadi.

Anabolik steroidlar, K, Ca preparatlari, vitaminlar, diuretiklar (laziks, aldesteron antagonistlari). Disaxaridazalar yetishmovchiligida qo'llaniladigan qo'shimcha davo choralari: birlamchi laktazali yetishmovchilikda sut va sut mahsulotlari man etiladi. Laktazasiz eritmalar beriladi, 200 - 400 ml kefir va uning aralashmalari qo'llanilish shart. Ko'krak bilan emizish 6 oygacha davom ettiriladi, onaning ovqatlanish rasionidan sigir suti olib tashlanadi. Selektiv va ikkilamchi malabsorbsiyada sut kefir bilan almashtiriladi.

Oqibatlar. Yoshi ulg'aygan sari oziqlanishdagi yetishmovchiliklar yaxshilanishi mumkin. Bemor o'zi hazm qila olmaydigan ovqat miqdorini boshqarishi mumkin.

Ekssudativ enteropatiyani davolashda qo'shimcha tarzda quyidagilardan foydalaniladi:

1. Ingichka ichakning zararlangan qismining rezeksiyasi.
2. Vaqtinchalik samara - plazmani vena ichiga 5-10 mg/kg quyish ham yaxshi samara beradi.
3. Shishlarga qarshi diuretiklar foydalaniladi.
4. Gipokalsiemiya - vena ichiga kalsiy tuzlari 10% kalsiy xlorid yoki kalsiy glyukonat yuboriladi 0,1/mg/kg.
5. Yog'da eriydigan vitaminlarning yetishmovchiligi tufayli, vitamin A, D, C qo'llaniladi.
6. Yuqorida aytib o'tilganidek glyukokortikoidlarni ham beramiz. agar kasalni ahvoli og'irlashsa: prednizolon 1 - 2 mg/kg beriladi.

Dispanserizasiya. Kasalxonadan javob berilgach maxsus hisobga olinadi. Birinchi marta ro'yxatga olganda bemor bolaga maxsus individual karta to'ldiriladi. Unga kasallik tarixidan asosiy ma'lumotlar ko'chiriladi: tahlillar natijalari, bo'y uzunligi, tana vazni, axlat xarakteri

va miqdori, ishtahasi, oziqa ingradyentlariga bo'lgan reaksiyasi. Vrach ovqatlanishi bo'yicha, kun tartibi, medikamentoz preparatlar, tahlil natijalari tug'risida tavsiyalarni yozadi. Birinchi 3 oyda kuzatuv oyiga 1-2 marta, so'ng 2 oyda 1 marta o'tkaziladi. Dietoterapiyaning davomiyligi, zo'riqtiruvchi sinamalarni o'tkazish, rentgenologik tekshirish, mutaxassislar ko'riklari poliklinikada o'tkaziladi, ya'ni dispanserizasiya nuqtai nazaridan amalga oshiriladi.

Ekssudativ enteropatiyasi bor bo'lgan bolalar to umrining oxirigacha poliklinikada dispanser nazorati ostida bo'ladi. Profilaktik emlashni o'tkazish tuzilgandan so'ng 3-5 yildan keyin qilinadi, mustahkam kliniko-laborator remissiya fonida.

DISAXARIDAZA YETISHMOVCHILIGI

Disaxaridaza yetishmovchiligi (DYE)-disaxaridlar laktoza, saxaroza va boshqalarning ingichka ichakda parchalanishi (gidroliz) va so'rilishi buzilishi oshqozon-ichak sindromi bilan namoyon bo'ladi. Disaxaridaz yetishmovchiligi ichak so'rilishining buzilishi sindromining variantlaridan biridir.

Etiologiyasi va patogenezi. DYE sababi disaxaridazalarning irsiy (birlamchi) yoki orttirilgan (ikkilamchi) yetishmovchiligi — bu ingichka ichakda turli disaxaridlarning ajralishi va so'rilishini ta'minlovchi ferment yetishmovchilidir. Disaxaridazalar turiga qarab laktaza yetishmovchiligi (laktozani ko'tara olmaslik bilan namoyon bo'ladi), saxaroza (saxarozani ko'tara olmaslik) va boshqalar ular ichidan ajralib turadi. Laktoza yetishmovchiligi irsiy autosom-retsessiv tipda, saxaroza esa-autosom-dominant tipda nasldan-naslga o'tadi. Disaxaridaza yetishmovchiligining orttirilgan shakllari ichakning turli yuqumli bo'lmagan va yuqumli kasalliklari asorati sifatida rivojlanadi. Bunda ko'pincha laktazaning faolligi pasayadi. Erta tug'ilgan chaqaloqlarda va yangi tug'ilgan chaqaloqlarda hayotning dastlabki kunlarida fermentativ tizimlarning kechikib yetilishi tufayli disaxaridlarni ko'tara olmasligi mumkin. DYE patogenezining asosida parchalanmagan disaxaridlarning ichak bo'shlig'ida to'planishi va u yerda osmotik bosimning oshishiga olib kelishi yotadi. Natijada ichak bo'shlig'ida elektrolitlar va suyuqlik ajralib chiqadi. Absorbsiyalanmagan uglevodlar ingichka ichakning yuqori qismida bakteriyalarni ko'payishiga olib keladi. Uglevodlarning bakterial fermentasiyasi, organik kislotalar va vodorod ishlab chiqarishi

va boshqa omillari ichak disfunktsiyasini kuchaytiradi, soʻrilishni buzadi va oziq-ovqat allergiyasining rivojlanishiga yordam beradi.

Klinik manzarasi. Durand tipidagi irsiy laktoza yetishmovchiligi ona suti (ona suti) bilan birinchi oziqlantirilgandan soʻng nordon hidli tez-tez suvli, koʻpikli ich ketish bilan namoyon boʻladi. Bemorlarda meteorizm yoki ich dam boʻlishi, suvsizlanish belgilari asta-sekin ortadi va (organizmning suvsizlanishi) tana vazni kamayadi. Laktozuriya, aminoasiduriya, boʻyining kaltaligi, tana vaznining kamligi kuzatiladi. Ichak shilliq qavati orqali qonga soʻriladigan laktoza konsentratsiyasining oshishi organizmga toksik taʼsir koʻrsatadi. Kasallikning yaxshi sifatda kechishida ichak funksiyalari hayotning 2-3 yilligida tiklanadi, ogʻir kechishida esa ichak soʻrilishining buzilishi sindromi turli metabolik buzilishlar va surunkali ovqatlanish buzilishi bilan namoyon boʻladi. Holrel tipidagi laktozaning koʻtara olmaslik odatda katta yoshdagi bolalarda va kattalarda uchraydi. Kasallikning bu turi sut ichganda kuzatiladi yoki surunkali diareya bilan xarakterlanadi. Bemorlarda uyqusizlik, qorin ogʻrigʻi bilan namoyon boʻladi. Kasallikning koʻrinishi qabul qilingan laktoza miqdoriga bogʻliq. DYE - saxaroza va izomaltaza yetishmovchiligi organizmga saxaroza tushganidan (sigir sutiga shakar qoʻshib berish, sut aralashmalari bilan oziqlantirish) keyin tez-tez suyuq ich ketish bilan kechadi. Shu bilan birga saxarozani koʻtara olmaslik bilan bir qatorda qisman kraxmalni ham koʻtara olmaslik kuzatiladi. Odatda, bolalarning 2-3 yoshligiga kelib, kasallik belgilari asta-sekin oʻtib ketadi.

Tashxisoti:

- tashxis anamnez maʼlumotlariga (sutni koʻtaraolmaslik, bemorning qarindoshlarida shakarni koʻtara olmaslik);
- biokimyoviy tekshiruvlar, laktoza, saxaroza, kraxmal, glyukoza va D-ksiloza bilan yuklama sinovlarini oʻtkazish;
- klinik simptomlar-diareya, uyqusizlik, qorin ogʻrigʻi;
- ingichka ichak shilliq qavatidan biopsiyada laktaza (saxaroza) faoliyatini aniqlash;
- oshqozon-ichak trakti rentgen tekshiruvlari (bariy va tegishli shakarni qoʻllash bilan) va boshqalar asosida qoʻyiladi.

Davolash. Davolashning asosiy prinsipi bu parhez hisoblanadi. Bemorlarga davo parhezi buyuriladi. Agar bemor saxaroza va izomaltazani koʻtara olmasa, shakar oʻrniga glyukoza va fruktoza beriladi, kraxmalni oʻz ichiga olgan mahsulotlar cheklanadi;

dekstrimaltoza va un qo'shilgan sut aralashmalari istisno qilinadi. Laktaza yetishmovchiligining og'ir shakllarida sutsiz parhez buyuriladi. Bolalarga laktozasiz (kam laktoza) aralashmalar solod ekstrakti yoki guruch va grechka uni qo'shilgan aralashmalar, kam laktozali soya, bodom suti beriladi; immobillangan ferment preparatlari buyuriladi (kerulak va b.). Kasallikning yengilroq shakllarida bola sut achitqi mahsulotlari (kefir, qatiq, atsidozil aralashma) beriladi va tarkibida fruktoza bo'lgan mahsulotlar oziqlantirish uchun ishlatiladi.

V BOB. INGICHKA VA YO'G'ON ICHAK KASALLIKLARI

Ingichka va yo'g'on ichakning surunkali kasalliklari tez-tez kuzatilib turadi, asosan maktabgacha yoshdagi bolalarda ko'p uchraydi. Ular keng tarqalganligi, qiyin tashxis qo'yilishi va bolaning rivojlanishi va o'sishida og'ir oqibatlarga olib kelganligi sababli jiddiy tibbiy - ijtimoiy muammolarga sabab bo'ladi. Ichak kasalliklari funktsional, ham morfologik o'zgarishlarga sabab bo'ladi, lekin kam hollardagina kasallikni erta bosqichlarida qiyosiy tashxislanadi.

Kichik yoshdagi bolalarda hazm tizimining anatomo - fiziologik xususiyatlariga bog'liq ravishda patologik jarayon ko'pincha bir vaqtning o'zida ham ingichka, ham yo'g'on ichakda (enterokolit) kuzatilishi mumkin. Maktab yoshidagi bolalarda ko'pincha ichak qismlarining alohida zararlanishi xos hisoblanadi.

SURUNKALI ENTERIT

Surunkali enterit-ingichka ichakning surunkali qaytalanuvchi yallg'lanishli-distrofik kasalligi bo'lib, bu ichakning asosiy funksiyalarini (hazm qilish, so'rilish) buzilishiga va uning oqibatida barcha turdagi moddalar almashinuvining buzilishiga olib keladi. Hazm tizimining kasalliklari orasida surunkali enterit asosiy kasallik sifatida 4-5% hollarda uchraydi.

Etiologiyasi

Surunkali enterit - polietiologik kasallik bo'lib, ham birlamchi, ham ikkilamchi bo'lishi mumkin.

- ingichka ichakning zararlanishi ko'pincha bakterial infeksiya (dizenteriya, salmonellyoz, iersinioz, kampilobakterioz va h.) lardan keyin, parazitlar (lyamblioz, kriptosporidioz, trixosefalyoz, gimenolepidoz va h.) yoki zamburug'li kasalliklar fonida rivojlanadi.

- alimentar omillar ham muhim ahamiyatga ega: quruq ovqatlanish, ko'p ovqat yeyish, ovqat tarkibida uglevod va yog'lar miqdorini ko'p bo'lib, oqsil, vitaminlar va mikroelementlarni kam bo'lishi, bolani sun'iy ovqatlantirishga erta o'tkazish va h.

- oxirgi yillarda quyidagi etiologik omillar ko'p aniqlanayapti: zaharlar ta'siri sababli: og'ir metall (qo'rg'oshim, fosfor, kadmiy va h.) tuzlari, dori preparatlari (salisilatlar, glyukokortikoidlar, NYaQP,

immunodepressantlar, sitostatiklar, ba'zi antibiotiklar, ayniqsa uzoq muddat qo'llanilganda), ion nurlanishlar (masalan, rentgenoterapiyada).

- ichak kasalliklari rivojlanishiga tug'ma enzimopatiyalar, ichaklar rivojlanishi nuqsoni, immunitet buzilishi (ham mahalliy, ham umumiy), oziq - ovqat allergiyasi, ichaklardagi jarrohlik operatsiyalari, hazm tizimining boshqa a'zolaridagi kasalliklari (asosan o'n ikki barmoqli ichak, oshqozon osti bezi, o't yo'llari) va h. Bolada surunkali enterit rivojlanganda odatda aniq bir etiologik omilni ko'rsatish qiyin. Ko'pincha bir qancha etiologik omillarni, ham endogen, ham ekzogen omillarning birga uchrashi aniqlanadi.

Patogenezi

Yuqorida sanab o'tilgan omillarning qaysi biri yoki ularning birgalikdagi uchrashi bo'lmasin, ingichka ichakning shilliq pardasida yallig'lanishni keltirib chiqaradi, bu immunitet pastligi va kompensator - moslashish reaksiyalarning yetishmovchiligi oqibatida surunkali jarayonga aylanadi. Ichak devoridagi bezlarning fermentativ faoliyati buziladi, ichaklar bo'ylab ovqat massasining harakatlanishi tezlashadi yoki susayadi, mikroblarni ko'payishiga sharoit yaratib beriladi, asosiy oziq moddalarni hazm bo'lishi va so'rilishi buziladi.

Klinik ko'rinishi

Surunkali enteritning klinik ko'rinishi polimorf bo'lib, bu kasallikning rivojlanish muddatiga va bosqichiga, ingichka ichak faoliyatining o'zgarish darajasiga, yondosh kasalliklarga bog'liq. Ikkita asosiy klinik sindrom aniqlanadi - mahalliy va umumiy.

- Mahalliy ichak (enteral) sindromlar devor oldi (membrana) va bo'shliq hazmining buzilishiga asoslangan. Meteorizm, qorinda og'riq va quldirash, diareya kuzatiladi. Axlat odatda ko'p miqdorda, hazm bo'lmagan ovqat qoldiqlari va shilliq aralash bo'ladi. Ba'zan ich ketishi, ba'zan ich qotishi kuzatilishi mumkin. Qorni paypaslaganda kindik atrofida og'riq kuzatiladi, Obrazsov va Porges simptomlari musbat bo'ladi. Og'ir hollarda «psevdoassit» fenomeni kuzatilishi mumkin. Ichaklar faoliyatini buzilishi belgilari ko'pincha sut ichgandan keyin, xom sabzavot va mevalarni, konditer mahsulotlarni yegandan keyin kuzatiladi.

- Umumiy ichak (enteral) sindromi suv - elektrolit disbalansi, makro- va mikronutrientlarning so'rilishining buzilishi va patologik

jarayonda boshqa a'zolarining ham zararlanishi (malbabsorbtsiya sindromi) bilan bog'liq. Tez charchash, asabiylik, bosh og'rig'i, darmonsizlik, tana massasining turli darajadagi kamayishi xos. Teri qoplamalarining qurishi, tirnoqlar o'zgarishi, glossit, gingivit, lablardagi yorilishlar, soch to'kilishi, ko'rishning buzilishi, tomirlar mo'rtligi, qon ketishlar kuzatiladi.

Yuqorida sanab o'tilgan simptomlar poligipovitaminozlar va trofik buzilishlarga asoslangan. Erta yoshdagi bolalarda (3 yoshgacha) ko'pincha anemiya va moddalar almashinuvining buzilishini ko'rish mumkin, bu o'z navbatida osteoporoz va suyaklar mo'rtligi, talvasa xurujlari bilan namoyon bo'ladi. Umumiy va mahalliy enteral belgilarning qay darajada namoyon bo'lishi kasallikni og'irlik darajasini belgilab beradi.

Tashisoti va solishtirma tashxisoti

Kasallikka anamnez ma'lumotlariga, klinik belgilariga va instrumental tekshirishlar natijalariga asoslanib tashxis qo'yiladi. Mono- va disaxaridlar bilan differensatsiyalashgan uglevodli nagruzkalar o'tkaziladi, d - ksiloza bilan sinama o'tkaziladi. Biopsiya olish uchun o'tkazilgan endoskopiya va olingan bioptatni gistologik tekshirish ham aniq tashxis qo'yish imkonini beradi. Koprogrammada kreatoreya, steatoreya, amiloreya kuzatiladi.

Differentsial diagnostikasi ko'p uchraydigan, malbabsorbtsiya sindromi bilan kechadigan - o'tkir enterit, mukovissidozning ichak shaklsi, oziq - ovqat allergiyasining gastrointestinal shaklsi, seliakiya, disaxaridaza yetishmovchiligi va h. kabi nasliy va orttirilgan kasalliklar bilan o'tkaziladi.

SURUNKALI ENTEROKOLIT

Surunkali enterokolit - polietiologik yallig'lanishli - distrofik kasallik bo'lib, ham ingichka, ham yo'g'on ichakning birgalikdagi zararlanishi bilan xarakterlanadi.

Etiologiyasi: Kasallik ko'pincha o'tkir ichak infeksiyalari (salmonellyoz, dizenteriya, esherixioz, qorin tifi, virusli diareya), gelmintozlar, sodda hayvonlar keltirib chiqaradigan kasalliklar, ovqatlanish rejimidagi jiddiy buzilishlar (uzoq muddatli noregulyar, yetarli darajada bo'lmagan yoki ko'p miqdorda ovqatlanish), oziq -

ovqatga nisbatan allergik reaksiyalardan keyin rivojlanadi. Kasallik rivojlanishiga tug'ma va orttirilgan enzimopatiyalar, immunitet pastligi, oshqozon, jigar, o't yo'llari va oshqozon osti bezi kasalliklari, ichaklar rivojlanish nuqsonlari, disbakterioz, vitaminlar yetishmovchiligi, nevrogen va gormonal buzilishlar, radiasion ta'sirlar, dori preparatlarni, asosan antibiotiklarni tartibsiz qabul qilish va h. moyillik yaratadi.

Patogenezi: Patogenezi oxirigacha aniqlanmagan. Shunday taxmin bor, masalan, infeksiyon agentlar hazm traktidagi to'qima hujayralarini destruksiyasiga yoki morfologik metaplaziyasiga olib kelib ularning butunligini buzadi. Buning natijasida, organizmga genetik yot bo'lgan, autoimmun reaksiyalarni keltirib chiqaradigan Ag hosil bo'ladi. Natijada hazm traktining to'qimalarining autologik strukturasi hisoblangan Ag ga qarshi sitotoksik limfositlarning klonlari va AT hosil bo'lish mahsulotlari to'planib boradi. Bakteriyalar va allergenlar invaziyasiga to'sqinlik qiluvchi sekretor IgA yetishmovchiligi kuzatiladi. Ichak normal mikroflorasining o'zgarishi ichak shilliq pardasini mikroba allergenlariga o'tkazuvchanligini oshirib surunkali enterit rivojlanishiga olib keladi. Boshqa tomondan, disbakterioz hamma vaqt bu kasallik rivojlanishiga olib keladi. Surunkali enterit ikkilamchi ham bo'lishi mumkin, ya'ni hazm tizimining boshqa organlari kasalliklaridan keyin rivojlanishi ham mumkin.

Klinik manzarasi

Surunkali enterokolit to'liqsimon kechadi: kasallikning qaytalanish davri remissiya davri bilan almashadi. Qaytalanish davrida asosiy klinik simptom bu qorinda og'riq va ich buzilishi hisoblanadi.

Og'riq xarakteri va intensivligi turlicha bo'ladi. Bolalar ko'pincha kindik sohasida, qorinning pastki sohasida chap yoki o'ng tomondagi og'riqqa shikoyat qiladi. Og'riq har qanday vaqtda, ko'pincha kunning ikkinchi yarmida, ba'zan ovqatlangandan 2 soat keyin kuzatilishi mumkin, defekasiyadan oldin, chopganda, sakraganda, transportda yurganda kuchayadi. Ingichka ichak zararlanishi uchun to'mtoq davomli og'riqlar xos, yo'g'on ichak uchun - kuchli og'riq xos hisoblanadi. Og'riq ekvivalenti: ovqatlangandan keyin ich yumshashi, asosan kichik yoshdagi bolalarda, ovqatlanishdan voz kechish, ta'm tanlash xos.

Surunkali enterokolitni boshka asosiy simptomi - ich buzilishi ich ketishi (ingichka ichak zararlanganda) va ich qotishi (yo'g'on ichak zararlanishi) navbatlashishi kuzatiladi. Tez-tez ich ketishi (sutkada 5-7 marta) turli konsistensiyadagi kam miqdordagi axlat (suyuq hazm bo'lmagan ovqat qoldiqlari va shilliq aralash: kulrang, yaltiroq, ko'piksimon, badbo'y - chirish jarayoni sababli) kuzatiladi. Ba'zan «ovechiy» yoki lentasimon axlat xos hisoblanadi. Qattiq axlat massasini chiqishi orqa chiqaruv sohasida yoriqlar kelib chiqishiga sabab bo'ladi. Bunday hollarda axlat ustida kam miqdorda qon borligini ko'rishimiz mumkin.

Bolalarda surunkali enterokolitning doimiy simptomlariga bundan tashqari yana qorinning dam bo'lishi, quldirashi va gaz chiqishining qiyinlashuvi kuzatiladi. Ba'zan kasallikning klinikasida psixo-vegetativ sindrom: darmonsizlik, tez charchash, uyquasi notinch bo'lishi, asabiylik, bosh og'rig'i ustunlik qiladi. Ichak disfunktsiyasi to'g'risidagi shikoyatlari ikkinchi darajali bo'lib qoladi. Kasallik uzoq kechganda tana massasining kamayishi, ba'zan bo'y - o'sishidan orqada qolish, anemiya, gipovitaminoz belgilari, moddalar almashinuvining buzilishi (oqsil, mineral) belgilari kuzatiladi.

Tashisoti va solishtirma tashxisoti

Surunkali enterokolit tashxisi anamnez ma'lumotlari, klinik ko'rinishi (distrofiya rivojlanishiga olib keladigan uzoq muddatli ichaklar disfunktsiyasi), laborator tekshiruv natijasiga (anemiya, gipo-va disproteinemiya, gipoalbuminemiya, qon zardobida xolesterin konsentratsiyasining kamayishi, umumiy lipidlar, β -lipoproteinlar, kalsiy, kaliy, natriy konsentratsiyasiga qarab, axlatda shilliq, leykositlar, steatoreya, kreatoreya, amiloreya kuzatiladi), instrumental tekshiruv natijalariga (rektoromanoskopiya, kolonofibroskopiya, rentgenologik va morfologik tekshiruvlar) asoslanib qo'yiladi.

Surunkali enterokolitni cho'zilgan dizenteriya, tug'ma enzimopatiyalar (mukovissidoz, seliakiya, disaxaridaza yetishmovchiligi, ekssudativ enteropatiya sindromi) bilan qiyosiy tashxislash kerak.

Davosi: Surunkali enterit va surunkali enterokolitni davolash ichakni buzilgan faoliyatini tiklash va kasallikni qaytalanishini oldini olishga qaratilgan bo'ladi. Davo chora tadbirlarini asosini davolovchi

ovqatlantirish (Pevzner bo'yicha №4 stol tavsiya etiladi) tashkil etadi. Bundan tashqari polivitaminlar, fermentativ preparatlar (pankreatin), pre- va probiotiklar (bifidobakteriyalar bifidum+aktivlangan ko'mir («Probifor»), «Lineks», atsidofilb laktobakteriyalar + kefir zamburug'lari («Atsipol»), «Xilak-forte»), enterosorbentlar (dioktaedrik smektit), prokinetiklar (trimebutin, loperamid, mebeverin va h.) tavsiya etiladi. Qat'iy ko'rsatmasiga qarab antibakterial preparatlar: «Intetriks», nitrofuranlar, nalidixsin kislota, metronidazol va boshqalar tavsiya etiladi. Fitoterapiya, simptomatik terapiya, fizioterapiya o'tkaziladi. Sanator-kurort davolash qaytalanishdan keyin 3-6 oygacha tavsiya etilmaydi.

Oqibati: O'z vaqtida va adekvat davo chora - tadbirlari o'tkazilganda reabilitasiyaning har qaysi bosqichida oqibati ijobiy bo'ladi.

VI BOB. ICHAK YALLIG'LANISH KASALLIGI

Ichak yallig'lanish kasalligi — ichak devorining yuzaki yoki transmural nospetsifik immun yallig'lanishi bilan xarakterlanadigan kasalliklar guruhidir.

Hozirgi paytda bu guruhdagi kasalliklarga quyidagilar kiradi:

- yarali kolit (YaK);
- KK (Kron kasalligi);
- differensatsiyalanmaydigan kolit.

YaK — surunkali kasallik bo'lib, bunda yallig'lanish jarayoni shilliq pardada (ba'zan shilliq osti pardaga o'tgan bo'ladi) joylashgan bo'lib, faqat yo'g'on ichakni turli maydonda zararlaydi.

KK (ichak granulematozi, terminal ileit) — surunkali qaytalanuvchi kasallik bo'lib, hazm tizimini turli qismlarini transmural granulematoz yallig'lanishi segmentar zararlanishi bilan xarakterlanadi. Bu kasalliklarning epidemiologiyasi, etiopatogenezi, klinik ko'rinishi ko'p jihatdan bir - biriga o'xshash bo'lganligi uchun, kasallikni erta bosqichlarida tashxis qo'yish qiyin bo'ladi. Bunday holatlarda «differensatsiyalanmaydigan kolit» tashxisini qo'yish to'g'ri bo'ladi, bu ichakni surunkali kasalligidan dalolat beradi, bu Kron kasalligi uchun ham yarali kolit uchun ham xos.

MKB-10 bo'yicha kodi

XI sinfda «hazm organlari kasalliklari»da K50-K52 «Noinfeksion enterit va kolit» bloki ajratilgan, bunda ichak yallig'lanish kasalligining turlari kirgizilgan.

- K50. Kron kasalligi (regionar enterit).
- K51. Yarali kolit.
- K52.9. Noinfeksion gastroenterit va aniqlanmagan kolit.

Epidemiologiyasi

Tarqalishi YaK 100000 ta aholiga 30-240, Kron kasalligi — 10-150 ta to'g'ri keladi, bu kasalliklar doimo «yosharib» boradi.

Germaniyada ichaklar yallig'lanish kasalligi bilan 200000 yaqin aholi aziyat chekadi, bundan 60000 tasi bolalar va o'smirlarga to'g'ri keladi; pediatriya amaliyotida har yili ichak yallig'lanish kasalligi bilan kasallangan 800ta yangi kasallar ro'yxatga olinadi [Berens R., Buderus S., 2005].

RF ro'yxatga olinadigan ko'rsatkichlar, boshqa davlatlardan salbiy tendensiyalari bilan farq qiladi: kasallikning og'ir shakllari natijasida o'lim ko'rsatkichining yuqoriligi (boshqa davlatlarga qaraganda 3 barobar yuqori), kasallikni kech aniqlash (YaK kolit faqat 25% hollardagina kasallikning birinchi yilida aniqlanadi), ichak yallig'lanish kasalligining asoratli shakllarini ko'pligi. Kasallik kech aniqlanishi natijasida 29% hollarda hayot uchun xavf soluvchi asoratlar kuzatiladi. Kron kasalligi boshlangandan 3 yil ichida aniqlansa, 55% holatlarda, kech aniqlansa 100% hollarda asorat beradi.

Profilaktikasi

Ichak yallig'lanish kasalligining rivojlanish sabablari haligacha aniqlanmaganligi sababli, spetsifik profilaktik chora - tadbirlari ham ishlab chiqilmagan.

Profilaktik chora - tadbirlar sog'lom turmush tarzini tatbiq etish, zararli odatlarga qarshi kurashish, stresslarni oldini olish va tarkibida yetarli miqdorda ozuqa tolalari va essensial moddalar bo'lgan rasional ovqatlanishni tatbiq etishga qaratilgan.

Ichak yallig'lanish kasalligining skriningi kasallik bo'yicha irsiy moyilligi bo'lgan aholini salomatligini regulyar nazorat qilish va ular orasida genetik tekshiruvlar o'tkazishdan iborat.

Tasnifi

Butun jahon gastroenterologlar kongressida (Monreal, 2005) Kron kasalligini Venskiy klassifikatsiyasini o'rnini bosuvchi xalqaro klassifikatsiya va yarali kolitning xalqaro klassifikatsiyasi qabul qilingan.

Etiologiyasi va patogenezi

Ichak yallig'lanish kasalligining etiologiyasi oxirigacha o'rganilmagan. Zamonaviy fikrlarga ko'ra ichak yallig'lanish kasalligi - ko'p omilli kasallik bo'lib, patogenezida genetik moyillikning ta'siri bor, immunoregulyasiya va autoimmun komponent buzilishi kuzatiladi.

Patologik jarayon asosini immun tizimining zararlanishi tashkil etadi, lekin bu o'zgarishlarni keltirib chiqaruvchi antigen aniqlanmagan. Bu antigenlar bakterial antigenlar va ularning toksinlari, autoantigenlar bo'lishi mumkin. Ikkilamchi effektor mexanizmlar antigen stimulyasiyasiga organizm immun javobining o'zgarishiga ichak devorining va shilliq pardasining nospetsifik immun yallig'lanishi rivojlanishiga olib keladi.

Bakteriya va toksinlarga nisbatan ichak to'siq funksiyasining pasayishiga olib keladigan, ichak devorining utkazuvchanligi oshishiga bo'lgan genetik moyillik asosiy ahamiyatga ega.

Immun javobning buzilishi T- limfositlar turli subpopulyasiyalarining selektiv aktivasiyasi va makrofaglar faoliyatining o'zgarishi bilan namoyon bo'ladi, bu yallig'lanish mediatorlari (eykozanoidlar, trombosit omillari aktivasiyasi, gistamin, kininlar, sitokinlar, kislorod aktiv shakllari) ajralishiga va to'qimalar destruksiyasiga olib keladi.

Klinik ko'rinishi

Ichak yallig'lanish kasalligining klinik simptomlari bir necha asosiy klinik sindromlarga guruhlangan:

- ichak sindromi;
- ichakdan tashqari o'zgarishlar sindromi;
- endotoksemiya sindromi;

Ichak sindromi

Ichak yallig'lanish kasalligi bilan kasallangan bemorlarning 95 - 100%da axlatda qon borligi aniqlanadi. Kron kasalligida axlat massasida hamma vaqt ham qon bo'lishi shart emas, asosan agar yallig'lanish o'chog'i yo'g'on va ingichka ichakning o'ng bo'lagining yuqori qismida joylashgan bo'lsa. Qon miqdori turlicha-qon ipchalaridan to profuz qon ketishigacha bo'lishi mumkin.

Ichak yallig'lanish kasalligi bo'lgan bemorlarni 60-65%da diareya kuzatiladi, axlat soni sutkasiga 2 -4 martadan to 8 martagacha bo'lishi mumkin. Diareya yarali kolit kasalligining tarqalgan turlari uchun xos, jarayonning og'irlik darajasi zararlangan soha qancha maydonni egallaganligiga bog'liq. Diareya ko'pincha yo'g'on ichakning o'ng tomondagi qismlari zararlanganda (total yoki subtotal kolit) ayniqsa yaqqol namoyon bo'ladi. Chap tomon zararlanganda diareya belgilari kuchsiz bo'ladi. Kron kasalligida diareya ko'pincha yo'g'on va\yoki ingichka ichak zararlanganda kuzatiladi. Tenezmlar — axlat massasi kam bo'lgan qon, shilliq va yiring aralash hojatga chiquvchi yolg'on chaqiriqlar, yarali kolit uchun xos bo'lib va to'g'ri ichakdagi yallig'lanish jarayonining yuqori aktivligidan dalolat beradi. Ich ketishi va\yoki tenezmlar ichak yallig'lanish kasalligida asosan kechki paytda kuzatiladi, bu yo'g'on ichakni organik lekin, funktsional bo'lmagan zararlanishidan

dalolat beradi. Ich qotishi (odatda tenezmlar bilan birga) yarali kolitning chegaralangan distal shakllari uchun xos bo'lib va bu zararlangan sohadan yuqorida joylashgan ichak segmentini spazmiga asoslangan. Qorinda og'riq - Kron kasalligi uchun xos bo'lib, yarali kolit uchun xos emas. Yarali kolitda defekasiya bilan bog'liq ravishda davriy spastik og'riqlar kuzatiladi.

Ichakdan tashqari o'zgarishlar sindromi

Ichakdan tashqari tizimli buzilishlar yarali kolit uchun ham, Kron kasalligi uchun ham xos hisoblanadi, 5 - 20% hollarda uchraydi va odatda kasallikning og'ir shakllarini keltirib chiqaradi. Ichakdan tashqari hamma simptomlarni shartli ravishda ikkita guruhga bo'lish mumkin:

- kelib chiqishiga qarab immun (autoimmun);
- boshqa sabablarga asoslangan.

		Xolangiogen karsinoma
malabsorbsiya, yallig'lanish va b.oqibati	Steatogepatit Osteoporoz Anemiya O't tosh kaslligi	Amiloidoz

Endotoksemiya sindromi

Endotoksemiya yallig'lanish jarayonining yuqori aktivligiga va ichak barer funksiyasining buzilganligiga asoslangan.

Ichak yallig'lanish kasalligining tizimli belgilari

Simptomlari	Tez-tez uchraydigan	Kam uchraydigan
Aktivligi bilan bog'liq bo'lgan	Aftoz stomatit. Tugunli eritema. Artritlar. Ko'z zararlanishi. Trombozlar va tromboemboliyalar	Gangrenoz piodermiya
Aktivligi bilan bog'liq bo'lmagan	Sakroileit. Psoriaz	Revmatoid artrit. Ankilozlanuvchi spondiloartrit. Sklerozlanuvchi xolangit.

Asosiy simptomlari: umumiy intoksikasiya, febril isitma, taxikardiya, anemiya, EChT oshishi, leykositar formulani to yetilmagan hujayralar paydo bo'lganicha bo'lgan chapga siljishi bilan kechadigan

leykositoz, neytrofillarni toksik donadorligi, o'tkir faza oqsillari miqdorining oshishi (C-reaktiv oqsil, seromukoid, fibrinogen).

Tasxisoti: Bolalarda ichak yallig'lanish kasalligining diagnostikasi klinik, laborator, rentgenoendoskopik va gistologik belgilarga asoslangan. Laborator ko'rsatgichlarni o'rganish asosiy yallig'lanish jarayonini og'irlik darajasini baholash uchun ham, differentsial diagnostika uchun ham muhim hisoblanadi. Qon tahlilida temir va folat kislota yetishmasligi natijasida rivojlangan anemiya, trombositoz, EChT oshishi va o'tkir faza oqsillarini ko'rish mumkin. Kasallik uzoq davom etganda oqsillar yo'qotilishi va malbabsorbsiya gipoalbuminemiya, vitaminlar, elektrolitlar va mikroelementlar etishmovchiligiga olib keladi. Yo'g'on ichak yallig'lanishi uchun xos bo'lgan spesifik marker: yarali kolitda ko'pincha antineytrofil sitoplazmatik antitela (pANCA)larni, Kron kasalligi uchun xos bo'lgan *Saccharomyces cerevisiae* (ASCA) zamburug'lariga qarshi antitanachalarni aniqlash uchun izlanishlar olib borilmoqda. Rentgenologik tekshirishlar kam invazyalanuvchi bo'lib, ichak strukturasi va funksiyasini, devorining rigidligini, shilliq osti qavatining shishini, psevdodivertikullarni, oqmalarni, stenozlarni, yarali va erroziv defektlarni aniqlash va baholash imkonini beradi. Endoskopiya muhim ahamiyatga ega, yo'g'on va yonbosh ichak terminal qismidan biopsiya materiali olish zarur bo'lganda tavsiya etiladi. Endoskopik ko'rinishi ichak yallig'lanish kasalliklarining turli shakllarida muhim hisoblanadi, lekin hamma vaqt ham tashxisni asoslash imkonini bermaydi. Bolalarda ko'pincha yonbosh ichakning terminal qismini limfoid giperplaziyasi aniqlanadi - bu norma varianti hisoblanadi.

Shilliq parda biopsiyasi yuzaki xarakterga ega bo'lsa ham, tekshirish bolalarda ichak yallig'lanish kasalliklarini turli shakllarida ba'zi bir gistologik belgilarni aniqlash imkonini beradi. Kron kasalligi uchun o'choqlilik, zararlangan sohani uzilib-uzilib joylashganligi, gistiositlar va limfositlar (mikrogranulema)ni to'planishi, xususiy plastinka va shilliq osti qavatida chin granulemalarni to'planishi xos. Yarali kolit uchun yallig'langan sohani yuzaki va uzluksiz bo'lishi, shilliq pardaning atrofiyasi va bokalsimon hujayralar sonining ma'lum darajada kamayishi xos. Bioptat olish soni oshirib borilganda gistologik tekshirish usuli orqali ma'lumot olish natijasi oshib boradi.

Davosi: Ichak yallig'lanish kasalligini davolash bolalarda ham kattalarnikiday bo'ladi, bu dalillarga asoslanuvchi tibbiyotning zamonaviy printsiplariga mos kelishi kerak. Ichak yallig'lanish kasalligini

davolashni kattalarnikidan farq qiladigan jihati faqat dori preparatlarining dozasida va ba'zi bir chegaralaniglarda bo'lishi mumkin.

Davolashdan maqsad: kasallikni remissiya davriga yetkazish, yoshiga mos keladigan jismoniy va asab - ruhiy rivojlantirish, nojo'ya ta'siri va asoratlarni oldini olish.

Medikamentoz davolash: dori preparatlari ehtiyojga qarab monoterapiya yoki turli preparatlarni kombinatsiyalari birgalikda beriladi. Nojo'ya ta'sirlari kamligini hisobga olgan holda 5-ASK (mesalazin) preparatlarini tavsiya qilish kerak. 5-ASKni dozasi sutkasiga 50-60 mg/kg, maksimal - 4,5 g/sut ni tashkil etadi. 5-ASK kerakli natijani bermagan bemorlarda, hamda hazm tizimining yuqori qismlari (qizilo'ngachdan to yo'g'on ichakkacha) zararlangan va ichakdan tashqari simptomlari bo'lgan bemorlarda GK tavsiya etiladi. GK larni nojo'ya ta'sirlarini inobatga olib, ular kasallikni induksiya remissiya davrigacha olib borish uchun 3 oygacha tavsiya etilishi mumkin.

Bolalarda yarali kolit kasalligida asosiy dori preparatlarining dozasi

Preparat	Doza
Prednizolon	1-2 mg/kg sutkasiga ichish uchun yoki v/i ($\leq 40-60$ mg)
Sulfasalazin	25-75 mg/kg sutkasiga (≤ 4 g/sut)
Mesalazin	30-60 mg/kg sutkasiga ($\leq 4,8$ g/sut)
Azatioprin	1-2 mg/kg sutkasiga qon zardobi tarkibidagi merkaptopurin metabolitlarini miqdorini nazorat qilgan holda
Merkaptopurin	1-1,5 mg/kg sutkasiga qon zardobi tarkibidagi merkaptopurin metabolitlarini miqdorini nazorat qilgan holda
Siklosporin	4-8 mg/kg sutkasiga ichish uchun yoki v/i (zardobdagi miqdori 200-250 mkg/ml)
Takrolimus	0,15 mg/kg sutkasiga ichish uchun (zardobdagi miqdori 10-15 mkg/ml)
Infliksimumab	5 mg/kg v/i

Topik GK ning preparatlari budesonid (budenofalk) ham mavjud. Preparatning 90%ga yaqini jigar orqali birinchi o'tishida mebolizmga uchraydi, shuning uchun nojo'ya ta'sirlari kam uchraydi (taxminan 2,4 marta). Budesonid kasallikning yengil va o'rta og'ir shakllarida qaytalanish davrida tavsiya etiladi. Budesonidning optimal dozasi 9 mg/sutni tashkil etadi. Kasallik surunkali uzluksiz kechayotgan bemorlarda azatioprin yoki uning metaboliti merkaptopurinni qo'shimcha

ravishda tavsiya etish, GK larga bo'lgan talabni 60%gacha kamaytirish imkonini beradi. Azatioprinning tavsiya etiladigan dozasi - 2,5 mg/kgni, merkaptopurin — 1-1,5 mg/kg sutkasiga tashkil qiladi. Nojo'ya ta'sirlari tez-tez uchraydi, bu isitma, pankreatit, dispeptik buzilishlar, infeksiyon kasalliklarga chalinuvchanlikning oshishi bo'lishi mumkin. Pankreatit — azatioprin tavsiya etishga qarshi ko'rsatma hisoblanadi. Davo choralarining ijobiy natijasini 2-4 oydan keyin, ba'zan 6 oydan keyin ko'rishimiz mumkin. Siklosporin uzoq muddatga qo'llanib bo'lmaydigan preparat hisoblanadi, bu kasallikni qaytalanish davrida azatioprin kontsentratsiyasi to'planib qolganda tavsiya etiladi.

Metotreksat Kron kasalligida GK ijobiy natija bermaganida yoki davolash natijasidagi og'ir nojo'ya ta'sirlar kuzatilganda tavsiya etiladigan tanlangan preparat hisoblanadi. Teri ostiga haftasiga 1 marta 15 mg/kg tavsiya etiladi.

Ichak yallig'lanish kasalligini davolashda, standart davo rejasiga refrakter sifatida, α -o'sma nekrozi omiliga qarshi ximerik antitana hisoblangan - infliksimab tavsiya etiladi. Bu preparatning samarasi katta yoshdagi bemorlarda isbotlangan, bolalarda chegaralangan. Bolalarda faqat Kron kasalligini davolash uchun ruxsat berilgan.

Yo'g'on ichakning distal qismlari zararlangan bemorlarda tizimli davolashga qaraganda mahalliy davolash qulay hisoblanadi, chunki, bu nojo'ya ta'sirlarni yoki ularning og'irlik darajasini oldini oladi. Kasallikning asorati va medikamentoz terapiyaga ijobiy natijani bermasligi xirurgik davo uchun ko'rsatma hisoblanadi.

Oqibati: Ichak yallig'lanish kasalligining ko'p turlarida ayniqsa asoratlar rivojlanganda kasallik noxush oqibatlarga olib keladi.

VII BOB. BOLALARDA NOSPEKIFIK YARALI KOLIT

Nospesifik yarali kolit (NYaK) xuddi Kron kasalligi (KK) kabi, surunkali yallig'lanishli ichak kasalliklariga ta'luqli.

NYaK -bu kelib chiqishi noma'lum bo'lgan surunkali yallig'lanish kasalligi bo'lib, u klinik jihatdan qonli diareya davrlari bilan qaytalanuvchi va patomorfologik - yo'g'on ichak devorida diffuz yallig'lanish jarayoni bilan tavsiflanadi.

Yallig'lanish to'g'ri ichakdan proksimal ravishda tarqaladi va to'g'ri ichak va yo'g'on ichakning shilliq qavati bilan chegaralanadi.

Yallig'lanishli ichak kasalliklari (YIK) tashxislanishi qiyin, bu etarli terapiyani tayinlashni sezilarli darajada murakkablashtiradi va kasalliklarning prognozini yomonlashtiradi.

Shu munosabat bilan umumiy amaliyot shifokorlarini epidemiologiya, etiopatogenez va klinik ko'rinishlar masalalari, tashisot usullari, solishtirma tashxis va ularning zamonaviy talqinida YIKlarni davolash usullari bo'yicha xabardor qilish maqsadga muvofiqligi shubhasizdir.

Epidemiologiya. NYaK to'g'risidagi birinchi eslatma XIX -asrning oxirgi uchinchi davriga to'g'ri keladi.

Yarali kolit (YaK) hamma joyda uchraydi-dunyoda diqqat bilan o'rganilganda ushbu kasallik aniqlanmagan mintaqalar yo'qligini ko'rsatadi, lekin dunyoning turli mintaqalarida uning tarqalishi sezilarli darajada farq qiladi. U 100000 aholiga 30 dan 240 tagacha o'zgarib turadi va Shimoliy Yevropa va Shimoliy Amerikaning sanoatlashgan mamlakatlarida eng yuqori ko'rsatkichlarga oshib boradi.

Rossiya Federasiyasida YaKning tarqalishi 100 000 aholiga 22,3 ni tashkil qiladi, bu Markaziy Evropaning o'rtacha ko'rsatkichlariga to'g'ri keladi.

Kasallik har qanday yoshda paydo bo'lishi mumkin. Bolalarda YaK juda erta yoshda ham uchraydi. Kasallikning jinsiy va ijtimoiy farqlanishi aniqlanmagan. NYaKning etiologiyasi va patogenezini, shuningdek, YaK da ham to'liq aniqlanmagan.

Kasallik ko'p omilli deb hisoblanadi- genetik, immun sabablarning (moyil bo'luvchi omillar) murakkab o'zaro kompleks ta'siri va atrof-muhit omillariga yuqori sezuvchanlik (trigger omillar) kuzatilgan. IYaK ning genetik tabiati monozigot egizaklar orasida keng tarqalganligi va kasallikning oilaviy tarzda yuqori uchrashi bilan tasdiqlanadi. YaK yoki

KK bilan og'riqan bemorlarning 15%da yaqin qarindoshlaridan kimdir xuddi shu kasallikdan aziyat chekadi. Agar YaK monozigotik egizaklardan birida sodir bo'lsa, unda ikkinchi egizakda u bilan kasallanish ehtimoli 50% ni tashkil qiladi, KK bilan xuddi shu kabi ko'rsatkich yanada yuqori.

Kasallik kechishining o'ziga xos xususiyatlariga ma'lum bir genetik moyillik mavjud. So'nggi tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki YIK ga moyillik poligenik buzilishlar bilan bog'liq ekan. Shunday qilib, 12-xromosomada YaK bilan maxsus bog'langan va uning rivojlanishi uchun mas'ul bo'lgan gen topilgan, 16-xromosomada yesa KK ning oilaviy varianti bilan maxsus bog'langan lokus o'rnatilgan.

Bundan tashqari, 14 va 17-xromosomalarda IYaK rivojlanishi uchun mas'ul lokuslar aniqlangan.

Atrof-muhit omillaridan ovqatlanish xususiyatlari (o'simlik kletchatkasining yetarli yemasligi, kimyoviy konservantlar va bo'yoqlardan tez-tez foydalanish, rasionda tozalangan ovqatlarning ortiqcha miqdori), iqlim sharoiti, bemorlarning etnik kelib chiqishi muhim o'rin tutadi. Ko'p markazli tadqiqotlarga ko'ra, IYaKning yuqumli turining rivojlanishida yuqumli omillarning (esherixiy, klostridiy, iersiniy, ichak kampilobakteri, psevdotuberkulyoz mikobakteriyalar va bir qator viruslar, shu jumladan qizamiq virusi) ishtiroki keng tan olinmagan. Shunga qaramay, ichak mikroflorasining roli inkor etilmaydi: u IYaK ning etiologik omillari bilan bog'liq emas, lekin bu o'zgargan immunitet reaksiyasiga olib keladigan stimullardan biri sifatida talqin yetiladi.

YaK sababi noma'lum bo'lsa-da, uning rivojlanishi va tarqalishida autoimmun mexanizmlar yetakchi rol o'ynaydi. Kasallikning autoimmun tabiati asosiy bir-biriga gistomuvofiqlik kompleksining (HLA) ma'lum antigenlari bilan bog'liqligi bilan ko'rsatiladi: allel DRB1 01 nafaqat Rossiya populyasiyasida YaK va KK ga moyillikning keng tarqalgan genetik belgisi, balki yoshligida kasallikka moyillik va YaK ning uzilmas davomiyligini ham markeridir; allel DRB 08 esa proktit va proktosigmoidit kabi kasallikning distal shakllari va kasallikning katta yoshda (30-49 yosh) boshlanishi bilan bog'liq.

IYaK rivojlanishi uchun mas'ul bo'lgan lokuslar 1, 3, 4, 5, 6, 7, 10, 12, 16, 19- xromosomalarda topilgan (IBD 1-8). Yeng ko'p o'rganilgan lokuslar IBD1 (immun-yallig'lanish reaksiyalarini qo'zg'atuvchi va bu lokusning kamida 3 genidan birida mutatsiya bo'lsa, CD ga moyillik

uchun javobgar 16-xromosomada joylashgan NOD2/CARD15) hisoblanadi.

Kasallikning autoimmun tabiatini, shilliq qavatning limfoplazmatik infiltrasiyasi, tizimli shikastlanish va kortikosteroidlar va immunosupressantlar bilan davolash samarasi, hamda to'qimalarga qarshi autoantitanchalar mavjudligi ko'rsatadi. YaKning markeri bo'lib pANCA (perinuklear antineyetrofil sitoplazmatik antitanchalar) xizmat qiladi, ular YaK bemorlarning 70% dan ortig'ida, KK da yesa faqat 6-15% da aniqlanadi.

KK ning markeri bo'lib *Saccharomyces cerevisiae* (ASCA)ga nisbatan antitanchalar mavjudligi hisoblanadi.

Yallig'lanish kasalliklarining patogenezida etakchi o'rinni yallig'lanish va yallig'lanishga qarshi (tartibga soluvchi) ta'sirga ega bo'lgan sitokinlarning nomutanosibliigi egallaydi. YaK da yallig'lanish, taxminan, IL-10, IL-4 sitokinlarining kuchaygan yetishmovchiligi va makrofagal kelib chiquvchi sitokinlarning ko'pligi bilan bog'liq. KK da esa yallig'lanish IL-2 ning, interferona- gamma va ko'pincha makrofagal tabiatli mediatorlar: IL-1, IL-12ning ortiqcha sintezi, shishlar nekrozi omili (FNO) bilan bog'liq.

So'nggi paytlarda ichak o'tkazuvchanligining g'ayritabiiy o'sishi va hujayra elementlarining qon tomir yo'liidan yallig'lanish hududiga ko'chishi kabi immun bo'lmagan komponentlarning roli muhokama qilinmoqda.

Shunday qilib, irsiy moyillik va zararli ekologik omillar ta'siri ostida immunologik nomutanosiblik rivojlanadi, bu yallig'lanish mediatorlarining chiqarilishiga va to'qimalarning destruksiyasiga olib keladi. Shikastlanish o'chog'idagi immun komplekslarning shakllanishi natijasida epiteliyning shikastlanishi, yangi, epiteliya kelib chiqishiga ega antigenlarning shakllanishi bilan birga keladi. Mononuklear hujayralar va neyetrofillarning qon tomir o'zanidan shikastlangan joyga ko'chishi shilliq qavatning yallig'lanish infiltrasiyasini kuchaytiradi va yallig'lanish mediatorlarining yangi porsiyasining chiqishiga olib keladi. Surunkali yallig'lanish turli ekzogen va endogen omillarning doimiy ta'siri, shu jumladan, genetik jihatdan bog'liqligi aniqlangan, nuqsonli mahalliy immunitet reaksiyasi va ichak o'tkazuvchanligining buzilishi natijasidir.

Patomorfologiya. YaK yo'g'on ichakning birlamchi shikastlanishi bilan tavsiflanadi, u odatda to'g'ri ichakda boshlanadi va proksimal tomonga tarqaladi. Bolalarda YaKda ko'pincha (60-80% hollarda)

ichakning umumiy zararlanishi kuzatiladi. Keng qamrovli zararlanishda jarayon yonbosh ichakka (retrograd ileit rivojlanishi bilan) va appendiksga o'tishi mumkin. Yonbosh ichakdagi shilliq qavatdagi patologik o'zgarishlar yo'g'on ichak shilliq qavatining shikastlanishining bevosita davomi hisoblanadi. Bunday keng qamrovli o'zgarishlarda to'g'ri ichakdagi yallig'lanish jarayoni sezilmaydigan darajada bo'lishi mumkin. YaK uchun xarakterli uzluksiz yallig'lanish jarayoni bilan zararlangan hududda normal shilliq qavat mavjud emas. Yo'g'on ichakning juda keng shikastlanishi, kasallikning tez-tez kuchayishi va uzoq davom etishi natijasida uning uzunligi normaga nisbatan kamayadi. Bu qisqarish ichak devorining mushaklarida, ayniqsa distal bo'limlarda o'zgarishlar hisobiga yuzaga keladi. Mushaklar shilliq qavatining mahalliy gipertrofiyasi reversiv stenozga olib kelishi mumkin bo'lsa-da, strikturalarning shakllanishi YaK uchun xarakterli emas.

YaKda ichak shilliq qavatining makroskopik diffuzli yallig'lanishi shish, giperemiya va eroziyalarning kombinatsiyasi bilan belgilanadi. Keng qamrovli shikastlanish shakllari shilliq qavatning progressiv destruksiyasi bilan tavsiflanadi, garchi kasallikning dastlabki davrida odatiy eroziv-yarali jarayon bo'lmasligi mumkin. Agar YaK ning engil yallig'lanishi giperemiya va ichak shilliq qavatining baxmal yuzasi bilan tavsiflangan bo'lsa, aniq ifodalangan yallig'lanish esa shilliq qavatining giperemiyasi va shishishi fonida osonlik bilan sodir bo'ladigan kontaktli qon ketishi bilan tavsiflanadi. Ba'zida mikroabscesslar, qon tomir naqshining yo'qligi yoki uning birinchi darajali yagona chiziqlari mavjudligi aniqlanadi. Manifestasiya davrida kuzatiladi: burmalar va gaustralarning qalinlashishi, fiziologik sfinkterlar funksiyasining pasayishi, diffuzli eritema, qon tomir naqshining yo'qolishi, donadorlik, shilliq qavatning yumshashi, petexiya, gemorragiya, shilimshiq, yiringli, yuzaki va chuqur, ba'zida tutashgan o'yilgan yaralar, va psevdopoliplar-qoldiq shilliq qavatlar yoki granulyasiyalangan to'qimalar. Ko'p bo'lmagan oddiy sferik shakldagi psevdopoliplar ham, yallig'lanishli, ammo o'sma tabiatiga ega bo'lmagan ko'p sonli shilliq ko'priklar va poyasimon psevdopoliplar ham uchraydi. Remissiya davrida shilliq qavat deyarli normal ko'rinishi mumkin. Qon tomir naqshining deformatsiyasi va shilliq qavatning atrofiyasi o'tkazilgan yallig'lanishdan dalolat beradi. Jarayon surunkaliga o'tgan bo'lsa, burmaliklar yo'qoladi, oraliq quvursimon shaklga keladi, anatomik egilgan chiziqlar tekislanadi, fiziologik sfinkterlar farqlanmaydi, ichak devorlari qattiqlashadi. Shilliq

qavatning holati jarayonning faolligiga bog'liq (u 1-chi - minimal, 2-o'rtacha, 3-chi - yuqori yoki aniq ifodalangan darajaga ega bo'lishi mumkin). Bolalarda haqiqiy yarali zararlanishlar kam uchraydi va odatda yuzaki - shilliq osti qatlamda joylashadi.

Mikroskopik jihatdan, YaKda yallig'lanish jarayoni yo'g'on ichak shilliq qavatiga ta'sir qiladi va shilliq osti qatlamiga tarqalmaydi, garchi kasallikning og'ir shakllarida ichak devorining barcha qatlamlari yallig'lanish jarayoni ta'sir etishi mumkin. Bu granulomalar shakllanishi bilan birga kelmaydigan va fibrozga moyil bo'lgan ekssudativ turdagi nonspesifik yallig'lanishning namoyon bo'lishidir.

Kasallikning faol bosqichida o'z plastikasi shishi, kapillyarlarning kengayishi va ko'pligi, polimorf-yadroviy leykositar infiltrasiya aniqlanadi - asosan plazmositlar, limfositlar va eozinofil hisobiga. Liberkyuhn' kriptalari asosida neytrofillarning to'planishi ko'rinishidagi kript-abssestar kuzatiladi. Kriptit bokalsimon hujayralardan epiteliya yangilanish tezligining oshishi bilan kechadigan shilliq ajralib chiqishi va keyinchalik bokalsimon hujayralarining kamayishi bilan birga qo'shiladi. Kriptlar deformatsiyalanadi, ularning soni kamayadi. Mikroeroziya va yallig'lanish o'choqlari bo'lgan yuzaki yaralar ko'rinadi. Ba'zida distrofik epiteliya bilan qoplangan chandiqli joylar qayd etiladi. Psevdopolipozda shilliq qavatning limfoid hujayralar bilan infiltrlangan epiteliy va stroma bilan tutashishi yoki epiteliya bilan qoplangan chiqib turgan granulyasiyalar seziladi. Qoida tariqasida, kichik tomirlarning vaskulitlari, qon quyqalari, limfoid to'qimalarning giperplaziyasi aniqlanadi.

Klinik ko'rinishi. YaKning ichak, ichakdan tashqari ko'rinishlarini va yallig'lanishning umumiy belgilari ko'riladi. Ichakda namoyon bo'lishiga diareya (ko'pincha) yoki ich qotishi, axlatning konsisensiyasi buzilishi, undagi patologik aralashmalar, qorin og'rig'i va vazn yo'qotish kiradi. Simptomatika shikastlanishning tarqalishiga bog'liq va har doim ham kasallikning og'irligi bilan o'zaro bog'liq bo'lmaydi. Faol Yakda diareya deyarli har doim qon ketish bilan birga keladi. Qonning yo'qligi tashxisni aniqlashtirish uchun sabab bo'ladi. Distal YaK da yangi qon najasdan alohida yoki hosil bo'lgan najas yuzasida chiziqlar, tomchilar shaklida chiqariladi. Yo'g'on ichakning keng tarqalgan shikastlanishida qon suyuq najas bilan aralashgan bo'ladi. Proktit va proktosigmoidit bilan kelgan YaK da ich qotishi va zich axlat kuzatilishi mumkin. To'liq bo'shashmaslik hissi bilan kechadigan tenezmalar, qorinning pastki

qismida noxushlik, qorinning pastki chap kvadrantida yoki kindik atrofida zich konglomerat shaklida paypaslanadigan, beixtiyor yuz beruvchi spazmlar kuzatiladi. Qorin og'rig'i kasallikning asosiy belgisi hisoblanmaydi. Odatda defekasiya harakatidan oldin (ko'pincha chap yonbosh sohasida) kuchanishga o'xshash og'riq qayd etiladi. Qattiq doimiy og'riqlar kasallik asoratining belgisi bo'lishi yoki noto'g'ri tashxisni ko'rsatishi mumkin.

YaK da ichakdan tashqari ko'rinishlar KKga qaraganda kamroq kuzatiladi, organizmdagi immunopatologik jarayonlar tufayli yuzaga keladi va ko'pchilik tizimlarni qamrab oladi. Bolalik yoshidagi bemorlar uchun o'sishning kechikishi kabi ko'rsatkich muhim ahamiyatga ega, bu YaK bilan og'riq bemorlarning 10 foizida qayd etiladi. Ko'pincha faol YaKda og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining (aftozli stomatit, glossit, gingivit, yarali stomatit) va terining (tugunsimon eritema - oyoqlarning old yuzasida bir nechta og'riqli va yallig'langan tugunlar) shikastlanishi qayd etiladi. Tana va oyoq-qo'llarda urtikar va pustulyoz toshmalar paydo bo'lishi mumkin. Trombogemorragik ko'rinishlar uchrab turadi. Pyoderma gangrenozum shaklidagi davolashi qiyin bo'lgan terining shikastlanishi kuzatiladi. Katta bo'g'imlarning (elka, tirsak, bilak, tizza, to'piq) shikastlanganda ularning assimetrik joylashuvi kuzatiladi; og'riqning intensivligi va harakatni cheklash darajasi odatda unchalik ahamiyatli emas. Remissiya boshlanishi bilan bo'g'imdagi o'zgarishlar butunlay yo'qoladi, bo'g'imlarning deformatsiyalari va disfunksiyalari kuzatilmaydi. Ba'zi bemorlarda vaqtinchalik spondiloartrit va sakroiliit rivojlanishi mumkin. Ko'zning shikastlanishi uveit, irit, iridotsiklit, episklerit, keratit rivojlanishi bilan tavsiflanadi. Jigar va o't yo'llarining shikastlanishi kasallikning kechishini baholash, davolash taktikasini ishlab chiqish va prognozni aniqlash uchun katta ahamiyatga ega. Jigardagi o'zgarishlar yog'li distrofiyadan tortib, siroz bilan kechadigan gepatitgacha o'zgaradi. Jigardan tashqaridagi o't yo'llarining xarakterli shikastlanishi sklerozli xolangitning rivojlanishi hisoblanadi.

Yallig'lanishning umumiy belgilari: harorat ko'tarilishini, zaiflik, bo'shashganlik, qon yo'qotish natijasida gemoglobinning pasayishi, gematokritning pasayishi, leykositoz, trombositoz, ECHT ning tezlashishi, C-reaktiv oqsilning ko'payishi, giperkatabolizm oqibati ko'rinishida gipoalbuminemiya, ochlik, plazma oqsillarining ekssudasiyasi, koprogrammada leykositlar va eritrositlar mavjudligini o'z ichiga oladi. YaK ning hayot uchun xavfli asoratlariga katta qon ketishi,

toksik dilatasiya va yo'g'on ichak teshilishi kiradi. Gormonal davolanish fonida mahalliy asoratlarning namoyon bo'lishi yo'qolishi mumkinligini yodda tutish kerak. Agar perforasiyadan shubha qilinadigan bo'lsa, qorin bo'shlig'ining rentgenogrammasi bemorning vertikal va gorizontal holatida amalga oshiriladi-bu vaqtda qorin bo'shlig'ida erkin gaz aniqlanadi. O'tkir dilatasiya gipokalemiya tomonidan qo'zg'atilgan bo'lishi mumkin. YaK bilan kasallangan bolalarda ba'zida anal yoriqlari, paraproktit aniqlanadi. Keng tarqalgan perianal o'zgarishlar mavjud bo'lsa, KK ni istisno qilish kerak. Ba'zi bolalarda, keyinchalik epiteliya bilan qoplangan granulyasiya to'qimalarining o'sishi natijasida psevdopolipoz hosil bo'ladi. Psevdopoliplar shakli va hajmi jihatidan farq qiladi, lekin ko'pincha uzunligi 1,5 sm gacha bo'ladi. Yallig'lanishli poliplar yana qaytalanishi mumkin.

Ko'pchilik (60%) bemorlarda kasallik boshlanishi asta-sekin, lekin to'satdan ham bo'lishi mumkin. YaK ning o'tkir yoki tez boshlanishi, shuningdek, ichakning toksik dilatasiyasining rivojlanishi infeksiya bilan qo'zg'atilishi mumkin. Anamnezni yig'ishda diareyaning oldingi epizodlariga e'tibor qaratish kerak.

YaK bilan birlamchi kasallanish xususiyatlari orasida tez rivojlanuvchi, shu

jumladan dizenteriyaga o'xshash kasallikning tez-tez paydo bo'lishini alohida ko'rsatib o'tish kerak, bunda klinik ko'rinish bir necha soat yoki kun davomida rivojlanadi. O'tkir shakli tez boshlanishi, kasallikning og'ir kechishi, jiddiy va tez-tez uchraydigan asoratlari bilan tavsiflanadi. Kasallikning surunkali qaytalanuvchi shakli 4-6 haftalik kuchayishi, turli muddatdagi remissiya davrlari bilan tavsiflanadi. 6 oydan ortiq davom etadigan faol jarayon kasallikning surunkali uzluksiz o'tishini ko'rsatadi.

Jarayonning lokalizatsiyasiga ko'ra, YaK ning distal shakllari (proktit, proktosigmoidit), chap tomonlama kolit (taloq burchagigacha) va umumiy kolit ajralib turadi. YaK ning oxirgi ikki shakli bolalarda ko'proq uchraydi.

YaK ning og'ir asoratli kechishini jadvalda ko'rsatilgan S.Truelove va L. Witts (1955) mezonlari bo'yicha baholanadi. Najasning kuniga 4 r dan kam bo'lishi, normal ECHT va tizimli ko'rinishlarning yo'qligi bilan kuchayishi engil shakl deb hisoblanadi. O'rtacha og'ir kechishi, kuniga 4-6 r / kun najas, minimal tizimli buzilishlar bilan tavsiflanadi. Kasallikning jiddiy kechishida, qon bilan najasning chastotasi kuniga 6 r dan oshadi,

isitma, taxikardiya, anemiya va tezlashgan ECHT 30 mm / soat ko'p bo'ladi.

**NYaK faollik darajasini baholashning endoskopik mezonlari
(S. Truelove va L. Witts, 1955)**

Faollashish darajasi	Mezonlar
Yuqori	Og'ir o'z-o'zidan qon ketish va shilliq qavatning keng tarqalgan yarasi
O'rtacha	Shilliq qavat yarasi bo'lgan yoki bo'lmagan kontaktli qon ketish va o'z-o'zidan qon ketish, keng tarqalmagan yaralar
Minimal	Ahamiyatsiz kontaktli qon ketish, yaralar mavjud emas

Kasallikning remissiya bosqichida shilliq qavat yaltiroq bo'lib, qon tomir naqshini kuzatish mumkin, u ham qayta tiklangan o'zgacha ko'rinishga ega bo'lishi mumkin.

YaK ning zamonaviy tashxisoti klinik, biokimyoviy, rentgenologik, endoskopik va gistologik ma'lumotlarning majmuasiga asoslanadi.

NYaK da endoskopik ko'rinish boshqa kasalliklarga o'xshash bo'lishi mumkinligiga qaramasdan endoskopiya orqali olingan ma'lumotlar, diagnostika uchun va ayniqsa YaK uchun juda muhimdir. Endoskopik usul ushbu kasallikni tashxislash uchun "oltin standart" hisoblanadi. Bu tashxisni verifikasiyalashga, yallig'lanish faolligi darajasini va uning ichakdagi tarqalishini baholashga va davolash samaradorligini kuzatishga yordam beradi.

Endoskopik tekshirish barcha bemorlarda amalga oshirilishi kerak. Odatda, kolitning faol bosqichida maxsus tayyorgarlik o'tkazilmaydi: diareya YaK ning asosiy belgilaridan biridir va tayyorgarlik kasallikning og'irligini kuchaytirishi mumkin. Bundan tashqari, tozalovchi klizmadan so'ng ko'pincha o'zgarmagan shilliq qavatning shishishi va giperemiyasi paydo bo'ladi, bu gistologik tekshiruv vaqtida to'g'ri ichak shilliq qavatining vizual ko'rinishiga salbiy ta'sir ko'rsatishi mumkin. Suyuq yoki shakllangan axlatning mavjudligi odatda tashxis qo'yishga to'sqinlik qilmaydi, chunki chegara distal segmentlarini tekshirish tashxis qo'yish va nazorat tekshiruvini o'tkazish uchun etarli hisoblanadi. Yo'g'on ichakni yaxshilab tayyorlash, asosan qandaydir birga kuzatiluvchi yangi tuzilmalar aniqlanganda kerak.

Oshqozon-ichak traktining endoskopik tekshiruvining yangi shakli kapsula endoskopiya hisoblanadi. Ushbu usulning afzalliklari aniq ko'rinib

turibdi: bu nojo'ya ta'sirlarsiz ambulator va mutlaqo og'riqsiz muolaja, ichaklarda turib kapsula video tasvirni uzatadi, tekshiruv vaqtida bemorning to'liq harakatchanligi saqlanadi.

YaK rivojlanishining dastlabki va o'rta bosqichlarida irrigoskopiya ma'lumotlari e'tiborga loyiq emas. Rentgen usuli yordamida to'g'ri ichakning birlamchi shikastlanishini aniqlash qiyin, bu esa kasallikni tashxislash uchun eng muhimdir.

Ichak infeksiyalari, gelmintlarni istisno qilish uchun tegishli mutaassib tekshiruvlari o'tkazishadi. Ba'zi bemorlarda herpes infeksiyalarini aniqlash uchun tadqiqot o'tkaziladi. Jarayonning faolligini va metabolik kasalliklarni baholash uchun laboratoriya tadqiqotlari (umumiy va biokimyoviy qon testi, immunologik markerlarni o'rganish, ko'rsatmaga muvofiq, laktozaga toqatlilik va D-ksiloza bilan so'rilish testlari) juda zarur. Solishtirma tashxis asosan KK, yuqumli kasalliklar, parazitlar bilan zararlanish, poliplar, yoriqlar bilan, shuningdek, tuberkulez, divertikulyoz, Uipl kasalligi kabi kam uchraydigan ichak zararlanishlari bilan amalga oshiriladi. Diareya sindromi kuzatilganda laktaza yetishmovchiligi, lyamblioz, kriptosporidiaz bilan solishtirma tashxis qo'yilishi kerak. Izolyasiya qilingan artikulyar sindrom kuzatilganda tizimli vaskulit, revmatoid artrit va revmatizm istisno qilinadi. O'sishning kechikishi aniqlanganda endokrinologik tekshiruvni amalga oshiriladi.

Davosi: YaK bilan og'rikan bemorlarni davolashda parhez muhim rol o'ynaydi. Bemorlarda oziq-ovqat allergiyalari, xususan, sigir suti oqsiliga yuqori sezuvchanlik mavjudligini hisobga olgan holda ovqatlanish tashkil etiladi. Shuning uchun sut va barcha sut mahsulotlari (tvorog, kefir, pishloqlar), sariyog'dan tashqari, parhezdan chiqarib tashlanishi kerak. Uglevodlar miqdori o'rtacha darajada cheklanadi. Oziqlanishning asosi Pevznerga ko'ra 4-dasturxon tashkil etadi, go'sht, baliq mahsulotlari va tuxum oqsillari bilan boyitilgan maydalanmagan rasion. Barqaror remissiya davrida parhez tvorog va ba'zi mevalarni o'z ichiga olgan holda kengaytiriladi.

YaK uchun birinchi darajali terapiya kasal kuchayishi belgilarini bartaraf etishga va keyingi remissiyani saqlashga qaratilgan dori vositalari yordamida davolash bilan cheklanadi.

YaK ni davolash uchun dori vositalarining asosiy guruhlari: 5-aminosalisil kislota preparatlari (5-ASK), tizimli va topik steroidlar; immunosupressorlar va simptomatik terapiya preparatlari.

5-ASK preparatlari IL-1, IL-2, IL-6, FNO- α , leykotrienlar, tromboksanlar va prostaglandinlarning sintezini to'xtatadi, antioksidant ta'sirga ega, ichak epiteliysining apoptozini kamaytiradi. Mesalazin tarkibida sulfapiridon qoldig'i mavjud emas, bu uning qo'llash ko'lamini oshiradi va preparatni sulfasalazinga qaraganda kamroq dozalarda qo'llash imkonini beradi. Sulfasalazin 5-ASK ning sulfanilamidlar bilan azo birikmasi bo'lib, ular ingichka ichakda parchalanadi. Sulfasalazinni uzoq muddatli qo'llashda, uning foliy kislotasini tashish tizimiga bog'lanishi tufayli ko'pincha anemiya rivojlanadi. Rektal foydalanish uchun klizmalar, shamlar yoki ko'piklar shaklidagi 5-ASK preparatlari mavjud.

YaK uchun terapiya kasallik darajasining og'irligiga va yallig'lanish jarayonining lokalizatsiyasiga bog'liq. Og'iz orqali yuborilganda, sulfasalazin uchun terapevtik dozalar kuniga 3-4 g gacha, mesalazin uchun - kuniga 3 g gacha. Rektal yuborilganda mesalazin bir marta 2-4 g gacha bo'lgan dozada buyuriladi (distal kolitda).

YaK ning yengil shakli odatda gormonal terapiyani talab qilmaydi. O'rtacha og'irlikdagi YaK ni davolash uchun kuniga 4 g mesalazin ishlatiladi (sulfasalazin kuniga 4-6 g), 2-3 hafta davomida ta'siri bo'lmasa, gormon terapiyasini qo'llash masalasi ko'rib chiqiladi.

5-ASK preparatlarining terapevtik dozasini qabul qilishning o'rtacha davomiyligi 2-4 oyni tashkil qiladi, so'ngra parvarishlash dozasiga o'tiladi. Dori vositalarining ta'siri o'rtacha 1-1,5 oydan keyin baholanadi. 5-ASK dori vositasining samarasizligi va YaK ning og'ir kuchayishi holatlarida tizimli kortikosteroidlar buyuriladi: prednizolon kuniga 1-2 mg/kg, lekin kuniga 40-60 mg dan ko'p bo'lmasligi lozim. 2-3 hafta o'tgach, doza haftasiga 10-5 mg ga kamaytiriladi. Kuniga 20 mg dan boshlab prednizolonning dozasi har 4-5 kunda 2,5 mg ga, va kuniga 10 mg dan boshlab - preparat butunlay to'xtatilgunga qadar har 3-4 kunda 1,25 mg ga kamaytiriladi (taklif qilinayotgan sxema- ko'p variantlardan biridir). Tizimli kortikosteroidlarni qo'llash nojo'ya ta'siri, steroidrezistentlik va steroidga qaramlik tufayli cheklangan. Nojo'ya ta'siri dozaga bog'liq, preparatni qo'llash davomiyligi oshishi bilan ortib boradi.

YaKda qo'llash uchun mahalliy ta'sir qiluvchi kortikosteroid budesonid samarali. U kuniga 9 mg dozada buyuriladi. Jiddiy ichakdan tashqari ko'rinishlar uchun qo'llanilmaydi. Chap tomonlama kolit uchun budesonidning rektal shakllari tavsiya etiladi: klizma va ko'pik shaklida.

Asosiy dori vositalarining samarasizligida zaxiradagi dorilar - immunosupressantlar buyuriladi: azatioprin va uning metaboliti 6-merkaptopurin. Steroidlarga rezistentlik mavjud bo'lsa, siklosporin A ham ishlatiladi. Yallig'lanishli ichak kasalliklarini davolash uchun yana bir muqobil dori hozirda infliximab immunomodulyatori hisoblanadi.

Qo'shimcha terapiya antibiotiklardan (metronidazol, siprofloksasin), enterosorbsiya (Smekta, Enterosgel va boshqalar), foydalanishni, metabolik va disbiyotik buzilishlarni korreksiya qilishni, ekstrakororeal detoksifikasiyani (giperbarik oksigenasiya, plazmaferez, gemosorbsiya) o'z ichiga oladi. Terapiyaning samarasizligi, bolaning hayotiga tahdid soladigan asoratlar paydo bo'lishida jarrohlik davolash amaliyoti bajariladi. Bemorlarni muntazam ravishda kuzatib borish kerak bo'ladi.

VIII BOB. QO'ZG'ALGAN ICHAK SINDROMI

Qo'zg'algan ichak sindromi bilan kasallanganlar soni dunyo miqyosida 1830% ni tashkil etadi. Ushbu kasallik bilan ko'pchilik bemorlar shifokorga umuman murojat qilishmaydi, faqat 1/3 qismi maxsus tekshiruv vaqtida aniqlanadi va ular davo muolajalarini olishadi. Qo'zg'algan ichak sindromi bilan xastalanganlarning o'rtacha yoshi, asosan 30-40 yoshni tashkil etadi, lekin yosh bolalarda ham bu kasallik uchraydi. Hozirgi vaqtgacha qo'zg'algan ichak sindromining aniq yagona terminologiyasi adabiyotlarda berilmagan. Oxirgi ma'lumotlarga qaraganda «qo'zg'algan ichak sindromi» yoki "ichakning qo'zg'alish sindromi» va «surunkali spastik kolit» terminlari qo'llanilib kelinmoqda. Qo'zg'algan ichak sindromi terminini De-Lor 1967 yili kiritgan. Qo'zgalgan ichak sindromining tarixi XIX asrga to'g'ri keladi. W. Gumming 1849 yilda kasallikning klinik ko'rinishini yozgan. W. Osier 1892 yilda ushbu holatni shilliq kolit deb tariflagan. Keyinchalik bu kasallikni «spastik kalit» yoki "ichak nevrozi» deb atashgan. O'sha vaqtda keng qo'llanilgan «tashxisot termin» surunkali spastik kolit patologik jarayonni mohiyatini to'liq tasvirlab bermagan, chunki yo'g'on ichak shilliq qavatining yallig'lanishi nazarda tutilgan. Qo'zg'algan ichak sindromidagi gistologik manzara ichakda yallig'lanish jarayonidan ko'proq distrofik o'zgarishlar borligi haqida dalolat beradi. Ushbu kasallik bolalar salomatligiga salbiy ta'sir ko'rsatadi va shifokordan davo va rehabilitasiya dasturlarini yanada takomillashtirishni talab etadi.

Etiologiyasi: Qo'zg'algan ichak sindromi polietiologik kasallik bo'lib, asosan yo'g'on ichakning motorikasi, so'rilishi va sekresiyasini funksional buzilishlarining har xil shakli ko'rinishida kechadi. Etiologik omillar bo'lib salbiy taasurotlar, yuqumli kasalliklar, dori vositalarining ta'siri va ovqatlanish xususiyatlari bo'lishi mumkin. Eksperimental tekshirishlar va klinik kuzatuvlar shuni ko'rsatadiki salbiy taasurot tufayli turli xil stress vaziyatlar ichakning harakat funksiyasiga ta'sir etadi va asab tizimini uzoq vaqt ta'sirlanishi natijasida ichak buzilishlari kuzatiladi. Yo'g'on ichakning yuqori sezuvchanligi markaziy asab tiziminin go'zgaruvchanligi bilan bog'liq, ya'ni kayfiyatning o'zgarishi, ta'sirchanlik, depressiya, giperrefleksiyalar kuzatilishi mumkin. Markaziy va periferik asab tizimidagi o'zgarishlar ichakda qo'zg'alish sindromini rivojlanishida katta rol o'ynaydi. Bemorlarning ko'pchiligida somatoform buzilishlar kuzatiladi bu quyidagi psixopatologik simptomlar ko'rinishida

kechadi: xavf hissiyoti, qo'rqish, depressiya, isterik reaksiya, tushkunlik holatlari va boshqalar kuzatiladi. Qo'zg'algan ichak sindromining rivojlanishiga olib keladigan omillar juda ko'p. Markaziy va vegetativ asab tizimining, ichaklar limfa tizimining buzilishlari, ichaklar mikroflorasining o'zgarishi (disbakterioz), ichaklarda so'rilish jarayonini buzilishi, ruhiy o'zgarishlar, ovqatlanishda kerakli (ballast) mahsulotlarning yetishmovchiligi, ijtimoiy va emosional omillarning mavjudligi ham kasallikning rivojlanishiga sabab bo'ladi. Qo'zg'algan ichak sindromida ingichka va yug'on ichak patologik jarayonda ishtirok etadi. Qo'zg'algan ichak sindromi etiologiyasida ma'lum infeksiyalar qo'zg'atuvchilari aniqlangan: shigella, gepatit B virusi va boshqalar. O'tkir ichak kasalliklaridan keyin ko'pincha ichak va oshqozonning funksional buzilishlari yuzaga keladi, bu vaqtda kolit rivojlanishi ham mumkin. Hozirgi vaqtda yo'g'on ichakning mikroassosiativ buzilishi asosiy etiologik omillardan biri hisoblanadi (ichak disbakteriozi). Ich surguvchi vositalarni uzoq vaqt qabul qilish, doimiy klizmadan foydalanish qo'zg'algan ichak sindromiga olib kelib ichak devorining xemo va baroreseptorlarining ta'sirlanishi natijasida ularning sezuvchanligi yo'qolishiga sabab bo'ladi. Ichak motor-evakuator faoliyatining buzilishi giperkinetik tipda transit vaqtining kamayishi (ich ketishi) yoki giperkinetik tipda transit vaqtining oshishiga (qabziyat) olib keladi. Bu buzilishlar almashilib turadi diareya va qabziyatni keltirib chiqaradi. Nafaqat qo'zg'algan ichak sindromida balki oshqozon-ichak traktining hamma funksional buzilishlarida ta'sirlovchi (stress) holati katta ahamiyat kasb etadi. Qo'zgalgan ichak sindromi bilan og'rigan bemorlarda ko'pincha nevroz yoki psixopatiya kuzatiladi. Ayrim oziq moddalarini ko'taraolmaslik, ovqatlanish rejimi va ritmini buzilishi, oziq mahsulotlarining yetishmovchiligi va tarkibida uglevodlar miqdori ko'p bo'lgan mahsulotlarning ist'emol qilinishi, gipodinamiya shular jumlasidandir. Oziq-ovqat allergiyasi, ovqat mahsulotlariga intolerantlik, malabsorbsiya, ginekokolik kasalliklar bu kasallikning sabablari bo'lishi mumkin.

Patogenezi: Qo'zg'algan ichak sindromida psixoemotsional omillar ta'sirida ichak motorikasida o'zgarishlar va neyrohumoral, mexanik stimulyatsiyaga sezuvchanlik oshadi. Bu o'zgarishlar yopiq (zamknuto'y krug) aylanani barpo etadi. Qo'zgalgan ichak sindromida ko'ndalang ichakning harakat funksiyasining o'zgarishi muhim hisoblanadi. Bemorlar ichakining shilliq qavatida serotonin miqdorining ko'pligi aniqlangan.

Cerotoqsimlanishini buzilganligi natijasida nerv impulsi o'tkazuvchanligi o'zgaradi va ichak qisqarishining kamayishiga sabab bo'ladi. Biomexanik va elektrofiziologik usullarni o'rganish jarayonida qo'zg'algan ichak sindromini quyidagi tiplari aniqlangan: gipersegmentar giperkinez (52% bemorlarda). Past amplitudali to'lqin ta'sirida segmentar qisqarishning oshishi ichak devorini yuqori distonik gipo - yoki akinez (36% bemorlarda) aktivligi bilan xarakterlanadi. Turli xil to'lqinlar spektrlari ta'siri natijasida ichak devorining antiperistaltik giperkinezi (12% bolalarda) - yo'g'on ichakda harakat faoliyatining kuchayishi kuzatiladi. Qo'zg'algan ichak sindromida yo'g'on ichakning funksional holatini enterokolostsintigrafiya usuli bilan tekshirganda ichak mahsulotining yo'g'on ichakning distal qismida o'tishi tezlashishi va proksimal qismida esa sustlashishi aniqlandi. Ichak mahsulotining o'tishini tezlashishi sigmasimon ichakda 49% bolalarda, butun yo'gon ichakda - 17% hollarda aniqlangan.

Qo'zg'algan ichak sindromida og'riq impulslari adashgan nervning afferent nerv qoldiklari qo'zg'alganda paydo bo'ladi. Ushbu nerv qoldiqlariga ta'sir etuvchi har-xil omillar ichakning sekretor va motor funksiyasiga ham ta'sir ko'rsatadi va ich qotishiga yoki diareyaga olib keladi. Og'riq impulslari keyinchalik miyaga ham o'tkaziladi. Hozirgi zamon gipotezasiga binoan qo'zg'algan ichak sindromida abdominal og'riqni kelib chiqishini markaziy asab tizimidagi og'riq impulslarining paydo bo'lishi va ularni nazoratini buzilishi bilan bog'lashadi.

Tasnifi:

F. Weber va R. McCallum 1992 yilda taklif etishgan tasnifiga binoan qo'zg'algan ichak sindromining 3 ta asosiy varianti farqlanadi:

- 1) diareya bilan kechadigan varianti (diareya boshqa belgilarga nisbatan ustunlik qiladi);
- 2) qabziyat ustunlik qiladigan variant;
- 3) meteorizm va qorinda og'riq ustunligi bilan kechadigan varianti.

Qo'zg'algan ichak sindromida axlat yong'oqsimon, qattiq, lentasimon, ko'p miqdorli (polifekaliya), juda suyuq bo'lishi mumkin. Kasallikda anal sfinkterining disfunksiyasi tufayli imperativ chaqiriklar kuzatiladi va bemorlar juda qiynalishadi. Ushbu kasallikda bemorlarning tana vazni kamaymaydi yoki aksincha ko'payishi ham mumkin, juda kam holatlarda ozg'inlik kuzatiladi.

Klinik manzarasi

1988 yili Rimda o'tkazilgan halqaro ishchi yig'ilishida qo'zg'algan ichak sindromiga quyidagicha ta'rif berildi: qo'zg'algan ichak sindromi funksional - buzilishlar majmuasi bo'lib, 3 oydan ko'p davom etadi va asosiy klinik belgilari bo'lib defekasiyadan so'ng qorindagi og'riqning kamayishi, meteorizm, quldirash, ichaklarning to'la bo'shamaslik hissi yoki defekasiyaga yolg'on chaqiriqlar, qabziyat, ich ketishi va ularning almashinib turishi bilan kechadi. Qo'zg'algan ichak sindromining engil shaklida kasallikni yashirin kechishi kuzatiladi. Mutaxassisga murojat etayotgan bemorlarning 3/1 qismi ushbu kasallikka oid shikoyatlarni paydo bo'lganiga 5 yildan oshganligini ta'kidlashadi. Bemorlarning ko'pchiligida kantserofobiya bo'ladi. Bemorlarning kasallik anamnezi, shikoyatlarining o'zgaruvchanligi, bemorlarning ahvolini yomonlashishi psixoemotsional omillarga bog'liqligi aniqlangan. Qo'zg'algan ichak sindromi bilan kasallangan bemorlarda psixologik o'zgarishlar har xil bo'lishi mumkin. Ularda ko'proq patologik havf va dipressiya holatlari kuzatiladi. Bemorlarda migrenga o'xshagan bosh og'riqi, holsizlik, yomon kayfiyat, uyquchanlik va ishtaha buzilishi kuzatiladi. Qo'zg'algan ichak sindromida asosiy belgi bo'lib qorinda og'riq hisoblanadi. Og'riq intensivligi har xil mumkin: engil diskomfortdan boshlab sanchiq va kuchli og'riqgacha bo'ladi. Og'riq bir necha daqiqadan bir necha soatgacha davom etadi. Bemorlarni qorin damlashi, tumtoq, to'lg'oqsimson og'riq bezovta qiladi. Og'riq lokalizatsiyasi har xil bo'lishi mumkin. Ko'pincha og'riq qorinning pastki qismida, chap tomonda kuzatiladi va bir tomondan ikkinchi tomonga ko'chishi mumkin. Qo'zg'algan ichak sindromida asosiy farqlovchi belgi bo'lib og'riq va diareyani tungi vaqtda bo'lmasligi hisoblanadi. Bemor uxlaganda og'riq yo'qoladi va uyg'onganda asta-sekin yana paydo bo'ladi. Bemorlarning 3/1 qismida ovqatdan so'ng og'riq kuchayadi va bu holat ovqat xarakteri bilan bog'liq bo'lmaydi. Emosiya va stress og'riqni kuchaytiradi. Og'riqning kuchayishi jismoniy zo'riqish bilan ham bog'liq. Qo'zgalgan ichak sindromida bemorlarning axlati o'zgaradi. Qabziyat doimiy bo'lishi mumkin yoki ich ketish bilan almashilib turadi. Qabziyat yo'g'on ichakning neyroimpulsiv motorikasini kuchaytiradi. Hozirgi vaqtda xalqaro tekshiruv guruhi o'tkazgan tekshirishlariga binoan qabziyat tashxisi qo'yilishdan oldin quyidagilarga e'tibor berish lozim: Defekasiya vaqtidagi doimiy kuchanish. Axlatning qattiqlashishi. Ichakning to'liq

bo'shamaslik hissi. Bir haftada 2 yoki undan ham kam defekasiya kuzatilishi. Qabziyat ko'p kasalliklarning belgisi bo'lib hisoblanadi. Qabziyatning 4 xili mavjud:

1. idiopatik qabziyat (yug'on ichakning motor va evakuator funksiasining buzilishi bilan bog liq);
2. to'g'ri ichakning mexanik obturasiyasi bilan bog'liq qabziyat;
3. medikamintoz qabziyat;
4. kolostaz (ruhiy hastaliklarda, miya jarohati va insult bo'lgan bemorlarda kuzatiladi).

Qabziyatni xar-xil farmakologik preparatlar ham keltirishi mumkin: amitriptilin, antasidlar, antidepressantlar, nosteroid yallig'lanishga qarshi vositalar, diuretiklar, temir preparatlari, sitostatiklar.

Qabziyatning sabablari: mexanik (abdominal mushak bosimining pasayishi o'pka emfizemasi, assit, semizlik), gastroduodenal (seliakiya, spru, yo'g'on ichak stenoz va divertikulyozi, sklerodermiya, anal kanal kasalliklari), neyrogen (Girshprung kasalligi, Parkinson kasalligi), metabolik-endokrin (qandli diabet, gipotireoz, gipokaliemiya, qalqonsimon bezi oldi adenomatozi) giperkalsiemiya, medikamentoz bo'lishi mumkin.

Diareya qo'zg'algan ichak sindromida surunkali bo'lib hisoblanadi ya'ni 2 haftadan ko'p davom etadi va qaytalanuvchi xarakterga egadir.

Qo'zg'algan ichak sindromida diareya turlicha ko'rinishda bo'ladi:

- Yashirin klinik ko'rinishidagi diareya;
- Yaqqol og'riqsiz diareya;
- Ogriq bilan kechadigan qabziyatning diareya bilan almashishi.

Qo'zg'algan ichak sindromida belgilar ko'p bo'lishiga qaramasdan eng ko'p uchraydigan belgilar qorinda og'riq (80-90%) va diareya hisoblanadi. Ushbu kasallikdagi simptomatika ichak motorikasining buzilishi va vistseral sezuvchanligi kuchayishi bilan bog'liq. Qo'zg'algan ichak sindromida qorinda og'riq, defekasiyaning buzilishi va qorin damlashi belgilarining ustunligiga qarab kasallikning quyidagi 3 ta variantlari tasniflanadi:

- Abdominal og'riq va meteorizm;
- Qabziyat;
- Diareya.

Birinchi bo'lib qo'zg'algan ichak sindromining klinik belgilarini 1978 yilda Manning ta'riflagan va 6 ta klinik mezonlarni taklif etgan.

Qo'zg'algan ichak sindromining boshqa kasalliklardan farq qiladigan asosiy diagnostik mezonlari Manning mezonlari hisoblanadi.

Manning mezonlari:

- Defekasiyadan so'ng og'riqni pasayishi;
- Axlal chiqishining og'riq bilan kechishi;
- Qorinda dam kuzatilishi;
- Axlalda shilliq aralashmasini bo'lishi yoki shilliq aralashma va yolg'on chaqiriklar bo'lishi;
- Ichaklarda to'la bo'shamaslik hissi.

Kasallikning boshlanishida ichakning tez-tez qisqarib turishi. Qo'zg'algan ichak sindromining klassik mezonlari bo'lib hisoblanadigan belgilar: qorinda quldirash, meteorizm, defekasiyadan so'ng abdominal og'riqning pasayishi, defekasiyaning buzilishi, qorinda og'riq va ko'zga ko'rinarli ichak peristaltikasi. Og'riq vaqtida defekasiyaga chaqiriqlar, axlatda shilliq bo'lishi, defekasiyadan so'ng ichaklarning to'la bo'shamaslik hissi kuzatilishi mumkin. Bemorlarda ko'pincha qorinda kuchli og'riq kuzatilgan vaqtda ular darhol kasalxonaga yotqiziladi va og'riq intensivligi pasayganda «ichak kolikasi» tashxisi javob beriladi. Og'riqning lokalizatsiyasi har xil bo'ladi va doim ham qorin sohasida kuzatilmaydi. Og'riq ko'krak sohasidan boshlab bolaning sonigacha, oldi yoki orqa tomonida ham bo'lishi mumkin. Ushbu og'riqlarning defekasiya bilan bog'liqligi aniqlangan. Defekasiyadan so'ng og'riqlar pasayadi yoki yo'qoladi. Ushbu sindromda meteorizm flatulensiya (gazlarni kuchli chiqarilishi) bilan birgalikda kechishi mumkin. Meteorizm davomiy va doimiy bo'lmaydi, parhez buzilganda kuzatiladi va tezda tarqaladi. Ichak disfunktsiyasi kasallikning asosiy belgilaridan biri bo'lib hisoblanadi, lekin bolalar bunga unchalik ahamiyat berishmaydi. Shifokor shuni e'tiborga olgan holda bemordan axlatning shakli, xarakteri, soni, shilliq bor yoki yo'qligini so'rab surishtirishi lozim. Hozirgi vaqtda Bristol vizual shkalasi bo'yicha axlatning 7 ta varianti (shakli) ajratiladi. Ularga qarab bemor o'zining axlati qanaqaligini aniqlaydi. 1 va 2-chi variantlari axlatning sekinlashganini, 6-chi va 7-chi tezlashganligini va 3-chi va 4-chisi normal variant ekanligini bildiradi. Qo'zg'algan ichak sindromining klinik xususiyatlari:

- uzoq kechuvchi va bilinar-bilinmas progressivlanuvchi sindrom
 - bemorning shikoyatlarining xilma-xilligi
 - shikoyatlarning o'zgaruvchan xarakterda bo'lishi

- bemorning ahvolini yomonlashishi psixocemotsional omillar bilan bog'liq
- kechasi og'riq va ichak buzilishlarini bo'lmasligi
- «xavf belgi» larining bo'lmasligi.

Tashxisoti

1999 yili halqaro ishchi guruh qo'zg'algan ichak sindromining klinik mezonlarini Rim mezonlari II deb belgiladi. Shuni ta'kidlash lozimki, qo'zg'algan ichak sindromida klinik mezonlardan tashqari asosiy e'tiborni tashxis qo'yishda "xavf belgilariga» berish lozim. Ushbu belgilar ichakning organik kasalliklarini inkor etishga yordam beradi:

1. anamnezida to'g'ri ichakdan qon ketishi
2. tana og'irligining kamayishi
3. isitma
4. tungi simptomatika
5. avlodida ichaklarda yalig'lanish kasalliklari yoki yo'g'on ichak o'smasi bo'lishi.

Qo'zg'algan ichak sindromi bilan kasallangan bemorlarni tekshirganda bemorlarning umumiy ahvoli kasallikning belgilari ko'pligiga qaramasdan yaxshi bo'ladi. Ushbu kasallikda "xavf belgilari» (axlatida qon bo'lishi, isitma, sababsiz ozg'inlik, anemiya va EChT ni ko'payishi) bor yoki yo'qligiga albatta e'tibor berish lozim. Qo'zg'algan ichak sindromi bilan kasallangan bemorlarga qonning umumiy va biokimyoviy tahlillari, rektoromanoskopiya, kolonoskopiya va irrigografiya o'tkaziladi. Ko'rsatma bo'yicha gastroduodenoskopiya bilan birgalikda biopsiya o'tkaziladi. Ichakdan tashqaridagi va retroperitoneal o'zgarishlarda UTT, kompyuter tomografiyasi, angiografiya o'tkazilishi lozim. 1999 yili noyabrda Rimda qo'zg'algan ichak sindromining tashxisot mezonlari bo'yicha xalqaro konsensus qabul qilingan.

Hozirgi vaqtda qo'zg'algan ichak sindromida qo'llaniladigan tashxisot mezonlari (Rim mezonlari III).

Asosiy belgilar: diskomfort holati yoki qorindagi og'riq oxirgi 3 oyda eng kamida 1 oyda 3 kun davomida kuzatilishi, og'riqni defekasiyadan so'ng kamayishi, og'riqni axlatni shaklini o'zgarishi bilan bog'liqligi, defekasiya vaqtida kuchanish qo'zg'algan ichak sindromi haqida dalolat beradi.

Qo'zg'algan ichak sindromi tashxisini tasdiqlovchi belgilar:

- Axlal soni 1 haftada bo'lmasligi
- Axlal soni 1 haftada 3 martadan ko'p
- Axlal konsistensiyasi qattiq
- Bo'tqasimon (yumshoq) axlat yoki axlatning suvday bo'lishi
- Yolg'on chaqiriqlar
- Axlalda shilliq bo'lishi
- qorin damlashi

Qiyosiy tashxis: Qo'zg'algan ichak sindromida qiyosiy tashxisni bemorda qabziyat yoki diareya bo'lishiga qarab o'tkazish lozim. Diareya kuzatilganda diareyani infeksiyon genezli diareya, yo'g'on ichak yalig'lanish kasalliklari (yarali kolit, Kron kasalligi), oshqozon osti bezi funksiyasi yetishmovchiligi, kalta ichak sindromi, ich surguvchi vositalar qabul qilish, to'g'ri ichak o'smasi kartsinoid sindromi, Zollinger-Elisson sindromi, gipertireoz, laktaza yetishmovchiligi, seliakiya, ovqat allergiyasi, intestinal limfoma, amiloidoz va diabetik enteropatiyalar bilan qiyosiy tashxis o'tkazish kerak. Bemorda qabziyat va qorinda og'riq bo'lgan vaqtda quyidagi kasalliklar bilan qiyosiy tashxis o'tkaziladi: divertikulit, appendisit, xolesistit, o't-tosh kasalligi, oshqozon va 12-barmoqlili ichak yara kasalligi, oshqozon o'smasi, oshqozon osti bezi va yo'g'on ichak raki, qo'rg'oshindan zaharlanish, ishemik kolit, churra, endometrioz, yurak ishemik kasalligi va urogenital kasalliklar.

Kron kasalligining klinik manzarasini nospetsifik yarali kolit bilan umumiy o'xshashlik tomonlari ko'p (diareya 80%, melena 50%, tana vaznining yo'qotilishi 85%, o'sishning to'xtashi 35%), lekin kasallikning kechishi sust va torpid, uzoq vaqt qon ketishi yashirin tarzda bo'lishi mumkin. Anal va perianal sohaning zararlanishi paraproktit, oqma, surunkali chuqur yoriq kuzatilishi mumkin.

Dizenteriya o'tkir boshlanadi, intoksikasiya belgilari tez yuzaga chiqadi, zamonivay antibiotiklar bilan davolash samara beradi. Diareya yuqolgandan keyin ichaklar endoskopik tekshirilganda yara va eroziyalar ko'rinmaydi. Nospesifik yarali kolitda kasallikning boshlanishi asta-sekin bo'ladi. Birinchi belgilardan bittasi shakllangan axlatda qon bo'lishi, kam hollarda axlatni bo'tqasimon, suyuq bo'lishi va 1-2 oydan keyin axlatda shilliq va qon bo'lishi mumkin.

NYaK da endoskopik manzara: kasallikning darajasi va faolligiga qarab farqlanadi. Kasallikning qo'zg'alish davrida ichak shillik qavati shishgan, qizargan, tomir to'ri yo'qolgan, kontakt qon ketishi xarakterlidir.

Davosi: Qo'zg'algan ichak sindromida davolash o'tkazishda psixosomiy muhitni yaxshilash, to'liq rasional ovqatlanish, jismoniy faollikni oshirish, ichakning motor funksiyasini faoliyatini normallashtirishga qaratilgan chora-tadbirlar va fizioterapevtik usullarni qo'llash katta ahamiyat kasb etadi. Parhezda uglevodlar miqdorini kamaytirish, sut, kletchatkaga boy mahsulotlarni, marinadlar, dudlangan mahsulotlar, gazli ichimliklarni cheklash lozim. Qabziyat vaqtida shakarni ksilit, sorbit bilan almashtirish kerak. Qaroli, turshak, anjir, asal tavsiya etish mumkin. Medikamentoz terapiya yuqoridagi chora-tadbirlar natija bermagan hollarda qo'llaniladi.

Qo'zg'algan ichak sindromida og'riq vaqtida tavsiya etiladi:

- spazm va og'riqni kamaytiruvchi enkefalin retseptorlari stimulyatorlari:

- trimebutin (debridat) 5 yoshgacha bo'lgan bolalarga 20-25 mg (1 choy qoshiq), 5-10 yosh - 40-50 mg, 10 yoshdan kattalarda 100 mg 2-3 marta.

- kalsiy kanallarining blokatorlari - disetel, spazmomen 1 tabletkadan 2-3 marta kuniga.

- silliq mushaklar spazmolitiklari - spazmomen, noshpa, papaverin 1 tabletkadan 2-3 marta kuniga.

- xolinolitiklar - platifillin, buskopan, belladonna preparatlari. Meteorizm vaqtida simetikon, espumizan, Sab-simpleks, draje yoki tomchida 2-3 marta kuniga. Preparat ichakdagi gaz pufakchalarini yorilishiga yordam beradi. Qo'zg'algan ichak sindromida qabziyat vaqtida quyidagi dori vositalari qo'llaniladi:

- mukofalk, psillium

-osmotik ich surguvchilar (forlaks, laktuloza)

-prokinetiklar (sizaprid)

Qo'zg'algan ichak sindromida ich ketishi ustunlik qilgan vaqtida tavsiya etiladi:

- adsorbentlar (aktivlashtirilgan ko'mir, smekta, xolestiramin).

- Bog'lovchi (tanin, qayn daraxtining po'sti (kora duba), Chernika va cheremuxa mevalari.

-diareyaga qarshi (loperamid, imodium).

Ko'pchilik bemorlarda ichak biosenozining o'zgarishlari kuzatiladi, shuning uchun mikroflorani normallashtiruvchi preparatlar tavsiya etiladi. Shu maqsadda probiotiklar tavsiya etiladi (biform, lineks,

enterol) va probiotiklar (laktuloza 5-10 ml) 3-4 haftalik kursi. Qo'zg'algan ichak sindromida pankreatik fermentlarni tavsiya etishga to'g'ridan to'g'ri ko'rsatma yo'q, lekin o't komponentlari va gemitsellyuloza saqlovchi ferment preparatlari tavsiya etiladi (festal, digestal) va ular yaxshi klinik natija beradi. 1 drajedan 3 mahal ovqat vaqtida yoki ovqatdan so'ng 1-3 oy davomida tavsiya etiladi. Qo'zg'algan ichak sindromi depressiya simptomlari bilan kechsa antidepressantlar buyuriladi (fevarin 50 mg sutkada kechasi) kurs davomiyligi 1-6 oygacha. Vegetativ disfunktsiyalar yaqqol namoyon bo'lgan vaqtida o'simlik preparati tanakan tavsiya etiladi. Umuman olganda qo'zg'algan ichak sindromining «oltin standart» bo'yicha davosi yo'q. Davolash tadbirlarida psixo-vegetativ funksiyalarni korreksiyalash uchun kam miqdorda antidepressantlar berilsa og'riqni pasaytirishga yordam beradi. Qo'zg'algan ichak sindromida bifidobakteriyalarning yetishmaganligi va shartli patogen mikroorganizmlar ko'payishi, ichak tayoqchalarini fermentativ xossalarni o'zgarishiga olib keladi. Shunga ko'ra davolash rejasiga probiotiklar, tarkibida bifido va laktobakteriyalar bo'lgan dori vositalarni tavsiya etish yuqori samaradorlikni beradi. Diareyaga qarshi tavsiya etilgan vosita loperamid (imodium). Bunday hollarda antixolinergetik va spazmolitik vositalar ham qo'llaniladi. Diareyada o't kislotalarini so'rilishi buzilganda xolestiramin yaxshi natija beradi. Qabziyat kuzatilganda ich surguvchi vositalar hamma vaqt ham yaxshi natija bermaydi. Oxirgi yillarda yo'g'on ichak motorikasini normallashtirish maqsadida kalsiy ion antagonistlari muvaffaqiyatli ishlatiladi. Ushbu vositalar oshqozon-ichak traktiga selektiv ta'sir o'tkazadi. Ushbu vositalarining asosiy terapevtik afzalligi shundaki yurak qon-tomir tizimiga nojo'ya ta'sir ko'rsatmaydi va ichak peristaltikasining buzilmasligini ta'minlaydi. Hozirgi vaqtda serotoninergik preparatlar keng qo'llaniladi. Shuni aytish lozimki, serotonin turli xil retseptorlar bilan to'g'ri qarama-qarshi ta'sir ko'rsatadi, shuning uchun ham davolashda maxsus serotonin reseptorlarining antagonistlaridan foydalaniladi.

Dispanser nazorati: Dispanser nazorat 3 yil davomida olib boriladi. Bemor to'liq klinik-instrumental tekshirishlardan o'tkazilgandan keyin patologik o'zgarishlar kuzatilmasa dispanser hisobidan chiqariladi. Bolalar gastroenterologining ko'rigi 1 yilda 2 marta o'tkaziladi, pediater tomonidan - 3 oyda 1 marta; boshqa mutaxassislar ko'rigi - ko'rsatma

bo'yicha tashkil etiladi. Residivga qarshi davo yilda 2 marta tavsiya etiladi.

Oqibati: Qo'zg'algan ichak sindromi bilan kasallangan bolalarga o'z vaqtida diagnostika va davo o'tkazilsa yaxshi oqibatli bo'ladi. Biroq bemorlarni davolash mutaxassis tomonidan katta e'tiborni talab qiladi. Psixonevrolog konsultasiyasi ham birgalikda olib borilishi lozim. Ushbu kasallik bemorlarda fizioterapevtik muolajalar, ichak gidroterapiyasi va sanator-kurort davoni o'tkazish uchun ko'rsatma hisoblanadi.

IX BOB. BOLALARDAGI SURUNKALI GASTRITLAR VA GASTRODUODENTLAR

Oshqozon, gestasion davrning 3-haftasida oldingi ichakdan lokal urchuqsimon kengayma sifatida hosil bo'ladi. Intensiv ravishda o'sadi. Dastlab oshqozon chuqurchalari kichik egrilik sohasida rivojlanishning 7-haftasida paydo bo'ladi. Keyinchalik oshqozon chuqurchalari soni ko'payadi. Pilorik sfinktor 12- haftada, kardial sfinktor esa 16-haftadan shakillana boshlaydi. Bola hayotining birinchi yoshining oxirida oshqozon hajmi uch barobar kattalashsa, 4-5 yoshlarda 6 marttagacha kattalashadi, 10 yoshda -10 marttagacha kattalashsa, 20 yoshga borib oshqozon hajmi 24 marttagacha kattalashadi. Oshqozonning o'sish tezligi bo'y o'sishidan ancha tez bo'ladi. Yosh o'shishi bilan oshqozon shilliq qavati yuzasining oshishi ham kuzatiladi. Bola tug'ilganidan keyin 3 oylikda oshqozon shilliq qavati marttagacha, 6 oylikda-4, 2 yoshda 5 marttagacha oshishi kuzatilsa 15 yoshda 10 marttagacha kattalashadi. Oshqozon shilliq qavati epiteliysining regenerasiya vaqti 12-24 soatni tashkil etadi. Oshqozonning fiziologik sig'imi odatda anatomik hajmiga nisbatdan kichikroq bo'lib, yangi tug'ilgan chaqaloqlarda 7 ml ni tashkil etadi. Bir yoshning oxirida uning hajmi 250 ml ni tashkil qiladi. Bola tug'ilganida oshqozonning bazi qismlari to'liq shakillanmagan bo'ladi. Yangi tug'ilgan chaqaloqda oshqozon tubi va kardial qismining kuchsiz rivojlanishi kuzatiladi. Qizilo'ngach nisbatdan kalta bo'lib, oshqozonning ustidagi qopchasimon kengaymaga ochiladi, oshqozonning kirish qismi diafragma ustida, ko'krak qafasida joylashadi va qizilo'ngachning kengaygan diafragmal qismi (hiatus esophageus) bilan tutashadi. Oshqozon kardial sfinktorining bunday uziga xos tuzilishi yangi tug'ilgan chaqaloqlarda ko'p qusish bilan namayon bo'ladi. Oshqozon kardial qismining shakillanishi 8 yoshlarga borib tugallanadi.

Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda oshqozon shilliq qavati (tunica mucosa) nisbatdan qalin. Oshqozon kirish qismidagi burmalar bola hayotining 8-9 oyiga borib rivojlanadi. Oshqozon kanali yaxshi rivojlangan. Yosh oshishi bilan oshqozon chuqurchalari soni ham oshadi. Bu chuqurchalarga oshqozon bezlarining yo'llari ochiladi. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda taxminan 200 ming chuqurcha bo'lsa, 3 oylikda -700 mingta, 5 oylikda-2 mln 300 mingta, 6 yoshdan 14 yoshgacha -1 mln 700 mingta, 15 yoshga borib 4 mln ga yetadi. Qoplovchi va asosiy hujayralar prenatal davrda paydo bo'ladi, biroq oshqozon bezlari bola tug'ilishida

morfologik va funksional jihatdan yetilmagan hisoblanadi. 1 kg tana vaznga 150-200 ming bez to'g'ri keladi, bu esa katta yoshdagi odamlardan 2,5 barobar kam. Bola enteral ovqatlanishga o'tishi bilan oshqozon bezlari soni ham osha boshlaydi. 2 oylik bolada bezlar soni 3,5-4 marttaga ko'payadi. 2 yoshli bolada bezlar soni 8 mln ga yetadi, 6 yoshda- 10 mln, 15 yoshda- 18 mln va katta yoshdagi kishilarda 25 mlnga yetadi.

O'n ikki barmoqlili ichak (duodenum) - yangi tug'ilgan chaqaloqlarda uning uzunligi 7,5-10 sm bo'lib, yosh oshishi bilan uning uzunligi nisbatdan sekin oshadi (katta yoshdagilarda o'n ikki barmoqlili ichakning uzunligi 24-30 sm ni tashkil qiladi). O'n ikki barmoqlili ichakning sfinkter apparatini bulbo-duodenal (Kapandji) va medioduodenal (Oksner) sfinkterlar tashkil etadi. Medioduodenal sfinkter yordamida o'n ikki barmoqlili ichak ko'tariluvchi qismining pastki bo'limida yuqorigi va pastki bo'limlardan farqli izolirlangan alohida bosimi past bo'shliq hosil bo'ladi. O'z navbatida o'n ikki barmoqlili ichakning ko'tariluvchi qismida ichakning boshqa bo'limlariga nisbatdan bosim past bo'lib, bu bulboduodenal va Oksner sfinkterlarining borligi bilan bog'liq.

O'n ikki barmoqlili ichak shilliq qavatining reliefi oshqozon relefidan farq qiladi. Halqali burmalar ko'ndalang joylashgan bo'lib, safro sabab sariqroq tusga ega. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda katta yoshdagi bolalarga nisbatdan burmalar pastroq tuzilishga ega. Piyoza qismining burmalari ichakning bulboduodenal va ko'tariluvchi qismi burmalariga nisbatdan past.

Surunkali gastrit (SG) - bu oshqozon shilliq va shilliq osti qavatining surunkali yallig'lanishli qaytalanuvchi kasalligi bo'lib, u hujayra infiltrasiyasi, fiziologik regenerasiya buzilishlari bilan birga kechadi. SG notug'ri davolanganda 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 sifatida kuzatiladi. Ko'pincha duodenit-gastroduodenit bilan birga keluvchi antral gastrit uchraydi. SG tarqalishi juda keng bo'lib - qarib yer aholisining 30 dan 50% gacha bu kasallik bilan xastalangan. Bolalardagi ovqat hazm qilish tizimi kasalliklari ichida oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak kasalliklari eng ko'p tarqalgan va bolalar gastroenterologik patologiyalari strukturasi 58-65% ni tashkil etib, har 1000 ta bolaning 100-150 tasida uchraydi. *Helicobacter pylori* (HP) ning bolalarda surunkali gastrit va

yara kasalligi etiologiyasidagi yetakchi o'rni isbotlanganligiga qaramasdan patologik jarayon vujudga kelishiga va uning rivojlanishiga amalga oshishiga tasir qiluvchi xavf omillarini ham inobatga olish darkor.

SG paydo bo'lishida ekzogen xavfli omillar:

- alimentar - "quruq ovqat", o'tkir va qovurilgan ovqatlarni ko'p istemol qilish, rasionda oqsil va vitaminlarning yetishmovchiligi, ziravorli qo'shimchalarni ko'p ishlatish, ovqatlanish tartibini buzilishi va boshqalar.

- ruhiy emosional omil - stress, depressiya

- ekologik omillar: atmosfera holati, ovqatda nitratlar mavjudligi, yomon sifatli ichimlik suvi

- dori vositalari - nosteroid yallig'lanishga qarshi dorilar (indometasin, atsetilsalisil kislotasi, kortikosteroidlar va h.)

- zararli odatlar - chekish, alkogol

- parazitlar infeksiyalar (asosan lyamblioz)

- ovqat allergiyasi va malum oziq mahsulotlarini ko'tarolmaslik

- tish-jag' tizimining tez-tez kasallanishi

- gormonal disfunktsiyalar

SGning endogen omillari:

- HP-infeksiyasi

- safroning oshqozonga reflyuksi -endokrin tizim buzilishlar.

Yuqori samarali terapevtik texnologiyalar, endoskopiya, oshqozon shilliq qavatini morfologik tekshiruv, bazi biokimyoviy va bakteriologik uslublarning rivojlanishi gastritni quyidagi mustaqil turlarga ajratish imkonini berdi (Sidney tasnifi (2000)).

A turidagi gastrit (endogen, autoimmun gastrit).

Endogen gastrit oshqozonning qoplovchi hujayralariga nisbatan autoantitanachalar ishlab chiqarilishi natijasida paydo bo'ladi. Bolalarda bu turdagi gastrit kam uchrab barcha turlarining 1-3% ni tashkil qiladi. Gastritning ushbu varianti uchun oshqozonning tanasi va tubida joylashgan birlamchi atrofik o'zgarishlar, oshqozon sekresiyasining kamayishi, qonda gastrin miqdorining ko'payishi xos.

B turidagi (bakterial) gastrit HP-assosiirlangan gastrit. Bolalarda ushbu gastrit shakli barcha gastroduodenal patologiyalarning 80-85% ni tashkil etadi. B turidagi SG patogenezida persistirlanuvchi HP infeksiya yotadi, bu ko'pchilik bemorlarning oshqozoni pilorik bo'limida ushbu mikroorganizm topilishi bilan tasdiqlanadi. Infeksiya yuqishi

peroral ovqat bilan yoki endoskopik muolajalar, zondlash vaqtida sodir bo'lishi mumkin

C turidagi gastrit (reaktiv, kimyoviy gastrit, reflyuks-gastrit).

C gastrit patogenezida hal qiluvchi o'rinni o't kislotalari tushishi bilan kechadigan va oshqozon shilliq qavatini hamda epiteliyni shikastlovchi duodenogastral reflyuks egallaydi. Ushbu variantning boshqa sabablari orasidan yetakchi o'rinni nosteroid yallig'lanishga qarshi dorilar (asetilsalisil kislota va boshq.) egallaydi. Nosteroid yallig'lanishga qarshi dorilarning antiprostoglandinli tasiri oqibatida bikarbonatlar va shilliq ishlab chiqarilishi to'xtatiladi, keyinchalik eroziyalar, mikrosirkulyasiya buzilishlari rivojlanadi. Bolalardagi SG odatda irsiy moyillik va yuqorida ko'rsatilgan xavf omillari mavjudligida paydo bo'ladi. SG klinikasi turli-tuman va oshqozonning sekretor, evakuator funksiyalari buzilishi xususiyati, bolaning yoshi va bola organizmi xususiyatlariga bog'liq.

Qo'zg'alish davrida xlorid kislotalari sekresiyasi bilan bog'liq SG ning quyidagi klinik xususiyatlari qayd qilinadi: xlorid kislotalarining kuchaygan (yoki normal) sekresiyasida (ko'pincha B turdagi gastrit).

Og'riq sindromi: jadal va davomli, ovqat istemol qilish bilan bog'liq bo'lgan og'riqlar xos. Ertalabki og'riqlar fundal gastrit uchun, kechqurungi og'riqlar esa antral gastrit uchun xos. Tungi vaqtdagi og'riqlar yil fasli, parhez buzilishi bilan aniq bog'liqlik yo'q. Katta yoshdagi bolalarda paypaslash vaqtida epigastral sohada va piloroduodenal zonada o'rta miyona og'riq qayd qilinadi.

Dispeptik sindrom: "achchiq" kekirish, havoli kekirish, jig'ildon qaynashi, ko'ngil aynishi, ich qotishlarga moyillik. Nospetsifik intoksikasiya va asteniya sindromlari o'zgaruvchan bo'ladi. Vegetativ o'zgaruvchanlik, jizzakilik, ruhiy va jismoniy zo'riqishlarda tezda charchash kabilar kuzatiladi. Xlorid kislotalarining kuchsiz sekresiyasida (ko'pincha A turidagi gastrit) og'riq sindromi kuchsiz ifodalangan, epigastral sohada simillovchi tarqoq og'riqlar xos. Ovqatdan so'ng qorinning yuqori qismida og'irlik va to'lish sezgisi; og'riqlar ovqat sifati va hajmiga bog'liq ravishda paydo bo'ladi va kuchayadi. Paypaslashda epigastral sohada kuchsiz "tarqoq" og'riqlilik seziladi.

Dispeptik sindrom og'riq sindromidan ustun keladi. Ovqat bilan kekirish, ko'ngil aynishi, og'izda achchiq his qilish, ishtaha pasayishi, meteorizm, o'zgaruvchan ich kelishi kuzatiladi. Pasaygan sekretor faollikka ega gastritda bazi ovqat mahsulotlariga (bo'tqa, sutli ovqatlar va

h.k) ishtahasizlik kuzatiladi. Nospetsifik intoksikasiya sindromi ancha ifodalangan, asteniya ustun keladi. Bemorlar rangpar, ovqat hazm bo'lishining oshqozon bosqichi buzilishi va oshqozon osti bezi tomonidan ikkilamchi buzilishlar natijasida tana vazni kamaygan, og'ir hollarda poligipovitaminoz ko'rinishlari, kamqonlik paydo bo'ladi. Mamlakatimiz pediatriya 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 meda ichi pH-metriyasidir. Bu uslub oshqozonning tanasi va antral bo'limi pH ni aniqlash imkonini beradi. Oshqozon tanasi normal pH och qoringa 5 yoshdan katta bolalarda 1,7-2,5 ni tashkil qiladi, gistamin yuborgandan keyin - 1,5-2,5 ga teng bo'ladi. Kislotani neytrallovchi medaning antral bo'limi 5 dan katta pH ga ega (Shabalov M.P., 1999). Yani oshqozonning tanasi va antral bo'limlari pH farqi normada 2 dan ko'pligi kompensasiyalangan holatni ko'rsatadi. Ushbu farqning kamayishi antral bo'limning neytrallovchi xossasi pasayishidan va o'n ikki barmoqli ichak kislotalanganligidan (dekompensasiyalangan holat) dalolat beradi. Bazi, meda ichi pH-metriyasini amalga oshirish imkoni yo'q davolash-profilaktik muassasalarda oshqozonning pH ni tekshirish turli qitqlovchilar yordamida fraksion usulda olib boriladi. SG tushunchasi klinik-morfologik tashxis bo'lib, oshqozon zararlanishining eng to'liq manzarasini medaning antral, fundal bo'limlari va burchagi biopstatlarini kompleks o'rganish orqali aniqlash mumkin. Takidlash joizki, yetakchi gastroenterologlar nuqtai nazaridan oshqozonni morfologik tekshiruvdan o'tkazmasdan gastrit tashxisini qo'yish qonunga to'g'ri kelmaydi. Morfologik tekshiruvgacha dastlabki tashxis sifatida "yarasiz dispepsiya" terminini qo'llash tavsiya etiladi. SG ni zamonaviy tekshiruv sxemalari gastrit turi, oshqozonning sekretor funksiyasi, bola yoshi, vegetativ nerv tizimi holati va uning ruhiy-emotsional ahvoliga bog'liq bo'ladi. Bolalardagi qorin og'riqlarining ko'pchiligi psixogen xususiyatga ega ekanligi inobatga olinsa - SG tashxisini endoskopik va gistologik verifikasiya qilish kerak va faqat shundan keyingina birga qo'shib kelgan gastroenterologik, somatik va ruhiy-somatik patologiyalarni inobatga olibgina terapiyani boshlash zarur.

A turidagi gastritni davolash tamoyillari. Oshqozon kislotaligini meyorlashtirishga qaratilgan o'rin bosuvchi terapa, shuningdek oshqozon

shilliq qavati atrofik jarayonlarini kompensasiyalashga qaratilgan terapiya o'tkaziladi.

Terapiyaning asosiy yo'nalishi - davolovchi ovqatlanishdir. Qo'zg'alish bosqichida oshqozon shilliq paradasini funksional, mexanik, termik va kimyoviy asrashni taminlovchi №1a parhezi va 5-6 martalik ovqatlanish tayinlanadi. Rasionda oshqozon shilliq paradasini qitiqlovchi ovqatlar (tuzlangan, dudlangan, seryog' sho'rva, marinad, o'tkir ziravorlar, qovurilgan go'sht va baliq) bo'lmasligi kerak. Bemorlar ko'pincha qaymog'i olinmagan sutni, uzum sharbatini, qaymoqni ko'tarolmasligi inobatga olinsa ularni rasiondan chiqarib tashlash zarur. Tuz, quyuq choy va qahva, ularning suniy turlarini istemol qilish cheklanadi. Yallig'lanish bartaraf qilinishi bilan fundal bezlarni funksional stimulyasiyasi sekin asta oshirib boriladi. Bu maqsadda №2 yoki hatto №15 parhez stollari tayinlanadi. Bunda go'shtning va baliqning yog'li navlarini, qiyin eriydigan hayvon moylarini, qovurilgan kartoshkani, quymoqsimon xamir ovqatni, konservalangan mahsulotlarni, dudlanmalarni, shirinliklarni qabul qilish cheklanishi darkor. Sut yangi nordon-sut mahsulotlari (chuchuk qatiq, qatiq, tvorog, o'tkir bo'lmagan tvorog) bilan almashtiriladi. Yangi va qora non, yog' va shirinlik qo'shilgan xamirdan tayyorlangan mahsulotlar, qaymoq, quyuq qaymoq, karam, ichakda gaz hosil qiluvchi uzum istemoli cheklanadi. Antixolinergik va antasid vositalari A turidagi gastritda tayinlanmaydi. Og'riq va dispeptik sindrom mavjudligida metoklopramidni, sulpiridni, no-shpani, butilskopolamin bromidni (buskopan) ichishga buyurish yoki m/o qo'llash yaxshi samara beradi.

Qoplovchi va burishtiruvchi o'simlik vositalari: bargizub barglaridan tayyorlangan damlama, plantaglyusid granulalari, moychechak, yalpiz, qizilpoycha, valeriana ildizi keng qo'llaniladi. O'simliklar damlamasi 1/3-1/2 stakandan kuniga 4-5 mahal ovqatdan oldin 2-4 hafta mobaynida beriladi. Oshqozonning sekretor funksiyasini stimulyasiya qilish maqsadida sekresiyani stimullovchi kombinirlangan o'simlik vositalarini: gerbogastrin, gerbion meda tomchilari, bargizub va uning dori vositalarini (plantaglyusid) qo'llash mumkin. O'rni bosuvi terapiya uchun xlorli- vodorod kislotasini, pepsinni va boshqa vositalarni ishlatsa bo' ladi. Oshqozon shilliq qavati trofikasini yaxshilash borasida mikrosirkulyasiyani, oqsil sintezini va reparativ jarayonlarni kuchaytiruvchi vositalar: nikotin kislotasi dorilari, B va C guruhi vitaminlari, metilurasil, solkoseril qo'llaniladi. Qo'shilib kelgan

megaloplast kamqonlikda qo'shimcha ravishda vitamin B₁₂ ineksiyasi tayinlanadi. Qo'zg'alish davrining bosilish bosqichida fizioterapiya uslublarini, mineral suvlar bilan davolashni qo'llash mumkin. Kasallik remissiya davrlarda bemorlarga sanator- kurort davo tavsiya qilinadi.

B turidagi gastritni davolash tamoyillari ko'pchilik hollarda bu gastritlarni pH chaqirishi inobatga olinsa, bunday gastritni davolash asosida xelikobakter infeksiyani eradikasiya qilish yotadi. Davolashning boshlang'ich bosqichlarida parhezli ovqatlanish buyuriladi. №1 parhez tayinlanadi, u oshqozon shilliq pardasiga mexanik va kimyoviy tasirlarni kamaytiradi. Ovqat qabul qilish miqdori kuniga 4-6 martagacha ko'paytiriladi. Qo'zg'alish davrida og'riq sindromining juda ham ifodalanganligida spazmolitiklar - drotaverin (drotaverin-KMP, no-shpa), galidor, papaverin qo'shimcha tayinlanadi. Bazi hollarda xolinolitiklar - atropin, buskopan samarali tasirga ega. Oshqozon shirasining yuqori kislotaligi ko'rsatkichlarida selektiv M-xolinolitiklar guruhi antisekretor dori vositalari -pirenzepin (gastrotsepin) 4 haftagacha muddatga tayinlanadi. Maktabgacha yoshdagi bolalarda dori dozasi tabletka shaklida 12,5 g dan kuniga 2 mahal, maktab yoshidagilarda esa 25 g dan kuniga 2 mahal. Gistamin H₂-retseptorlar blokatorlari (famotidin, ranitidin) 2 haftagacha beriladi. 10 yoshdan katta bolalarga famotidin 0,02-0,04 g dan uyqudan oldin tayinlanadi. Antisekretor terapiya kursi tugatilishidan keyin fosfalyugel kabi kompleks antasidlar qo'llaniladi, yoki gidroksid magniyli algedrat saqlovchi dori vositalari (almagel, almol, maaloks) beriladi. Diosmektin (smekta) ni 2 yoshdan katta bolalarda 6-9 g kuniga suvdagi eritma ko'rinishida tayinlash mumkin. Davolash kursi tugatilgandanoq eradikasion terapiyaning samaradorligini tasdiqlash uchun, asosan qoldiq dispeptik va og'riq ko'rinishlarida sitoprotektorlar kursi - skralfat (antruksal, venter) tayinlanadi. Sukralfat dozasi bolalarda 0,5- 1,0 g dan 4 marta qabul qilishga (tunda bir marta qabul qilish sharti bilan) bir oy davomida beriladi. Oshqozon osti shilliq qavati trofikasini yaxshilash maqsadida chakanda moyi, polivitamin dori vositalari 3-4 haftagacha muddatga qo'llanilishi mumkin. Kompleks terapiyada 2-3 haftagacha traknvilizatorlar - diazepam (seduksen, sibazon), tazepam va boshq. tayinlash asosli bo'ladi. O'simlikli sedativ dori vositalari - valeryana ekstrakti, persen samarali tasir qiladi. C turidagi gastritni davolash tamoyillari motorika buzilishlari, duodenogastral va gastroezofagal reflyukslar (reflyuks-gastrit) ni davolashga qaratiladi. Bunda metoklopramid (reglan, serukal)ni tayinlash mumkin, u kardiyning

yopilish funksiyasini meyorlashtiradi. Metoklopramid shuningdek oshqozon qizilo'ngach reflyuksini ham pasaytiradi, oshqozonning bo'shatilishini tezlashtiradi va oshqozon shilliq qavatining mexanik tasirlarga qarshiligini oshiradi. Kamdan-kam hollarda giperkinetik hodisalar, uyquchanlik, quloqdagi shovqinlar, og'iz shilliq qavatlar quruqlashuvi kabi nojo'ya tasirlar kuzatilishi mumkin. Meda motorikasini domperidon (motilium) normallashtiradi. Bu dori vositasi serukalga nisbatan yumshoqroq tasir qiladi, nojo'ya tasirlari kam. Oshqozon shilliq qavatiga safroning agressiv tasirini neytrallash maqsadida fosfalyugel tayinlanadi, u antatsid tasiridan tashqari o't kislotalarini adsorbsiyalaydi va qoplab oluvchi tasiriga ega. Yaxshi sitoprotektiv tasir qilish xususiyatiga sukralfat (ankrusal, venter, ulgastran, sukreyz) ega. Dori vositasining reflyuks-gastritda tasir mexanizmi shikastlangan shilliq qavat yaqinidagi to'qimalarning oqsillari bilan kompleks birikmalar hosil qilishdan iborat. Sukralfat pepsinni va o't kislotalarini adsorbsiya qiladi, shilliq qavatning kislotali- pepsinli omilga turg'unligini taminlaydi. Sitoprotektor tasirga diosmektit (smekta) ham ega. Prostoglandinlarning sintetik analogi sitoprotektorlar (saytotek, arboprostil va boshq.) eng samarali. Tasir mexanizmi bo'yicha ular bolalarda qo'llash uchun samarali bo'lishi mumkin, sababi bazal va stimulyasiyalangan meda sekresiyasini pasaytiradi, regenerasion jarayonlarni stimullaydi. Lekin, bu dori vositalari ko'pincha dispeptik hodisalarni, reproduktiv tizim tomonidan qator nojo'ya samaralarni, allergik reaksiyalarni yuzaga chiqarishi mumkin va shuning uchun faqat eroziv gastrit mavjud o'spirinlarda qo'llaniladi. Alohida SG lar yoki 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 qaraladi.

Surunkali gastroduodenit (SGD) - yallig'lanishli xususiyatga ega surunkali retsidivlanuvchi kasallik, u oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak shilliq qavati va bez apparati nospesifik struktur qayta qurilishi (distrofik, yallig'lanishli va regenerativ o'zgarishlar), turli sekretor va motor buzilishlar bilan kechadi. SGD - surunkali gastroduodenal kasalliklarning eng ko'p tarqalgan shakli. Oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak kasalliklari strukturasi 58-74% ni tashkil etadi. Tashxislashda SGD rivojlanishi xavf omillari mavjudligini va irsiy moyillikni hisobga olish kerak.

Kasallik klinikasi yallig'lanish jarayonining bosqichi va ifodalanganligiga, oshqozon sekretor funksiyasi, me'da va o'n ikki barmoqli ichakning motor-evakuator buzilishlariga bog'liq. SGD qo'zg'alish davrida, xuddi yara kasalligi singari, og'riq, 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 og'riq sindromining mavsumiyliги yo'q, tungi og'riqlar kamdan-kam hollarda 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, epigastral sohada, o'ng qovurg'a ravog'i ostida, kindik atrofida joylashadi. Og'riq ovqat iste'mol qilgandan so'ng va jismoniy yuklamadan keyin kuchayadi. Eroziv giperacid SGD da och qoringa, tungi va kech og'riqlar qo'shilib keladi. Paypaslaganda epigastral sohada tarqoq og'riq, piloroduodenal zonada ijobiy Mendel simptomi aniqlanadi, eroziyalarda - mushaklarning lokal taranglashishi kuzatiladi.

Dispeptik sindrom: tez-tez kekirish, jig'ildon qaynashi, uzoq davom etuvchi ko'ngil aynishi, ovqatdan keyingi og'irlik hissi, og'izda achchiq tam, meteorizm, ich qotishlar, ancha kam hollarda - o'zgaruvchan ich kelishi bilan xarakterlanadi.

Nospesifik intoksikasiya sindromi: emosional labillik, tez-tez bosh og'riqlari, jizzakilik, umumiy holsizlik, astenizasiya bilan xarakterlanadi.

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;
 - *Helicobacter pylori*ga testlar (tez urcazli, bakteriologik, nafas ureazli test, serologik (IFA), najasdagi HP antigeni konsentratsiyasini tahlili, PSR);
- b) zarur bo'lganda:
 - najasni yashirin qonga tekshirish (Gregersen reaksiyasi);

- bioptatlarni gistologik tashxisot uslubini qo'llagan holda gistologik (sitologik) tekshiruv - "oltin standart";

- immunograma; instrumental tekshiruvlar va tashxisot mezonlari:
Majburiy:

- fibroezofagogastroduodenoskopiya, mo'ljalli biopsiya va HP ekspress diagnostikasini o'tkazish (eroziv SGD da - ikki marta);

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

- qorin parda bo'shlig'i azolari UTT - qo'shilib kelgan patologiyani aniqlash uchun bir marta.

Zarur bo'lganda:

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

- reografiya;

- qo'shilib kelgan patologiya xususiyatiga mos ravishda boshqa tekshiruvlar.

Davolashning asosiy tamoyillari odatda SG terapiyasi tamoyillariga o'xshash

va kasallik davri, klinik-endoskopik o'zgarishlar xususiyati, oshqozon sekretor funksiyasi holati hamda me'da va o'n ikki barmoqli ichakning motor-evakuator funksiyasi buzilishlariga bog'liq bo'ladi. Qo'zg'alish davrida davolash (stasionar yoki ambulator). fizik faollik tartibi sharoitlarini aniqlash zarur. Bemor holatini hisobga olgan holda parhez tadbirlari tayinlanadi (stol № 1 yoki № 5).

Kompleks terapiya tarkibiga quyidagilar kiradi:

- HP mavjudligida: eradikasion anti-HP-terapiya (odatda 7 kun mobaynida);

- Antisekretor dori vositalari: gistamin H₂-reseptorlari blokatorlari 2-3 haftaga, selektiv M1- xolinolitiklar (pirenzepin 4 haftaga). Zarur bo'lganda sitoprotektiv va sorbsion samarali antasidlar 10-14 kungacha qo'shiladi. Smekta 1 paketdan kuniga 3-4 marta;

- Prokinetiklar (domperidon) reflyukslar va duodenostaz bo'lganda tayinlanadi - 10 kunga.

- Spazmolitiklar (drotaverin, papaverin, metasin) - 7-10 kunga;

- Sedativ dori vositalari va trankvilizatorlar. o'simlik tabiatli tinchlantiruvchi vositalar buyuriladi. Antisekretor dori vositalari to'xtatilgandan keyin reparantlar - smekta, sukralfat, likvitron, chakanda moyi 4-6 hafta muddatga tayinlanadi. Bir vaqtning o'zida yondosh a'zo

oshqozon osti bezi patologiyasi ham kuzatilsa ferment dori vositalari tayinlash bilan davolanadi. O'spirinlarga ichak spazmolitiklari (disetel, pinaveriy bromid) berish mumkin, ich qotishlarda ich bo'shashtiruvchi dori vositalari (makrogol) va boshqalar tayinlanadi. Kasallik qo'zg'alish davrida fizik davolash uslublari qo'llaniladi - elektro davolash, issiqlik bilan davolash. Oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak motor-evakuator funksiyasini meyorlashtirish va oshqozon shilliq pardasi trofikasini oshirish uchun lazer va magnit-lazer terapiya qo'llaniladi. Nomedikamentoz davolash uslublari ichidan refleksoterapiya qo'llaniladi.

Klinik remissiya davrida: fitoterapiya, balneoterapiya, fizioterapiya, LFK, noananaviy nomedikamentoz terapiya yaxshi samara beradi. Stasionarda bo'lish muddatlari o'rtacha 21 kun (eroziv SGD da - 28 kun). Stasionar davolashni mahalliy gastroenterologik sanatoriyda davom etish maqsadga muvofiq.

SG va SGD da **dispanser kuzatuv** oxirgi qo'zg'alish vaqtidan 5 yil mobaynida, ko'rikdan o'tkazish yiliga 2 martadan kam bo'lmasligi kerak. Bemorlarni vrach-pediatr 6 oyda 1 marta va pediatr-gastroenterolog bir yilda 1 marta ko'rikdan o'tkazadi. Fibrogastroduodenoskopiya yiliga 1 marta o'tkaziladi. Eroziv SGD da tekshiruv soni yiliga 3 martagacha ko'paytiriladi, endoskopik tekshiruv esa yiliga 2 marta amalga oshiriladi. SGD yoki SG bilan kasallangan bemor bolani dispanser nazoratidan chiqarish 5 yillik to'liq klinik-rentgenologik remissiyadan keyin amalga oshiriladi.

X BOB. BOLALARDA O'N IKKI BARMOQLILI ICHAKNING YARA KASSALIGI

Ovqat hazm qilish a'zolari patologiyasining sonini oshib borishi o'rganilganda, ikki narsani nazarda tutish kerak, birinchisi haqiqatdan ham negativ omillarning ta'siri natijasida kasallikning ko'payishi; ikkinchidan-tashxis qo'yish usullarining yaxshilanishi, yangi usullarning amaliyotga keng yoyilishi (gastroduodenofibroskopiya shilliq pardalar biopstatini biokimyoviy, gistologik tekshirishlar, oshqozon ichi pH-metriyasi, ultrotovush tekshirishlar va boshqalar) va kasallikning ko'pincha ro'yxatga (registratsiya) olinishiga bog'liq. Kasallikning kelib chiqishida xavf omillarining ahamiyati katta ekanligini inobatga olib gastroduodenal patologiyaning, jumladan yara kasalligining kelib chiqishida xavf guruhlarining informatik belgilarining (DK-diagnostik koeffitsientlar) jadvali tuzildi.

Gastroduodenal patologiyaning inshakltik belgilar jadvali

Belgilar	DK
1. Homiladorlik toksikozi	+0,75
2. Onaning 30 yoshdan oshishi	+1,93
3. Onaning davlat ishi bilan bandligi	+0,12
4. Bolaning birinchi yoshda ovqatlantirish turi:	
Tabiiy	-1,11
Sun'iy	+0,46
5. Vaqtida ovqat yemaslik	+0,17
6. Quruq ovqat yeyish (cda v suxomyatku)	+0,55
7. Kechki ovqatni kech iste'mol qilish	+1,43
8. Qarindosh urug'larida ovqat hazm qilish a'zolarining kasalligi	+3,71
9. Stress holatlari	+2,43
10. Emosional labillik	+2,93
11. Ota -onaning bolalarning o' qishiga munosabati:	
Qattiq qo'lligi	+2,58
Yumshoqligi	-2,12
12. Bolaning tez -tez shammolab turishi	+2,94
13. Dizenteriya	+1,76
14. Gelmintoz	+1,76
15. Tishning chirishi	+3,20
16. Surunkali tonzillit	+0,61

Jadvaldan ko'rinib turibdiki eng yuqori informatik belgilaridan (DK): kechki ovqatni kech iste'mol qilish (DK +1,43), qarindosh

urug'larda ovqat hazm qilish a'zolari kasalligi (DK +3,71), stress holatlar (DK +2,43) va hokazo.

Bolalarning ovqatlanishi haqida gapirar ekanmiz, O'zbekiston sharoitida milliy ovqatlanishning o'ziga xos xususiyatlarini e'tiborga olish kerak. Jumladan, kun bo'yi sutkalik kaloriyaning noto'g'ri taqsimlanishi, ya'ni tush paytida kam kaloriyali ovqat iste'mol qilib, kechda esa sutkaning 15-20%li kaloriyali ovqat o'rniga 40-50% kaloriyali ovqat iste'mol qilishi (palov, mantu, kabob, hokazo). Albatta kechga ko'p eyilgan ovqat hazm qilish a'zolariga katta og'irlik tushiradi va gastroduodenal patologiyani kelib chiqish sabablaridan biri bo'lib qoladi.

Gastroduodenal patologiyani tarkibidagi jiddiy kasalliklardan biri o'n ikki barmoqli ichak yara kasalligi (12-13 -1000 bolaga) tashkil qiladi. Vaqtida bu kasallikning oldi olinmasa, davolanmasa bu og'ir musibatlarga, katta bo'lganda ishga layoqatsizlikka olib kelishi mumkin.

Me'da va o'n ikki barmoqli ichak yarasi kasalligiga olib keluvchi omillar juda ko'p.

1. Alimentar omil. Yara kasalligining rivojlanishiga ovqatlanish rejimining buzilishi shubhasiz katta rol o'ynaydi. Chunochi ovqatlanish tartibini uzoq vaqtlar mobaynida buzilishi, ko'p ovqatlanish, yeyishga to'g'ri kelmaydigan ovqatlarni iste'mol qilish, bir xil sifatli ovqatlarni yeyish va hokazo. Uzoq vaqt ovqat yemasdan och yurish shartli ravishda oshqozon shirasining ajralib chiqishiga sabab bo'ladi. Oshqozon bo'sh bo'lganda ko'p miqdorda shira to'planib qolishi, oshqozon shilliq qavatining shikastlanishiga olib keladi.

2. Stress holatlar. Kassalik asosida emosional stresslar, oiladagi, maktabdagi janjalli hodisalar miya ko'zg'aluvchanligiga olib keladi va impulslar markazdan oshqozonga borib yana qaytadan bosh miyaga keladi, natijada aylanma jarayon hosil bo'ladi. Yozgi ta'tillardan keyin maktab partasida o'tirib dars o'tayotgan o'quvchilarning kuz paytida kasallikning qo'zg'ashi ham stress holatlarning kasallikning qo'zg'ashiga katta roli borligidan dalolat beradi.

3. Gormonal omillar. Klinik-eksperimental tajribalar yara kasalligining kelib chiqishida gipofiz-buyrak usti bezi tizimidagi o'zgarishlar muhim ahamiyatga ega. Gleukokortikoidlar oshqozon shirasini ishlab chiqishini tezlashtiradi. Ko'p holatlarda steroid gormonlarni qabul qilganda oshqozondan qon ketish hollari uchraydi.

4. Gipoksiyaning ahamiyati. O'n ikki barmoqli ichak yarasining kelib chiqishida gipoksiyaning ahamiyati katta-ekanligini isbotlovchi ancha adabiy manba'lar mavjud. Bu ilmiy ishlar shuni ko'rsatadiki, yaraning kelib chiqish jarayonida mahalliy tomirlarning buzilishi, bu shilliq pardaning gipoksiyasiga, keyinchalik yarasiga olib kelishi mumkin.

5. Disbakteriozning ahamiyati. Kafedra xodimlari (B.I.Zakirova) va boshqa olimlar tomonidan gastroduodenal patologiyada, jumladan o'n ikki barmoqli ichak yarasi kasalligining kelib chikishida disbakteriozning roli katta ekanligi isbotlangan, chunonchi, ovqat hazm qilish a'zolarining fiziologik ishi ichakning mikroflorasi bilan chambarchas bog'liqdir. Kasallikning qo'zg'ashi bilan disbakteriozning rivojlanishi o'rtasidagi bog'liqlik ham olimlar tomonidan isbotlangan. Shuning uchun ham kasallikni davolashda patogenetik asoslangan terapiya zvenolaridan biri bu eubiotiklarni keng qo'lashdir.

6. Irsiy omillar. Yaxshi yig'ilgan anamnez shuni ko'rsatadiki ko'pincha kasal bolalarning ota-onasi, qavmu-qarindoshlari hazm qilish organlarning xastaligidan shikoyat qilishadi. Kafedra xodimlari tomonidan o'tkazilgan kuzatuvlar shuni ko'rsatdiki kasallarning 73%da qarindosh-urug'larida me'da va ichak kasalliklari borligi aniqlanadi.

7. Oxirgi yillarda yara kasalligining kelib chiqishida helicobacter pylori roli katta ekanligini olimlar isbot qilib kelishayapti.

**Bolalarda oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak yara kassaligining tasnifi
(A.V. Mazurin, 1984 yil)**

V.F. Privorotskiy va N.E. Luppovala 2005 yil qo'shimchalari bilan

Bosqichlar:	kechishi:	Joylashishi:	Shakli:	H.pylori bilan
1. qo'zg'alish.	1. ilk marotaba	oshqozon,	1. asoratlanmagan	bilan
2. Tugallanmagan klinik remissiya.	aniqlangan,	o'n ikki barmoqli	2. asoratlangan:	infisirlanish
3. Klinik remissiya	2. kamdan kam qo'zg'alishi (remissiya 3 yildan uzoq), 3. to'xtovsiz recidivlanuvchi (remissiya 1 yildan kam)	ichak: - piyozcha - pjestbulbar sohalarda ikkilangan lokalizasiya	1) qon ketish 2) penetrasiya 3) perforasiya 4) pilorik stenoz 5) perivisserit	1. H.p.- pozitiv. 2. H.p.- negativ

Funksional xarakteristikasi:

Oshqozon kislotasi va harakatchanligi oshishi, kamayishi va normal bo'lishi mumkin.

Yara kasalligining klinik va endoskopik bosqichlari:

1-bosqich - yangi yara

2-bosqich - yara epitelizasiyasining boshlanishi

3-bosqich - og'ir gastroduodenitda yaraning bitishi

4-bosqich - klinik endoskopik remissiya

Yoldosh kasalliklar:

- pankreatit
- ezofagit
- xolesistoxolangit

Klinik manzarasi.

Yara kasalligining klinik xususiyatlari g'oyat harakterli. Bu kasallik bemor bolani o'rniga yotishga majbur qiladi. Kasallikda bolalar birinchi navbatda og'riqdan shikoyat qilishadi. Kasallikning boshlanishida og'riq bir joyda bo'ladi, uncha kuchli bo'lmaydi va ancha vaqt davomida yetib turadi. Og'riq asosan epigastral va piloroduodenal sohada aniqlanadi. Yana harakterli simptomlardan zarda qaynashidir. Ko'pincha uni aniqlash qiyin bo'ladi, chunki kichik yoshdagi bolalar o'z sezganlarini to'g'ri tushuntirib berolmaydilar. Ko'ngil aynishi yara kasalligida tez-tez uchraydigan belgilardan biri bo'lib, ko'pincha og'riq va qusishdan oldin kuzatiladi.

Qusish ovqatdan keyin bo'lishi mumkin, qusgandan keyin esa bolaning ahvoli yaxshilanadi. Bolalarda ishtaha saqlangan bo'lsa ham, ular qusish paydo bo'lishdan qo'rqib kam ovqat yeyishadi. Yara kasalligi bilan og'riq bolalarda ich qotish harakterli simptomlardan bo'lib, yo'g'on ichak bo'ylab og'riq paydo bo'lishi bilan xarakterlanadi.

Ko'rig paytida bola tanasining majburiy holatda tutishi (yarim engashgan holda) ko'zga tashlanadi. Qorinni paypaslab ko'rganda epigastral sohada og'riq borligi aniqlanadi. Mendel Boas-Openxovskiy belgilari musbat bo'ladi. Tez ta'sirlanish, asabiylik, tez charchab qolish, uyquning buzilishi, qizil dermografizm, qon bosimining pasayishi, yurak urishining kamayishi bularning hammasi vegetativ asab tizining buzilishining natijasidir

Agar kasallikni bosqichlar bo'yicha xarakterlaydigan bo'lsak 1-bosqichda og'riq ovqat iste'mol qilgandan 2-4 soatdan keyin yoki kechasi

paydo bo'ladi. Og'riq to' satdan, tutqanoqsimon bo'lib boshlanadi va 50% kasallarda bel sohasiga o'tkaziladi. Kuchli terlash, yurak urishining kamayishi kuzatiladi. Qorinni paypaslab ko'rganda og'riydi. Qorin muskullari taranglashgan, Mendel simptomi musbat. Ko'ngil aynishi, zarda qaynash, ich qotishi kuzilatiladi. Endoskopik tekshirishda yara borligi aniqlanadi. Shilimshiq qavati deffekti yumaloq yoki oval shaklda bo'lib, diametri 6-8 mm.ni tashkil qiladi.

2-bosqichda ham shunday og'riq bo'ladi, lekin birinchi bosqichdan farqi og'riq asosan kechasi emas, kunduzgi vaqtda paydo bo'ladi. Bu bosqichda Moyningancha og'riq ritmi (och qolish-og'riqning paydo bo'lishi-ovqat iste'mol qilish-og'riqni pasayishi, och qolish, og'riq paydo bo'lishi-ovqat iste'mol qilish-og'riqning kamayishi va hokazo) harakterlidir. Belga og'riqning uzatilishi birinchi bosqichga qaraganda kamroq bo'ladi. Qorin chuqur paypaslab ko'rilganda epigastral, piloroduodenal sohada og'riq seziladi. Qorin muskullarining tarangligi saqlanib turadi. Endoskopiya qilinganda yaraning epitelilar bilan qoplanishi, yara atrofidagi shish qizarishning kamayishi hamda yara tubining tozalanishini ko'rish mumkin.

3-bosqichda og'riq och nahor paytida bo'ladi, kechasi vaqt - vaqti bilan epigastral, piloroduodenal sohada (so'rib olish) sezilgandek bo'ladi. Moyningancha og'riq ritmi saqlanib turadi; lekin ovqatlangandan keyin og'riq yo'qoladi. Qorin muskularning tarangligi yo'qoladi va qorinni chuqur paypaslash iloji bo'ladi. Endoskopik tekshirishda deffekt ko'rinmaydi, chandiq borligi aniqlanadi.

4-bosqichda kasalning shikoyati bo'lmaydi, bolaning ahvoli qoniqarli, endoskopik o'zgarishlar kuzatilmaydi.

Yara kasalligining asoratlari.

Olimlarning ma'lumotiga qaraganda yara kasalligida birinchi o'rinni me'da - ichakdan qon ketish, ikkinchi o'rinda me'daning, 12 barmoqli ichakning stenozi, keyin penetrasiya va perforasiya kuzatiladi. Oshqozon va 12 barmoqli ichakdagi yaradan qon ketish jismoniy va emosional yuklamadan, parhezni saqlamaslik, ba'zi bir dori-darmonlarni (aspirin, gormon) qabul qilishdan keyin paydo bo'lishi mumkin. Ko'pincha qon ketishdan oldin qorinda og'riq seziladi, keyin kofe qo'yqumi ko'rinishida qusish, qora axlat ketishi seziladi. Kasal bolalar darmonsizlik, bosh aylanish kabi shikoyat bilan hakimga murojaat qiladi. Ularda arterial bosimning pasayishi va gemoglobinning 20-40 g/l tushishi kuzatiladi.

Yara kasalligi diagnostikasida axlatni yashirin qonda tekshirish muhim ahamiyatga ega. Gregersen ryaksiyasi yordamida hatto oz darajasidagi qon ketish ham aniqlanadi.

Asoratlardan eslatib o'tilgan qon ketishdan tashqari, pilorostenozni qayd qilish lozim. Bu asoratning mohiyati qo'yidagilardan iborat: me'da (piloros)ning tor chiqish qismidagi yara chandiq hosil qilib bitadi, bu soha tortilib qoladi va ovqat u orqali qiyinchilik bilan o'tadi. Me'da bo'shlig'i kengayadi, ovqat turib qoladi, bijg'ish va jadal gaz hosil bo'lishi kuzatiladi. Me'da shu qadar cho'zilib ketadiki qorinning yuqori qismi bilinarli darajada kattalashadi. Bemor bolani qayd qilish bezovta qiladi, qusuq massalarda avval yeyilgan ovqat qoldiqlari ko'rinib turadi. Ovqatning etarlicha hazm bo'lmasligi va noto'liq so'rilishi natijasida organizmning umumiy holsizlanishi ro'y beradi, bola ozib ketadi, darmonsizlanadi, terisi quruq bo'lib qoladi, bu organizmning suvsizlanish alomatlaridan biri hisoblanadi.

Yaraning penetrasiyasi kasallikning og'ir kechishida ko'pincha ro'y beradi va bolalarda katta yoshdagi kishilarga qaraganda kam uchraydi. Bu asoratda qusish, lekin qusishdan keyin yengillik sezilmaydi, zarda qaynash; qattiq og'riq, bu og'riq ko'pincha belga o'tkaziladi. Ko'pincha penetrasiya oshqozon osti bezida bo'ladi.

Yaraning perforasiyasi ham bolalarda kam uchraydigan holat. Ko'pincha perforasiyadan oldin bolalarda darmonsizlik, qorinda og'riqning kuchayishi, dispeptik holatlar kuzatiladi. Perforasiyaning asosiy belgilari birdan paydo bo'lgan tush sohasidagi qattiq og'riq. Bu og'riq ko'pincha karaxtlik (shok) holatiga olib kelishi mumkin. Xarakterli simptomlardan pulsning zaiflanishi, qorinda og'riq, jigarning bo'g'iq tovushining (pechenochnaya tupost) yo'qolishi, ko'ngil aynishi va axlatning vaqtida bo'lmasligi kuzatiladi. Bir necha soat o'tgandan keyin peritonitning belgilari kuzilatiladi (taxtasimon qorin, Shetkin-Blyumberg simptomining musbatligi).

Yara kasalligining tashxisi kuyidagilarga asoslanadi:

1. Yaxshi yig' ilgan anamnez.
2. Oshqozon shirasining tahlili (ko'pincha giperatsid holat uchraydi).
3. Me'da va o'n ikki barmoqlili ichakning rentgenoskopiyasi («nisha», «tokcha» simptomining aniqlanishi).
4. Gastroduodenofibroskopiya (shilimshiq qavatning deffekti aniqlanadi).

5. Bioplatda helicobacter pilori aniqlanadi.
6. Gregersen ryaksiyasi (yashirin qon ketishda musbat bo'ladi).

Solishtirma tashxis.

Surunkali gastrit -bu kasallikda epigastral sohada og'riq har doim davom etadi, qo'pol ovqat yegandan keyin og'riq kuchayadi. Qorin dam bo'ladi. Bola tez- tez kekiradi va og'zidan qo'llansa hidli havo chiqadi. Oshqozon rentgenoskopiya qilinganda shilimshiq qavatning gipertrofiyasi yoki atrofiyasi kuzatiladi. Endoskopiyada shilimshiq qavatning giperemiyasini shishganligini ko'rish mumkin. Bu kasallik uchun tutqanoqsimon og'riq, og'riqning belga berilishi, rentgenoskopiya shilimshiq qavatning deffekti singari belgilar xarakterli emas.

Xoletsistoxolangitda - tana haroratining ko'tarilishi, og'zida achchiq ta'm bo'lishi, o'ng qovurg'a ostida og'riqning sezilishi, Ortner simptomning musbatligi, o'n ikki barmoqli ichakda zond yuborib tahlil qilganimizda V porsiyasida ko'p miqdorda shilimshiq modda, leykositlar, epiteliy hujayralarni ko'rishmiz mumkin.

Pankryatit- bu kasallikda og'riq davomli, kuchliroq, chap qovurg'a ostida kuzatiladi va noanik xarakterga ega bo'ladi. Bundan tashqari qorinning damlanishi, zarda qaynash, ko'ngil aynishi, qusish xaraterli simptomlardan hisobalanadi, qusishdan keyin kasal yengillik sezmaydi. Axlat yog'li, sassiq hidli bo'lib, hazm bo'lmagan ovqat bo'lakchalari kuzilatiladi. Diastaza qonda va siydikda ko'payadi.

Davosi. Yara kasalligida parhez bilan davolash oshqozon shirasini neytrallashtirishda, oshqozonda ovqat hazm bo'lishini yaxshilashga va yarani chandiqaqa aylanishini tezlashtirishga qaratilgan bo'lishi kerak, jumladan kasal oshqozonni kimyoviy, mexanik va termik qo'zg'atuvchi ovqatlardan ehtiyotlash, oshqozon shirasini ko'p ishlab chiqaradigan ovqatlarni iste'mol qilishni ta'qiqlash, oshqozon shirasini neytrallaydigan ovqatlarni tayinlash. Yarani chandiqaqa aylanishiga yordam beradigan ovqatlar bilan kasalni ta'minlash kerak. Kasallikning qo'zish paytida 1-a parhezi tayinlanadi: yorma shilliqli bo'tkalardan (so'lili, arpa, mannaya yormasi) sutli tuxumli aralashmalar, sariq yog', go'shtli va baliq go'shtli bug'dagi suflelar, go'shtning yog'siz turlaridan, baliq va parranda go'shtlarining pajsiz, fassiyasiz joylaridan tayyorlangan pyurelar tavsiya qilinadi. Mannaya yormasi, guruch, grechka bo'tqalari sut va sariq yog' bilan aralashtirilgan holda, tuxum ilitmasi, bug'da pishirilgan omletlar, shirin

navli mevalardan tayyorlangan kisellar beriladi. Sut, slivkalar, tvorog berish maqsadga muvofiq. Keyinchilik 1-b parheziga o'tiladi: qoq nonlar, yuqori navli oq non, so'lilar, guruchli va bug'doyli yormalar, shurvalar, tuxumli va sutli aralashmalar, yarim pishirilgan tuxum, bug'da pishirilgan omletlar, yog'siz go'shtlardan taomlar, parranda va baliq go'shtidan tayyorlangan taomlar, bug'da yoki suvda pishirilgan kotletlar, kisellar, sigir sutidan yangi tayyorlangan tvorog, ok choy, shirguruch, qand bilan na'matak qaynatmasi. Bu parhez bolaning fiziologik talabini to'liq qoplaydi. Shuning uchun ham parhez ikki-uch hafta mobaynida beriladi. Bundan keyin birinchi parhez buyuriladi.

Dori-darmonlar bilan davolash kasallikning etiopatogenezigiga asoslangan bo'lishi kerak.

Tinchlantiruvchi (sedativ) vositalar: novopasit bir qoshikdan uch marta, tenoten, persen, adaptol va boshqalar.

Helicobacter pylorini eradikatsiyasi uchun kuyidagi davolash kursi tavsiya qilinadi:

1. Birinchi liniya (omeprozol, omegast) 1 mg/kg + antibiotik klaritromisin (klarel 15 mg./kg sut- 2 marta + amoksisilin 50 mg/kg 2 marta

2. ikkinchi liniya: Omez 1 mg/kg + antibiotik-tetrasiklin + metranidazol + vismut preparati - Denol 7-14 kun davolash kursi

Spazmolitiklar: No-shpa 2%li 1 ml. dan, mushak orasiga, papaverin 2% -1 ml., mushak orasiga, platifillin 0,2 % -1 ml. mushak orasiga yuboriladi.

Antasidlar - almagel, fosfolyugel, maaoloks 1 qoshiqdan 3 marta va 1 marta uyqudan oldin. De-nol 1 tabletkadan uch marta kuniga ichishga beriladi.

Yara kasalligida gipoksiyaning ahamiyati kattaligini, oksidlanish-qaytarilish jarayonning buzilishini hisobga olib, kuyidagi dorilar tayinlanadi. Solkoseril 1ml. mussak orasiga, askorbin kislotasi 5% 4-5 ml. vena ichiga. Shu bilan birgalikda kuyidagi metabolit kompleksni tayinlash maqsadga muvofiq:

Riboflabin mononukleotid - 1%-1,0

Lipoy kislotasi - 0,5% 1,0

Kokarbaksilaza - 50-100 mg

Kalsiy pantotenati-20% -1,0

Bularning hammasi 50ml. qaynatilgan va sovutilgan suvga qo'shib aralashtiriladi va ovqatdan 1 -2 soat oldin ichiladi, kuniga bir mahal 15

kun mobaynida, shu bilan birgalikda 0,01-0,05 dan nikotinamid kuniga 2 marta tayinlanadi. Vitamin B₆ 5% 1-2 ml. ertalab ichishga yoki mushak orasiga yuboriladi. Yara kasalligida ichak mikrobiosinozini buzilishida biopreparatlardan enterojermin, lineks, laktoji beriladi. Sorbentlardan karbolen 1 ta tabletkadan 3 mahal, filtrum-sti berish yaxshi samara beradi.

Gastroduodenal patologiyada, jumladan o'n ikki barmoqlili ichak yarasida yog' almashuvining buzilishi, zig'ir yog'ida to'yinmagan yog' kislotalarini ko'pligi, 300 mg % gacha tokoferol borligini, mis va kobalt borligini hisobga olib uni antioksidant va immunomodulyator sifatida hamda epitelizasiya jarayonini yaxshi qiluvchi sifatida 30ml.dan kuniga 3 marta zig'ir yog'i berish tavsiya qilinadi.

Yara kasalligining asoratsiz kechishida fizioterapevtik muolajalar keng qo'llaniladi: qorin sohasiga, novokain, papaverin yoki platifillin bilan elektroferez va induktotermiyalar og'riqlarni qoldiradi, yallig'lanishni kamaytiradi.

Dispanserizasiya.

Yara kasalligi bilan kasallangan bolalar 30 sonli shakl asosida "D" hisoda turishi lozim. Dispanser nazorat kasallik boshlangandan 5 yildan kam bo'lmasligii kerak.

XI BOB. BOLALARDA GASTRODUODENAL ZONANING FUNKSIONAL BUZILISHLARI

Bolalarda uchraydigan gastroduodenal zonaning funksional buzilishlardan laridan eng ko'p uchraydiganlariga quyidagilar kiradi:

- Funksional dispepsiya
- Aerofagiya
- Funksional qayd qilish

Funksional dispepsiya

Dispepsiya termini («dis» - buzilish, «rersis» - ovqatlanish) - oshqozonda pepsin dispepsiyasi haqidagi ibora bo'lib, fermentlarning disfunktsiyasi sababli HCl va pepsin, fermentlar, birinchi navbatda oshqozon-ichak traktida yuqori bo'lishi va motor buzilish, hamda og'riq simptomi bilan kechuvchi holatlar tushuniladi.

Oshqozon disfunktsiya simptomokompleksi og'riq va epigastral sohada diskomfort holati bilan namoyon bo'ladi. Og'riq o'ng va chap qovurg'a ostida bo'lsa disfunktsiya simptomiga kirmaydi. Diskomfort kuzatilganda kuchli og'riq bo'lmasligi mumkin. Bemor ovqatlanishdan keyin rivojlanuvchi oshqozon sohasidagi og'irlik, zarda, ba'zan ko'ngil aynishi, ertalablari noxushlik bo'lishiga shikoyat qilishi mumkin.

Epidemiologiya.

Residivlanuvchi og'riq ko'p bolalarda, 20 % hollarda maktab yoshidagilarda, asosan katta yoshdagi bolalarda kuzatilib, qizlarda 5 %, o'g'il bolalarda 3 % ni tashkil qiladi.

Etiologiya va patogenez.

Residivlanuvchi og'riq ko'p bolalarda funksional disfunktsiya asosida alimentar omil, tartibsiz ovqatlanish, parhezga rioya qilmaslik, quruq ovqatlar, dudlangan ovqatlar, uglevodlar, yog'lar, dag'al klechatkalar iste'mol qilgandan so'ng rivojlanadi.

Disfunktsional buzilishlar rivojlanishiga shuningdek nerv-psixik omillar, yaqin kishilarning o'limi, oiladagi stress holatlar, ota-ona janjali, tengdoshlari bilan kelisha olmaslik, og'ir turmush va noqulay maishiy sharoitlar natijasida rivojlanishi mumkin. Alimentar va psixoemotsional sabablar sutkalik oshqozon sekresiyasi, gastrointenal gormonlar, orolcha apparati disfunktsiyalarini va HCl gipersekresiyasini keltirib chiqaradi. Funksional disfunktsiya nosteroid yallig'lanishga qarshi dorilardan ko'p

miqdorda foydalanish, chekish, *Helicobacter pylori* chaqirgan gastrit natijasida kelib chiqadi.

Oshqozonning boshqaruv ritmi funksiyasining buzilishi, fundal relaksasiya yetishmovchiligida, oshqozonning antral qismi kengayadi. Natijada oshqozon motor-evakuator funksiyasining buzilishi, gastroparez rivojlanadi. Funksional dispeptik shikoyatlar oshqozon-ichak trakti funksiyasining buzilishi bilan bo'lgan bemorlarning 75% uchraydi. Oshqozon ovqat mahsulotlarini reseptiv relaksiyasi uning proksimal sohasi, oshqozon tubi va tanasida adreptik relaksiyasiga olib keladi.

Gastroduodenal motorikaning buzilishi.

1. Gastroparez (oshqozon motor-evakuator funksiyasi kuchsizlanishi).
2. Antraduodenal koordinasiya buzilishi.
3. Antral qism motorikasining buzilishi.
4. Oshqozon-ichak traktida ovqat taqsimlanishining buzilishi (Oshqozon relaksiyasi buzilishi, oshqozonda ovqat akkomodasiyasi buzilishi).
5. Oshqozon siklik aktivlik boskichining buzilishi

Tasnifi:

Uning 3 ta varianti ajratiladi:

1. Yarasimon
2. Dispeptik
3. Nospesifik

Klinik manzarasi: Yarasimon variant uchun epigastral sohadagi og'riqning odatda och qoringa, ba'zan tungi og'riqqa paydo bo'lishi xos. Qorin yuqori qismida diskomfort, noxushlik sezish dispeptik variant uchun xos bo'lib, bolalar ovqat iste'mol qilgandan keyin yoki ovqat vaqti og'riq sezishiga, ko'ngil aynishiga, zarda qaynashi, ishtahasizlikga shikoyat qilishadi. Agar bemorda kuzatiladigan simptomlar yuqoridagi 2 ta variantga o'xshamasa, u holda 3-chi, ya'ni nospesifik variant haqida o'ylash mumkin.

Tashxis: Motor-evakuator funksiyasining buzilishini tekshirish uchun EGDFS, UTT, bariy bilan rentgenografiya, ovqat xarakteri, axlatni tekshirish.

Remissiya: Funksional disfunktsiyada II mezonda 3 belgi: doimiy residiv, dispepsiya, og'riq yoki qorin urta chizigidan yuqorisida diskomfort.

Davolash: 12 haftadan-12 oygacha - organik kasalliklar bo'lmashligi uchun anamnez, oshqozon-ichak trakti yuqori bo'limlarini endoskopik tekshirish va UTT, defekasiya akti, ovqatlanish xarakteri va o'zgarish miqdori.

Solishtirma tashxis: surunkali gastritlar, oshqozon yallig'lanishi, distrofik o'zgarish, yara kasalliklari va og'riq, morfologik o'zgarishlar.

Davosi: hayot tarzini normallashtirish, ovqatlanish rejimi va parhezni yaxshilash, yog'li ovqatlarni chetlash, o'tkir ziravor, gazli ichimliklarni cheklash.

Medikamentoz: Yarali variantida antisekretor preparatlar, H₂-gistamin blokatorlari (fomotedin 2 mg/kg x 2 yoki ranitidin 8 mg/kg x 2) yoki proton pompa ingibitorlari, robiprazol 0,5-1 mg/kg 10-14 kun.

Aerofagiya

Katta miqdorda bu epigastral sohaga qirib zardaga olib keladi. Havo yutish odatda ovqatlanish vaqtida va ko'pincha giper qo'zg'aluvchanlik vaqtida bolalar 2-7 haftalik davrida (kichik bola emganda surg'ichlarda teshik katta bo'lsa, shisha idishga to'ldirilmasdan sut berilsa, sut bezlarida sut miqdori kam bo'lsa, mushaklar gipotoniyasi, organlar yetishmovchiligida bo'ladi).

Klinika manzarasi: ovqatlanish qiyin, notinch, epigastral sohada buzilish, qutichasimon tovush, ovqatlangandan 5-10 daq. o'tgach o'zgarmagan sut bilan qusish. Rentgenografiyada qorin bushlig'ida aniq bo'lgan katta oshqozon gaz pufagi bo'ladi. Katta yoshli bolalarda havo yutish, ovqat qabul qilish bilan bog'liq. Gapirganda, saqich chaynaganda bo'ladi.

Davolash: Onalarga emizish texnikasini o'rgatish, kattalarga ovqat vaqtida gapirmaslikni tushuntirish.

Funksional qayt qilishga quyidagilar kiradi:

- qayt qilish-oshqozon ichak traktida, ixtiyorsiz silliq va ko'ndalang mushaklar, qorin old devori, diafragma mushaklari ham ishtirok qiladi;

- qusish - aniq, passiv oziq moddalar qizilo'ngach va og'iz bo'shlig'iga chiqishi faqat oshqozon mushaklari ishtirokida kelib chiqadi.

- Ruminasiya - ovqat moddalarining qizilo'ngach va og'iz bo'shlig'iga qaytadan qaytib chiqishi, 1 oylik bolalarda kuzatiladi. Bu oshqozon ichak trakti yuqori sohalarining buzilishlariga bog'liq. Kardial

sfinkter kuchsiz, oshqozon gorizontal joylashganda va qorin yuqorida joylashsa.

Etiopatogenez: FunkSIONAL qayt qilish va qusish mexanizmi bir oylik bolalarda quyidagicha bo'ladi: - yutish koordinasiyasi va peristaltikaning buzilishi; - oshqozon ichak traktida piloraspazm. Qayt qilish odatda nevroitik reaksiya va kuchli emosional qo'zg'alishlarda, turli noxush manipulasiyalarda, anoreksiyada bo'ladi.

Klinik belgilar va sabablar: Nevrologik patologiya, modda almashuvining buzilishi (atsetonli qayt qilish, kandli diabet, nasliy kasalliklar, oshqozon ichak traktida parazitar invaziya, infeksiyalar).

Tashxisoti: umumiy qon tahlili, siydik, koprologik, parazitologik, bakteriologik tekshirishlar, biokimyoviy qon tahlillari, elektrolitlar, glyukoza, kreatinin, siydik kislota, jigar fermentlari va h.

Davosi: antirorefleks, sedativ, spazmolitik preparatlar, xinolitik riabon 0,4 ml mg x 3 mahal kuniga ovqatdan so'ng beriladi.

XII BOB. TALABALARNING MUSTAQIL ISHLARI UCHUN TEST TOPSHIRIQLARI

1. Ovqat hazm qilish a'zolarining yuqori qismidan qon ketishning eng ko'p kuzatiladigan manbai:

- A. oshqozon yarasi;
- B. oshqozon saratoni;
- C. Mallory-Vayss sindromi;
- D. o'n ikki barmoqlili ichak yarasi;

2. O'n ikki barmoqlili ichak yarasi shubha qilinganda qaysi usul eng informativ hisoblanadi:

- A. fibrogastroskopiya
- B. pH -metriya
- C. oshqozonni zondlash
- D. biopsiya

3. Helycobacter pylori infeksiyasini aniqlash quyidagilarni o'z ichiga oladi:

- A. ureaza testi
- B. oshqozon rentgenogrammasi
- C. elektrogastrografiya;
- D. kaprologik tadqiqotlar

4. Bolalarda yara kasalligining ko'p uchrovchi asorati bu:

- A. Qon ketish
- B. Penetrassiya
- C. Perforasiya
- D. Perivisserit

5. Bolalarda Helycobacter pylori terapiyasining o'tkazish uchun quyidagi ko'rsatkichlardan iborat:

A. oshqozon va o'n ikki barmoqlili ichakning shilliq qavatining eroziv shikastlanishi

- B. me'da shilliq qavatida fokal yuzaki o'zgarishlar;
- C. oilasida xolelitiyoz kasalligi bo'lgan bemorlarning mavjudligi;
- D. gemolitik anemiya;

6. Yara kasalligida qaysi antatsid vositalar qo'llanilmaydi?

- A. Osh sodasi
- B. Almagel
- C. Fosfalyugel
- D. De-nol

7. Yara kasalligining ko'p uchrovchi etiologik omillari bu:
- A. Gastral-duodeno - reflyuks
 - B. Helikobakter pilori
 - C. Asab-ruhiy omil
 - D. Hammasi to'g'ri
8. Bolalarda o'n ikki barmoqli ichak yara kasasalligining endoskopik sog'ayishi belgisi bu:
- A. Yaqqol mahalliy giperemiya
 - B. 12 barmoqli ichak piyozchasi deshakltsiyasi
 - C. Yara o'lchamining kichrayish
 - D. Yara defektining epitelizatsiyasi
9. " Omeprazol " preparati qaysi guruhga kiradi?
- A. M-xolinoblokatorlarga
 - B. Proton nasos blokatoriga
 - C. H₂ -gistamin retseptorlari blokatoriga
 - D. Adrenoblokatorlarga
10. Oshqozon shilliq qavati himoya omiliga kiradi:
- A. Shira hosil bo'lishi
 - B. Pepsin
 - C. Xlorid kislotasi
 - D. Gastrin
11. Yara kasalligining asosiy sindromlari:
- A. Og'riq, dispeptik, intoksikasion
 - B. Og'riq, dispeptik, gemorragik
 - C. Dizurik, dispeptik intoksikasion
 - D. Og'riq, gemorragik, dizurik
12. Kushing yaralari - bu simptomatik yaralar bo'lib qaysi fonda rivojlanadi?
- A. Glyukokortikoidlarni qabul qilganda
 - B. Miyaning travmatik shikastlanishi
 - C. Neyroxirurgik operatsiyalar
 - D. Umumiy kuyishlar
13. Bolalarda eng ko'p uchrovchi gastroenterologik patolojiya bu:
- A. Chegaralangan gastrit
 - B. Gastroduodenit
 - C. Chegaralangan duodenit
 - D. Oshqozon yara kasalligi
14. Reflyuks - ezofagit kasalligiga qaysi belgi xos emas?

- A. Jig'ildon qaynashi
 - B. Ovqat vaqtida yo'tal
 - C. Och qoringa qorinda og'riq
 - D. " Nam yostiq" simptomi
15. Oshqozon shilliq qavati ximoya omiliga kiradi:
- A. Shira hosil bo'lishi
 - B. Pepsin
 - C. Xlorid kislotalari
 - D. Gastrin
16. Duodenitda og'riqning lokalizatsiyasini ko'rsating?
- A. Kindik atrofida
 - B. piloroduodenal zonada
 - C. o'ng qovurg'a yoyi ostida
 - D. o'ng qovurg'a yoyi ostida
17. Yarali kolitning rivojlanishida etakchi omil nima?
- A. virusli infeksiya
 - B. bakterial infeksiya
 - C. ichak disbakteriozi
 - D. autoimmun reaksiyalar
18. Yarali kolitni tashxislashning asosiy usullari:
- A. rektoromanoskopiya
 - B. ultratovush
 - C. irrigografiya
 - D. oshqozon-ichak traktining rentgenogrammasi
19. Yarali kolitda yara teshilishida quyidagilardan qaysi biri kuzatilmaydi?
- A. Qon bosimining keskin pasayishi
 - B. Ichakdan qon ketishining kuchayishi
 - C. Taxikardiya
 - D. Umumiy holatning keskin yomonlashishi
20. Qaysi preparat yarali kolitda tanlov preparatiga kiradi?
- A. Salazopiridazin
 - B. Furazolidon
 - C. Gentamitsin
 - D. Biseptol
21. Nonspesifik yarali kolitni tashxislash uchun quyidagilarni bajarish kerak:
- A. qorin bo'shlig'ining ultratovush tekshiruvi

- B. irrigografiya
C. raqamli rektal tekshiruv
D. shilliq qavat biopsiyasi bilan fibrokolonoskopiya
22. Seliakiya kasalligida rasiondan chiqarib tashlash kerak:
A. sigir suti
B. bug'doy unidan tayyorlangan mahsulotlar
C. sabzavotlar va mevalar
D. mol go'shti
23. Maktab yoshidagi bolalarda ovqat hazm qilish traktining funksional kasalliklarini davolashning asosi:
A. biologik mahsulotlarni buyurish
B. prokinetikani tayinlash
C. psixoterapevtik tuzatish, ish va dam olish rejimini normallashtirish, parhez
D. massaj, fizioterapiya mashqlari
24. Nonspesifik yarali kolitga quyidagilar xosdir:
A. qon va shilimshiq aralashgan suyuq axlatning qayta paydo bo'lishi
B. kuchli qorin og'rig'i sindromi
C. takroriy qayt qilish
D. bel sohasida og'riqni nurlantirish
25. Bolalarda gastroezofagial reflyuks kasalligining sababi quyidagilar bo'lishi mumkin.
A. Siydik chiqarish tizimining yuqumli va yallig'lanish patologiyasi
B. Raxit kasalligi
C. Pastki qizilo'ngach sfinkteri etishmovchiligi
D. Revmatik bo'lmagan kardit
26. Bolalarda me'da-qizilo'ngach kasalliklarini dori terapiyasi quyidagilarni qo'llashni o'z ichiga oladi:
A. keng spektrli antibiotiklar
B. tomir ichiga immunoglobulinlar
C. antisekretor moddalar va prokinetiklar
D. steroid bo'lmagan yallig'lanishga qarshi dorilar
27. Bolalarda Helikobakterga qarshi dori terapiyasi uchun ko'rsatmalar:
A. oshqozon shilliq qavatidagi fokal yuzaki o'zgarishlar;
B. oilada xolelitiyozli bemorlarning mavjudligi;
C. gemolitik anemiya;

D. oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak shilliq qavatining eroziv lezyonlari;

28. Bolalarda oshqozon yarasi patogenezida muhim ahamiyatga ega:

A. shilliq qavatning musin hosil bo'lishi intensivligining oshishi;

B. kislota-peptik agressiyaning kuchayishi;

C. Campylobacter infeksiyasi;

D. gastrin-gistamin ishlab chiqaruvchi hujayralar sonining kamayishi;

29. Helicobacter pylori bilan infeksiyani aniqlash quyidagilarni o'z ichiga oladi:

A. oshqozon rentgenografiyasi;

B. elektrogastrografiya;

C. ureaza testi;

D. skatologik ekspertiza;

30. Bolalarda nonspesifik yarali kolitni davolash quyidagilarni o'z ichiga oladi:

A. sutli parhez;

B. sulfasalazin;

C. fenobarbital;

D. angiotenzinga aylantiruvchi ferment ingibitorlari;

JAVOB ETALONLARI:

No	Javob	No	Javob	No	Javob
1	d	11	a	21	d
2	a	12	d	22	b
3	a	13	b	23	c
4	a	14	c	24	a
5	a	15	a	25	c
6	a	16	b	26	c
7	b	17	d	27	d
8	d	18	a	28	b
9	a	19	b	29	c
10	a	20	a	30	b

XIII BOB. TALABALARNING MUSTAQIL ISHLARI UCHUN VAZIYATLI MASALALAR

Masala № 1

Bemor 10 yoshda kasalxonada kuyidagi shikoyatlar bilan keldi: epigastral va piloroduodenal sohada og'riq, ovqat iste'mol qilingandan keyin og'riqning kamayishi, ich qotishdan. Anamnezidan bola 1 yildan beri kasal. Onasida 5 yildan beri 12 barmoqlili yara kasalligi bor. Har zamonda vaqti -vaqti bilan davolanib turadi. Kasalxonaga kelganda umumiy ahvoli o'rta og'irlikda, teri qoplamalari oqimtir rangda, tili oq qarash bilan qoplangan. Qorni paypaslaganda epigastral va piloroduodenal sohada og'riq seziladi. Jigar va talog'i kattalashmagan. Qabziyatga moyil. Me'da, 12 barmoqli ichak proektsiyasi bo'ylab paypaslaganda og'riq seziladi. Gastroduodenofibroskopiya 12 barmoqli ichakning shilliq pardasida shish, giperemiya va oval shaklida deffekt kuzatiladi.

Savol:

1. Sizning klinik tashxisingiz.
2. Davolash printsiplari.

Masala № 2

Bemor 10 yoshda, bolalar bo'limiga holsizlik, ko'ngil aynish, qayt qilish, qorinda og'riq shikoyatlari bilan keldi. Anamnezidan 2 yildan beri kasal, doimiy ko'ngil aynishiga, zarda qaynashiga, kekirishga shikoyat qiladi. Ota-onasi bunga unchalik e'tibor bermaganligi sababli bola hech qayerda tekshirilmagan. Kasallik boshlanishini onasi hech narsa bilan bog'lamaydi. Ammo uning aytishiga qaraganda bola doim ovqatlanish rejimini buzadi (ertalab uyda nonushta qilmaydi. Onasi soat 15.00 kelgandan so'ng birga tushlik qiladi, kechki ovqatni juda kech yeydi). Shoshilib ovqatlanadi, aniqlanishicha ovqat qabul qilgandan so'ng hayajonlasa va jismoniy zo'riqishdan so'ng epigastral sohada og'riq ko'payadi. Og'riq 10-20 daqiqa davom etadi. Doimiy kechki va ochlik og'riqlari kuzatiladi. Bola oqargan, ishtahasi susaygan gohida og'zidan yoqimsiz hid keladi. Qorinni paypaslaganda piloroduodenal zonada kuchli og'riq aniqlanadi, Me'da va 12 barmoqli ichakni rentgenoskopik tekshirishda, me'da va 12 barmoqli ichak piyoz gismi shilliq pardasi o'zgargan, burmalar qalinlashgan va kengaygan, shilliq ko'pligidan konturi aniq va bir xil emas. Endoskopik tekshirishda shilliq parda

burmalari shishgan va qalinlashgan, 12 barmoqlili ichak shilliq pardasida 0,3-0,4 mm o'lehamli defek bor.

Savol: 1. Sizning klinik tashxisingiz.

2. Dispanser nazorati.

Masala № 3

Bemor 13 yoshda, bolalar bo'limida oshqozon sohasidagi simillovchi og'riqqa, holsizlikka shikoyat bilan keldi. Anamnezidan aniqlashiga epigastral sohasidagi og'riq doimiy, 2 soatdan ko'p, ovqatlanishdan oldin kuchayadi, ovqat eganda pasayadi. Ko'pincha ochlik og'riqlari kuzatiladi. Bolaning ovqatlanishi tartibsiz, achchiq, sho'r ovqatlarni ko'p iste'mol qiladi. Bola 2 yildan buyon kasal. Ota tomonidan buvasi, ona tomonidan xolasi va singlisi oshqozon kasalligi bilan kasallangan. Oshqozon shirasi fraksion tekshirilganda shiraning kislotaligi va sekret hosil qilishi oshgan.

Savol: 1. Tashxisni aniqlash uchun qanday qo'shimcha tekshiruv usullarini o'tkazish lozim.

1. Sizning taxminiy tashxisingiz.

2. Davolash rejasi.

Masala № 4

13 yoshli qiz bola, shikoyati qorinda og'riq, og'riq qattiq ovqatlarni yeganda kuchayadi, zarda qaynashi, qabziyat, bosh og'rishidan. Bemor 12 oydan beri kasal. Bola ovqatni vaqtida iste'mol qilmaydi. Tili ho'l, oq qarash bilan qoplangan.

Qorni yumshoq, epigastral sohasida og'riq seziladi.

Savol: bemorga tashxis qo'yish uchun qaysi tekshirish usullarini qo'llash maqsadga muvofiq.

Masala №5.

Bemor 12 yoshda, shikoyatlari: ich ketishiga, axlatning kuniga 2 martadan ko'p bo'lishi, qorinda og'riq va ichakning to'liq bo'shamaslik hissi. Onasining so'ziga qaraganda bola bir necha yildan buyon kasal. Ob'ektiv ko'rikda ahvoli o'rtacha og'irlikda, teri qoplamalari oqimtir. Turgor va elastikligi biroz pasaygan. Palpatsiya vaqtida qorinda og'riq va meteorizm kuzatiladi. Koprologiyasida: Axlati suyuq, bo'tqasimon, shilliq aralash.

Sizning taxminiy tashxisingiz.

Masala № 6.

Bemor 10 yoshda, shikoyatlari: ichining o'tirishiga, axlat soni haftasiga 2 marta, qorinda og'riq va defekasiya vaqtida kuchanish kuzatilishi, axlatining qattiqligi, qorinning damlashi. Onasining so'zidan bir necha yildan buyon ushbu belgilar kuzatiladi. Hech qayerda davolanmagan. Qorni palpasiya qilinganda og'riq va meteorizm kuzatiladi. Koprologiyasida: Axlati qattiq shakllangan.

Sizning taxminiy tashxisingiz.

Masala №7.

Bemor 9 yoshda, shikoyatlari: onasining so'zidan ichini ketishiga, axlati kuniga 3 martadan ko'p bo'lishiga, qorinda og'riq va dam kuzatilishiga, axlatining suyuqligiga, qornining damlashiga. Onasining so'ziga qaraganda bolada bir necha yildan buyon ushbu belgilar kuzatiladi. Hech qayerga murojaat etishmagan va davolanmagan. Qomini palpasiya qilganda og'riq va meteorizm kuzatiladi.

Koprologiyasida: axlati-suyuq (suvsimon), shilliq aralash.

Qanday tekshirish usullarini qo'llaysiz?

Masala №8.

5 yoshli bemorning onasining so'zidan shikoyatlari: axlatining bo'tqasimon va shilliq aralashmali bo'lishiga, qorinda og'riq va dam kuzatilishiga. ishtahasining pasayishiga. Davo muolajalarini olishmagan. Qorni palpasiya qilinganda og'riq va meteorizm kuzatiladi. Koprologiyasida: Axlati suyuq (suvsimon), shilliq aralash.

Davolash taktikangiz.

Masala №9.

7 oylik bolaning onasi shifokorga isitma, ichak harakatidan oldin bezovtalik, shishish, kuniga 7 marotaba tez-tez uchraydigan najaslar, shilimshiq va undagi qon izlari kabi shikoyatlar bilan shifokorga murojaat qilishdi. Anamnezdan - 3 hafta oldin bola O'II bilan og'riq va uni sigir suti bilan boqishni boshlagan.

Sizning dastlabki tashxisingiz.

Kasalliklarni aniqlash uchun qanday tekshiruv usulini o'tkazish lozim.

Masala №10.

9 oylik qizning onasi shifokorga isitma, bezovtalik, qusish, qichishish, kuniga 7 marotaba tez-tez uch o'tishi, shilimshiq va undagi qon izlari kabi shikoyatlar bilan murojaat qildi. Anamnezdan - 3 hafta oldin bolada O'll boshdan kechirgan. Anamnezdan - 3 hafta oldin bolada O'll bo'lgan va ular unga ovqatlanish uchun 100 ml sigir sutini, yarimini suv bilan suyultirilib, har 2,5 soatda tungi tanaffuslarsiz boshlashgan. Dastlabki tashxis - yarali kolit. Ushbu bemorda kasallikning qanday asorati kuzatilishi mumkin?

VAZIYATLI MASALALAR JAVOB ETALONLARI:

Masala №1

Javob: 1. Asosiy: 12 barmoqli ichakning yara kasalligi, qo'zish davri.

Me'daning funksional holatining ko'payeishi. Asoratsiz turi.

1. Parhez I.A, I.B.

Sedativ terapiya.

Spazmolitik preparatlari.

Uchlik yoki kvadroterapiya.

Fizioterapiya.

Masala №2

Javob: 1. 12 barmoqli ichakning yara kasalligi, qo'zish davri, me'daning funksional holatini ko'payishi, asoratsiz turi.

2. Yara kasalligi bilan kasallangan bolalar 30 sonli shakl asosida "D" hisoda turishi lozim. Dispanser nazorat kasal boshlangandan 5 yildan kam bo'lmasligi kerak.

Masala №3

Javob: 1. Oshqozon 12 barmoqli ichakning kontrast rentgenoskopiyasi, gastrofibroskopiya, helicobacter pylorini aniqlash, axlatni Grigersen ryaksiyasiga tekshirish.

2. Surunkali gastroduodenit, oshqozon sekretor funksiyasining oshishi bilan, qo'zish davri.

3. Dietoterapiya. Parhez dasturxonini №1, sedativ preparatlar, antioksidantlar, helicobacter pylorining erradikatsiyasi, spazmolitiklar, antasidlar.

Masala №4

Javob: Rh - metriya, oshqozon shirasini fraksion tekshirish, contrast rentgenoskopiya, ezofagogastrofibroskopiya, Grigersen ryaksiyasi, helicobacter pylori bioptatda aniqlash.

Masala №5. Qo'zg'algan ichak sindromi diareya ustunligi bilan.

Masala №6. Qo'zg'algan ichak sindromi qabziyat ustunligi bilan.

Masala №7. Umumiy qon, siydik va axlat taxlillari, axlatni bakteriologik tekshirish, axlatni gijjaga 3 marta tekshirish, qonni biokimyoviy tekshirish, rektoromanoskopiya yoki kolonoskopiya, irrigoskopiya.

Masala №8. Parhez. Cheklanadigan maxsulotlar: sut, marinadlar, gazli ichimliklar, dudlangan mahsulotlar. Imodium, loperamid, adsorbentlar (smekta, kaopektat, polifepan, enterodez, multisorb), probiotik (enterol).

Masala №9. 1. Kron kasalligi

2. Rektoromanoskopiya

Masala №10. Qon ketishi

1. Altman N.S. Optimizatsiya vosstanovitel'noy terapii u detey s erozivno-yazvennim porajeniem verxnix otdelov jeludochno-kishechnogo trakta. Jurnal «Fizioterapiya, balneologiya i reabilitatsiya». 2014 №5 s.14-21.

2. Bandayevskaya N.G., Loskutova S.A. «Osobennosti nespetsificheskogo yazvennogo kolita u detey» J. Mat i ditya. Kuzbass. 2012 №1. S.25-29.

3. Babadjanova M.Sh. «Chastota vstrechaemosti gastroezofagealnoy refluksnoy bolezni u detey s xronicheskoy gastroduodenalnoy patologiyey». J. Pediatriya im.g.N.Speranskogo. 2009 g. S.23

4. Vorobyev A.V. «Problemi lecheniya xronicheskogo gastroduodenita u detey». Vestnik novix meditsinskix texnologiy. 2013 g. №1.s.27-32.

5. Garifulina L.M., Turayeva N.A. Faktori riska razvitiya yazvennoy bolezni u detey, klinicheskoye techeniye i terapiya. Jurnal gepato-gastroenterologicheskix issledovaniy. 2020, №1, s.20-22.

6. Gorelov A.V., Kanner Ye.V. vospalitelnie zabolevaniya kishechnika u detey. Osobennosti techeniya i terapii. Jurnal. Meditsinskiy sovet 2018, №2, s. 140-145.

7. Dauletova B.B., Amankeldi qizi A., Biktemirova D.B. i dr. Yazvennaya bolezn jedudka i dvenadsatiperstnoy kishki. Vestnik KazNMU, 2015, № 2, s.52-54.

8. Dmitriyev A.V., Krigina T.V., Volkova I.Ya. «Faktori riska razvitiya yazvennoy bolezni u detey, diagnostika i lechenie». Ryazan 2012 g.

9. Zaxarova I.N., Suchen N.G., Berejnaya I.V. Sindrom razdrajennogo kishechnika u detey. Osnovnie podxodi k terapii. Uchebnoye posobiye dlya vrachey. M.2020.

10. Zaprudnov A.M. Detskaya gastroenterologiya. Formirovanie, razvitie, perspektivi izucheniya. J.Rossiyskiy vestnik perinatologii i pediatrii. 2016, №1, s.7

11. Klinicheskie rekomendatsii po yazvennoy bolezni jeludka i dvenadsatiperstnoy kishki. Utverjdeno ministervom zdravooxraneniya RF. 2021 g.

12. Makarenko Ye.V. Sindrom razdrajennogo kishechnika. diyeticheskiye rekomendatsii i prinsipi lecheniya. Vestnik Vitebskogo Gosudarstvennogo universiteta. 2017, tom 16, № 6. s.23-24.

13. Mazin R.G. Sindrom razdrajennogo kishechnika: ot diagnoza do lecheniya. J.Medisinskiy sovet 2016, №9, s.130-133.

14. Naglyadnaya detskaya gastroenterologiya i gepatologiya: uchebnoye posobiye / R.R. Kildiyarova, Yu.F. Lobanov. 2013. - 124 s.

15. Polunina T.Ye. «Sovremennaya terapiya yazvennoy bolezni jeludki i dvenadsatiperstnoy kishki». J.Meditsinskiy sovet. 2011 g. №5. S.83-86.

16. Rustamov M.R., Shavazi N.M., Sovremennoye sostoyaniye detskoy gastroenterologii v Uzbekistane. Jurnal gepato-gastroenterologicheskix issledovaniy. 2020, №1, s.6-8.

17. Chagay N.B., Xayt G.Ya. Mukovissedoz kak poliendokrinnoe zabolevanie. Problemi endokrinologii. 2021 g. № 67. S.28-39.

18. Chachulin Ye.S. Podxodi k lecheniyu yazvennoy bolezni jeludka i dvenadsatiperstnoy kishki v istoricheskom aspekte. Mejdunarodniy meditsinskiy jurnal. 2020, vipusk 1, s 83-86.

19. Shamsiyev J.A., Shamsiyev A.M., Zayniyev S.S. Gipoatsidnoye sostoyaniye jeludochnogo soka u detey kak sushestvenniy faktor riska zarajeniya exinokkkozom. Jurnal gepato-gastroenterologicheskix issledovaniy. 2020, №1, s.104-108.

20. Shavazi N.M., Rustamov M.R. «Effektivnost preparata solkoserila pri lechenii yazvennoy bolezni u detey». J.Gepatogastroenterologicheskix issledovaniy. 2021 g. №1. S.41-45

21. Shavazi N.M., Rustamov M.R., Atayeva M.S. «Effektivnost kobavita pri lechenii yazvennoy bolezni u detey». J.Gepatogastroenterologicheskix issledovaniy. 2022 g. №3. S.49-51

22. Yakubov A.V., Akbarova D.S., Musayeva L.J., Abdusamatova D.Z. Izucheniye effektivnosti primeneniya kobavita v kombinirovannoy terapii pri yazvennoy bolezni. J.International scientific review-klinicheskaya medicina 2012, s.90-92.

23. Yazvennaya bolezni jeludka i dvenadsatiperstnoy kishki u detey. 2 chast. Uchebnoye posobiye. OrGMU. Orenburg 2017, s.15-25.

Rustamov M.R

**BOLALARDA OSHQOZON VA ICHAK
KASALLIKLARI**

O'quv qo'llanma

Guvohnoma raqami: G/00100-2023

“SAMARQAND” nashriyoti

Mas'ul muharrir — Dildora TURDIYEVA

Musahhah — Anvar UMRZOQOV

Texnik muharrir — Akmal KELDIYAROV

Sahifalovchi — Dilshoda ABDIAXATOVAVA

Dizayner — Davron NURULLAYEV

“SARVAR MEXROJ BARAKA” bosmaxonasida chop etildi.

Guvohnoma raqami — 704756. Pochta indeksi 140100.

Samarqand shahar, Mirzo Ulug'bek ko'chasi, 3-uy.

Bosishga 07.06.2023 ruxsat etildi. Bayonnoma raqami: 10

Bichimi 60x841/16. “Times New Roman” garniturasida. 6,51 bosma taboq.

Adadi: 200 nusxa. Buyurtma raqami: 139/2023

Tel/faks: +998 94 822-22-87, e-mail: sarvarmexrojbaraka@gmail.com

